

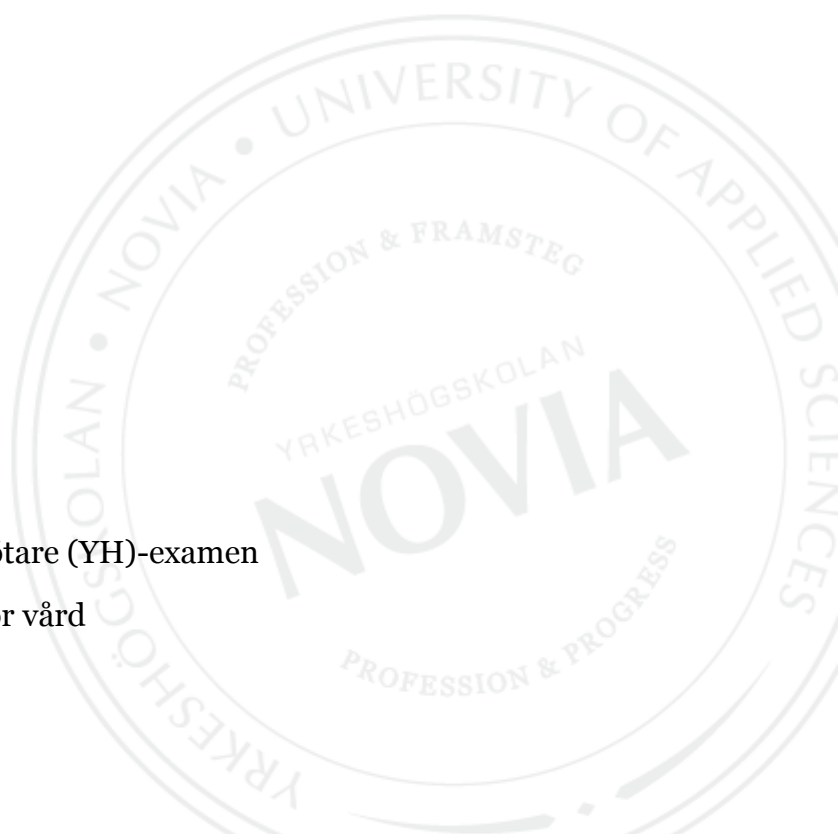
Sjukskötarens stöd av mannen vid insjuknande i livshotande sjukdom

Anette Holm

Examensarbete för sjukskötare (YH)-examen

Utbildningsprogrammet för vård

Åbo 2010



EXAMENSARBETE

Författare: Anette Holm

Utbildningsprogram och ort: Utbildningsprogrammet för vård, Åbo

Inriktningalternativ/Fördjupning: sjukskötare

Handledare: Monica Norrgård

Titel: Sjukskötarens stöd av mannen vid insjuknande i livshotande sjukdom

Datum 11.10.2010

Sidantal 29

Bilagor 1

Sammanfattning

Syftet med examensarbetet är att beskriva vilket behov av socialt stöd mannen har då han insjuknat i livshotande sjukdom och hur sjukskötaren kan stöda mannen. Arbetet ingår i projektet Mannens hälsa och välbefinnande. Arbetets teoretiska del består av fyra temaområden: kris, maskulinitetens inverkan på hälsa och sjukdom, mannens upplevelse av livshotande sjukdom samt sjukskötarens stöd av mannen. Det finns skillnader i mäns och kvinnors sätt att reagera på den kris som livshotande sjukdom kan innebära. Också i mäns uppfattning av det stöd som sjukskötaren ger har särdrag konstaterats. Socialt stöd delas in i emotionellt, informativt och instrumentellt stöd. Med hjälp av innehållsanalys av böcker och vetenskapliga artiklar förklarades dessa stödformer. Mannen som insjuknat i livshotande sjukdom kan ha ett ökat behov av emotionellt stöd, trots att han inte visar det. Informativt stöd kan av män uppfattas som emotionellt stöd, eftersom kunskap om sjukdomen minskar osäkerhet och ger en känsla av kontroll. Skillnader i mäns och kvinnors uppfattning av instrumentellt stöd framkom inte. De centrala resultaten sammanfattas i en kreativ översikt, som utgör arbetets tillämpade del.

Språk: svenska

Nyckelord: man, genus, livshotande sjukdom, stöd, sjukskötare, kris

Förvaras: Examensarbetet finns tillgängligt antingen i webbiblioteket Theseus.fi eller i biblioteket.

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Anette Holm

Koulutusohjelma ja paikkakunta: hoitotyön koulutusohjelma, Turku

Suuntautumisvaihtoehto/Syventävät opinnot: sairaanhoitaja

Ohjaaja: Monica Norrgård

Nimike: Sairaanhoitajan tuki elämää uhkaavaan sairauteen sairastuneelle miehelle

Päivämäärä 11.10.2010

Sivumäärä 29

Liitteet 1

Tiivistelmä

Opinnäytetyön tarkoituksena on määritellä miehen tukitarpeet elämää uhkaavassa sairastumisessa ja miten sairaanhoitaja voi tukea miestä. Opinnäytetyö on osa ruotsinkielistä ”Mannens hälsa och välbefinnande”-projektia. Työn teoreettinen osa koostuu seuraavista aiheista: kriisistä, maskuliinisuuden vaikutuksesta terveyteen ja sairauteen, miehen kokemuksesta elämää uhkaavasta sairaudesta ja sairaanhoitajan antamasta tuesta miehelle. Elämää uhkaavan sairauden aiheuttamassa kriisissä naisten ja miesten on todettu reagoivan eri tavalla. Eroja on todettu miesten ja naisten reaktiossa elämää uhkaavan sairauden aiheuttamassa kriisissä. On myös todettu, että miehet käsittävät sairaanhoitajien antaman tuen erityisellä tavalla. Sosiaalinen tuki jakaantuu emotionaaliseen, informatiiviseen ja instrumentaaliseen tukeen. Tukimuodot selvitetään kirjojen ja tieteellisten artikkeleiden sisältöanalyysin perusteella. Elämää uhkaavaan sairauteen sairastuneella miehellä voi olla lisääntynyt tarve emotionaaliseen tukeen, vaikka hän ei osoittaisikaan sitä. Mies voi käsittää informatiivisen tuen emotionaalisena tukena, koska tieto sairaudesta vähentää epävarmuutta ja antaa kontrollintunnetta. Opinnäytetyössä ei käy ilmi, että naisten ja miesten välillä olisi eroja siinä, miten he käsittävät instrumentaalisen tuen. Opinnäytetyön soveltava osa muodostuu luovasta katsauksesta, joka yhdistää työn tulokset.

Kieli: ruotsi

Avainsanat: mies, suku, elämää uhkaava sairaus, sosiaalinen tuki, sairaanhoitaja, kriisi

Arkistoidaan: Opinnäytetyö on saatavilla joko ammattikorkeakoulujen verkkokirjastossa Theseus.fi tai kirjastossa.

BACHELOR'S THESIS

Author: Anette Holm

Degree Programme: Degree Programme for Nursing, Turku

Specialization: nurse

Supervisor: Monica Norrgård

Title: The nurse's support for the man who has fallen ill with life-threatening disease

Date 11.10.2010

Number of pages 29

Appendices 1

Summary

The aim of the Bachelor's thesis is to describe men's need for social support when he has fallen ill with life-threatening disease and how the nurse can support him. The bachelor's thesis is a part of a project called Men's health and well-being. The theoretical part can be divided into four themes: crisis, the influence of masculinity on health and illness, the experience of life-threatening disease and the nurse's support given to men. There are differences in men's and women's reaction to the crisis caused by life-threatening disease. Furthermore, characteristics in men's perception of support given by the nurse are proven. Social support can be divided into emotional, informative and instrumental support. Content analysis of books and scientific articles was done to explain the different types of support. A man, that has fallen ill with life-threatening disease, can have an increased need of emotional support even though he does not express it. Informative support can, by men, be perceived as emotional support, since knowledge decreases uncertainty and increases the feeling of control. A difference in men's and women's perception of instrumental support was not found. The central findings are summarized in a synopsis; which makes the applied part of the Bachelor's thesis.

Language: Swedish

Key words: men, gender, life-threatening disease, social support, nurse, crisis

Filed at: The examination work is available either at the electronic library Theseus.fi or in the library.

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Kris.....	3
2.1	Livskris och traumatisk kris.....	3
2.2	Krisens olika faser.....	4
3	Maskulinitetens inverkan på hälsa och sjukdom.....	5
4	Upplevelsen av sjukdom.....	6
4.1	Besked om livshotande sjukdom.....	6
4.2	Att bearbeta de känslor som sjukdomen väcker.....	7
4.3	Att ha kontroll över sjukdomen.....	9
4.4	Att minimera sjukdomens inverkan på livet.....	9
5	Sjukskötarens stöd av mannen som insjuknat i livshotande sjukdom.....	11
5.1	Emotionellt stöd.....	11
5.2	Informativt stöd.....	13
5.2.1	Att ge informativt stöd.....	13
5.2.2	Information som emotionellt stöd.....	14
5.3	Stöd av familj och andra närstående.....	15
6	Metodbeskrivning.....	17
7	Tillämpad del.....	18
8	Kritisk granskning.....	19
9	Avslutande diskussion.....	22
	Källförteckning.....	26

1 Inledning

Sjukskötaren möter dagligen i sitt arbete människor som drabbats av livshotande sjukdomar som innebär kris i personens liv. Ungefär hälften av dessa är män. År 2008 utgjorde männen 44 % av alla patienter som vårdades inom inremedicinska specialistsjukvården (Institutet för hälsa och välfärd 2010a). Jag har under studietiden kommit i kontakt med många människor vars liv är hotade av sjukdom. Insjuknandet omväxlar och förändrar patientens liv dramatiskt. Ofta kan det vara svårt att veta vilket behov av stöd patienten har i denna situation. När jag kom med i projektet Mannens hälsa och välbefinnande väcktes intresse för särdrag i mäns sätt att reagera när de insjuknar i livshotande sjukdom och hur jag som sjukskötare kan stöda.

Det är allmänt antaget att män reagerar starkt på små krämpor, men inte reagerar på allvarliga sjukdomar. Denna generalisering verkar innehålla sanningar, som kan karakterisera i alla fall den traditionella mansrollen. (Madsen 2006, s. 289). Är detta sant eller är det en myt som är djupt inrotad i människors uppfattning om mäns sätt att reagera vid sjukdom? Mitt examensarbete fokuserar på mannens sätt att reagera när han insjuknar i livshotande sjukdom och hur jag som sjukskötare kan stöda och bemöta mannen i hans situation.

Examensarbetet ingår i projektet Mannens hälsa och välbefinnande. Projektets övergripande mål är att studerande kan se hälsa och välbefinnande ur olika perspektiv i relation till mannen och kan se och analysera behovet av kvalitetsutveckling i arbetet med familjen med fokus på mannens hälsa och välbefinnande. När en person drabbas av livshotande sjukdom är hans välbefinnande hotat (Kiiltomäki 2007, s. 57; Ruishalme & Saaristo 2007, s. 37). Genom att stöda människan som insjuknat i livshotande sjukdom kan sjukskötaren påverka hans välbefinnande (Kiiltomäki 2007, s. 59).

Syftet med arbetet är att beskriva vilket behov av socialt stöd mannen har då han insjuknat i livshotande sjukdom och hur sjukskötaren kan stöda mannen. Livshotande sjukdom innebär kris i mannens liv. För att förstå och veta vilket behov av stöd mannen har under tiden direkt efter insjuknandet, behöver jag även ta upp särdrag i hur män reagerar vid den kris som utlöses av insjuknande i livshotande sjukdomstillstånd. De centrala resultaten presenteras i en kreativ översikt, som utgör den tillämpade delen av mitt arbete.

Målgruppen för arbetet är sjukskötare som arbetar med män inom den somatiska vården, men kan även tillämpas av andra yrkesgrupper inom vården som kommer i kontakt med män som insjuknat i livshotande sjukdom. Mina personliga mål för examensarbetet är att jag skall få större förståelse för och bli bättre på att stöda mannen i hans unika situation.

Livshotande är ett adjektiv som definieras som något som innebär livsfara och används vanligtvis om skada eller sjukdom (Nordstedts svenska ordbok 1986). De två vanligaste dödsorsakerna bland män i Finland, som är 45 år och äldre, är sjukdomar i cirkulationsorganen och tumörer (Institutet för hälsa och välfärd 2010b). Flest män dör i kranskärslsjukdom och lungcancer (Statistikcentralen 2009). Jag har valt att avgränsa informationssökningen till sjukdomar i cirkulationsorganen och cancer, trots att det finns många andra livshotande sjukdomar som kan orsaka kris vid insjuknande. År 2008 var medelåldern för personer som vårdas på sjukhus för tumörsjukdomar 61 år, motsvarande medelålder för sjukdomar i cirkulationsorganen var 68 år (Institutet för hälsa och välfärd 2010a). Med dessa statistiska uppgifter som grund har jag valt att avgränsa arbetet till män som är medelålders (från och med 45 år) och äldre.

Att ge stöd definieras som att skänka sitt stöd, verka för, främja, hjälpa, gynna, uppmuntra eller backa upp (Nordstedts svenska synonymordbok 1992). Socialt stöd, som är t.ex. emotionellt stöd, kärlek, samvaro och informativt stöd har visat sig ha en positiv inverkan på tillfrisknandet. Både det stöd som anhöriga och vårdpersonal ger kallas socialt stöd. (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2001, s. 492).

I detta arbete tas inte försvarsmekanismer eller coping upp, litteraturen beskriver inga märkbara skillnader i användning av coping mellan män och kvinnor (t.ex. Kristofferzon, Löfmark & Carlsson 2005, s. 113). Jag har även valt att avgränsa arbetet från depression som kan uppkomma vid allvarligt insjuknande och fokuserat på mera allmänna reaktioner hos mannen.

2 Kris

Det finns två olika huvudtyper av kriser: livskriser och traumatiska kriser (Cullberg 2006, s. 19). Insjuknande i livshotande sjukdom är en oväntad händelse som ger upphov till en form av traumatisk kris (Ruishalme & Saaristo 2007, s. 37). I detta kapitel kommer jag att gå in på krisförloppet och hur de olika krisfaserna tar sig i uttryck.

2.1 Livskris och traumatisk kris

Livskriser orsakas av en yttre händelse som hör till det normala livet, men som av någon orsak överstiger personens förmåga att hantera situationen. Att få barn, att komma ut i arbetslivet efter hemmatillvaro och att pensioneras är exempel på livskriser. (Cullberg 2006, s. 19).

Traumatisk kris orsakas av plötslig och oväntad yttre stress som hotar personens fysiska existens, sociala identitet och trygghet eller de grundläggande möjligheterna för tillfredsställelse i livet (Cullberg 2006, s. 19). Karakteristiskt för traumatisk kris som orsakas av sjukdom är att den kommer plötsligt och oväntat. Det händer mycket under en kort tidsperiod och människan kunde inte förutse och förbereda sig på det som har hänt. Livet förändras och man kan dela in tiden i före och efter insjuknandet. (Ruishalme & Saaristo 2007, s. 37; Eho 2009, s. 26). Enligt Kiiltomäki (2007, s. 57) är upplevelsen av insjuknandet alltid individuell och alla människor betraktar inte insjuknandet som en kris.

I en intervju säger en av författarna bakom boken *Kend din krop, mand*, chefspsykolog på Rigshospitalet i Köpenhamn, Svend Aage Madsen, att teorier om krisförlopp ofta baserar sig på kvinnors berättelser. Detta beror delvis på att kvinnor oftare deltar i undersökningar och krisgrupper. Madsen menar även att det finns generella drag i mäns krisreaktioner, men man kan ändå inte förutse ett specifikt krisförlopp hos män. (Rostad 2009, s. 41).

2.2 Krisens olika faser

Indelningen av reaktioner i olika krisfaser är ett redskap för sjukskötaren att känna igen och förstå patientens och de anhörigas reaktioner. Johan Cullberg är professor i psykiatri, hans teori om de olika krisfaserna används ofta och det är den som jag kommit i kontakt med under mina sjukskötarestudier. Varje fas i krisreaktionen har sina egna kännetecken och problem. Faserna kan inte klart urskiljas från varandra. Ibland saknas någon och ofta går faserna in i varandra. Den traumatiska krisen delas in i följande faser. (Cullberg 2006, s. 142-143):

- Chockfasen
- Reaktionsfasen
- Bearbetningsfasen
- Nyorienteringen

Chock- och reaktionsfaserna utgör tillsammans den akuta krisen. Sjukskötaren kommer oftast i kontakt med patienten när han är i chockfasen, som är den första reaktionen på ett omskakande besked. Chockfasen börjar alldeles efter den traumatiska händelsen och varar vanligtvis från några timmar till några dygn. Under chockfasen håller individen verkligheten ifrån sig och handlings- och tankeförmågan är nedsatt. Ofta kan den drabbade verka samlad, men under ytan är allt kaos. Som vårdare är det viktigt att känna till att en person ofta har svårt att minnas vad som sagts och vad som hänt under chockfasen. Viktig information och handledning bör därför inte ges under chockfasen. (Cullberg 2006, s. 143-144, 156).

Reaktionsfasen tar vid då den drabbade börjar inse vad som hänt. Chock- och reaktionsfasen pågår, för att kunna kallas akut kris, inte längre än fyra till sex veckor. Den drabbade försöker i denna fas hitta en mening med det som hänt. I reaktionsfasen mobiliseras försvarsmekanismerna eller copingen. (Cullberg 2006, s. 144).

Bearbetningen pågår som aktivast ca ett halvt till ett år efter traumat, beroende på vilken betydelse traumat har för personens liv. Under denna fas börjar individen se framåt i stället för att vara upptagen med att tänka på det som hänt. För den som drabbats av sjukdom innebär bearbetningen prövande av tanken att leva med sjukdomen. Förnekelsen minskar

och personen återupptar gamla aktiviteter och nya erfarenheter tas emot. Efter bearbetningsfasen följer nyorienteringen, som är den sista fasen i krisförloppet. I nyorienteringsfasen blir krisen och insjuknandet en del av livet. Denna fas pågår under resten av personens liv. (Cullberg 2006, s. 152-154).

3 Maskulinitetens inverkan på hälsa och sjukdom

Studier om genus görs inom praktiskt taget alla vetenskaper. Begreppet genus kan definieras som det ”sociala könet”. Genus beskriver det som vi ser som kvinnligt och manligt i den miljö vi lever. Genus är inte något man är eller har, utan någonting man gör. (Dahlborg & Eriksson 2006, s. 11-12, 17).

Termen hegemonisk maskulinitet har använts för att beskriva den form av maskulinitet som är dominerande i dagens samhälle. Den traditionella maskuliniteten har i västvärlden karakteriserats av att vara stark, rationell, självständig, behärskad, tävlingsinriktad, aggressiv, viril och så vidare. Denna form av maskulinitet har konstaterats ha negativ inverkan på hälsan. (Lindqvist 2007, s.11). Lindqvist refererar Courtenay (2000), som kommit fram till att detta sociala krav på maskulinitet har visat sig leda till ett ohälsosamt riskbeteende; fortkörning, överdrivet alkoholintag, rökning och ovilja att söka hjälp och visa sig sårbar. Vid sjukdom kan den hegemoniska maskuliniteten ta uttryck i att män inte vill tala om sjukdomen och undviker att använda behövliga hjälpmedel för att inte visa svaghet. Att förstå att män och kvinnor har olika behov hjälper sjukskötaren att ge genusspecifik service (Peate 2007, s. 9).

Det finns även många teorier om hur skillnaderna mellan mannens och kvinnans psyke, könshormoner och strukturella skillnader i hjärnan hos de två könen inverkar på hjärnans funktion, intelligens, tänkesätt, känslomönster, empati, aggression med mera. Forskare har dock inte kunnat komma fram till någon entydigt svar på frågan hur dessa hänger ihop. Det är även svårt att avgöra i hur stor utsträckning skillnaderna i mäns och kvinnors psyke är enbart biologiska och vad som är inlärt beteende. (Madsen 2006, s. 248, 250-251).

I Charles och Walters (2008, s. 129) studie deltog 48 personer. Författarna konstaterar att de intervjuade männen helt klart associerar samtal om hälsa med kvinnligt genus och beteende. Att tala om hälsoproblem associerades med sårbarhet och brist på kontroll. Å andra sidan fanns det också män som gärna talade med varandra om hälsa och sårbarhet. Dessa kan betraktas ha ett mera feminint beteende. Undersökningen visar att homosexuella män och män med vårdyrke hade ett mera feminint sätt att tala om hälsa.

4 Upplevelsen av sjukdom

Föreställningar om ohälsa formar upplevelsen av sjukdom mera än själva tillståndet i sig. Två människor upplever aldrig sjukdom på samma sätt, oberoende om det gäller allvarlig sjukdom eller förkylning. Det är det unika i patientens upplevelse som gör det möjligt för vissa att inte låta sjukdomen ta över i livet. (Wright & Watson & Bell 2002, s. 84). I detta kapitel behandlas följande teman: besked om livshotande sjukdom, att bearbeta de känslor som sjukdomen väcker, att ha kontroll över sjukdomen samt att minimera sjukdomens inverkan på livet.

4.1 Besked om livshotande sjukdom

För att kunna förmedla dåliga nyheter på ett bra sätt bör den som förmedlar nyheten sätta sig in i patientens situation och behov. Beskedet bör ges i en lugn omgivning där man kan tala ostört. Dåliga nyheter skall helst delges ansikte mot ansikte. Nyheterna bör framföras tydligt och konkret utan utrymme för missförstånd. Ett allvarligt och överraskande besked kan leda till att patienten har svårt att uppfatta det som sägs. När en person fått ett besked som ger upphov till kris är det viktigt att sjukskötaren signalerar att det finns tid att tala och att hjälp finns att få. Behovet av stöd är normalt stort, även om patienten kan verka oberörd eller avvisa beskedet. Det är viktigt att han får tillfälle att tala om det som hänt, att

sjuuskötaren informerar klart och tydligt och lyssnar förstående. (Eide & Eide 2004, s. 244-246).

Den första reaktionen på besked om livshotande sjukdom är chock och förnekelse. Kris orsakad av sjukdom påminner om den egna sårbarheten och livets skörhet. Tankar om att det har blivit ett missförstånd är vanliga. Människan är upprörd. Det kan också förekomma fysiska symptom såsom skakningar, hjärtklappning, svettning, huvudvärk och att personen fryser. (Eho 2009, s. 27). Nydiagnostiserad sjukdom utgör ett hot mot patientens psykiska, fysiska och sociala välbefinnande (Kiiltomäki 2007, s. 57; Ruishalme & Saaristo 2007, s. 37).

När en person insjuknar kan han drabbas av osäkerhet och sorg. Livet kan inte längre ses som en självklarhet. Saker som personen i fråga värderar högt sätts på spel och han kan inte längre leva på samma sätt som tidigare. Livshotande sjukdom påverkar livets alla områden. Personen kanske inte kan sova, men orkar inte heller vara vaken. Han kan uppleva att kroppen blir en plåga och ständigt känna sig hotad. För att som sjuuskötare kunna möta en person i denna situation krävs mod och kunskap. Mod – att komma i närkontakt med sjukdom, död, besvikelser och oro. Kunskap – om hur det är att vara människa. (Willman 2009, s. 10).

Många män i Kristofferzon och Löfmark och Carlssons (2007, s. 395) studie, som gjordes bland 20 kvinnor och 19 män, hade svårt att acceptera att de drabbats av hjärtinfarkt, vissa förnekade till och med sin diagnos. En del män berättade att de hade en positiv syn på livet, som hjälpte dem att hantera de känslor som hjärtinfarkten väckte (Hogg & Garratt & Shaw & Tagney 2007, s. 658).

4.2 Att bearbeta de känslor som sjukdomen väcker

Vid insjuknande i livshotande sjukdom som upplevs som traumatisk kris är det mycket viktigt att människan i någon människorelation får bearbeta känslorna. Om känslorna lämnar obearbetade blir livet tungt och följande motgång i personens liv kan bli svårhanterad och orsaka starka reaktioner. (Ruishalme & Saaristo 2007, s. 42).

Det är viktigt att ge patienten tid och att beakta i vilken situation han är för tillfället. Patienters sätt att hantera och bearbeta krisen är individuellt: någon vill prata, en annan vara tyst. Vårdaren måste använda sin intuition och vara känslig för patientens behov av stöd. (Kiiltomäki 2007, s. 57; Eho 2009, s. 27).

I en studie som gjorts bland 34 män som fått diagnosen prostatacancer berättar många att de till en början ville vara för sig själva och fundera, behandla de starkaste känslorna innan de var redo att berätta för familj och vänner. De ville ta tid att tänka och väntade med att informera familj och vänner tills de kommit igenom de värsta känslostormarna. En man reflekterade över att män har en tendens att gå in i sig själva när de blir upprörda över något. Att distansera sig från känslorna och vara rädd för att visa sig sårbar är ett uttryck för hegemonisk maskulinitet. En kvinna i studien berättade att det var lätt att diskutera om sjukdomen med sin man, så länge de höll sig till fakta, men när hon ville prata om känslor blev det problematiskt. Andra kvinnor hade liknande erfarenheter. (Gray & Fitch & Phillips & Labreque & Fergus 2000, s. 542-543, 545).

Män som fått någon sjukdom kan ha ett ökat behov av emotionellt stöd, även om de inte vill visa det så tydligt. Sjuksköterskan bör vara uppmärksam. (Gray m.fl. 2000, s. 545). Även prostesen Esko Eho, som i många år arbetat med sorgearbete, hävdar att män uttrycker känslor på ett indirekt sätt. Hjälparen bör vara medveten om detta och ha förmåga att se indirekta uttryck för sorg. Män kan vanligtvis inte gråta eller bryta ihop, därmed stannar sorgen inombords. (Eskola 2005, s. 12). Detta kan förslagsvis även appliceras på mäns sätt att reagera på den kris, som insjuknande i livshotande sjukdom innebär. Cecil och McCaughan och Parahoo (2010, s. 508) konstaterar att män inte på samma sätt som kvinnor talar om rädslor och oro i förhållande till sjukdomen. Män söker sig inte lika ofta som kvinnor till stödgrupper och de som gör det är de mera intresserade av information än emotionellt stöd.

Hogg med fleras (2007, s. 651, 655-656) studie visar däremot att männen hade ett stort behov av att få tala om hjärtinfarkten, dess symptom och de känslor som den väcker. De intervjuade männen upplevde intervjun, som gjordes för datainsamling till studien, som ett tillfälle till detta.

4.3 Att ha kontroll över sjukdomen

På basen av en studie som gjordes bland män som insjuknat i hjärtsvikt, definierades kontroll som att förstå sin situation och behandling samt att veta att det finns hjälp att få. När männen upplever att de får stöd kan de hantera sjukdomen och leva ett liv som de betraktar som normalt. (Nordgren & Asp & Fagerberg 2008, s. 1347).

När en man insjuknar i en allvarlig sjukdom, t.ex. cancer, tycker han att det är viktigt att vara handlingskraftig. Han förhåller sig rationellt till de omständigheter som sjukdomen för med sig. I regel ser mannen positivt på framtiden, också när han drabbats av sjukdom ser han om möjligt framåt och fokuserar på de positiva framtidsmöjligheterna. Generellt har män ett handlingsinriktat förhållningssätt och stor ansvarskänsla för den eventuella familjen. Det verkar vara särskilt viktigt för män att behålla sin självbestämmanderätt och att ha möjlighet att påverka de hot som sjukdomen medför. Män vill ha råd, men drar sig för att be om hjälp. (Madsen 2006, s. 289-290). Männen kämpade, efter att de fått prostatacancerdiagnos, för att få kontroll över livet och känslorna. Ofta vacklade de mellan viljan att vara självständiga och det faktum att de var beroende av andra. (Gray m.fl. 2000, s. 531).

4.4 Att minimera sjukdomens inverkan på livet

Att få vara normal i förhållande till andra människor och till livet som det var före insjuknandet är viktigt för en man som insjuknat i livshotande sjukdom (Hogg m.fl. 2007, s. 659 refererar Gregory 2005). Alla män som deltog i Hogg med fleras (2007, s. 657) studie konstaterade att det är viktigt att efter insjuknandet återgå till det normala. För vuxna män är att behålla god fysisk kondition efter insjuknandet (Gray m.fl. 2000, s. 539; Kristofferzon & Löfmark & Carlsson 2003, s. 369; 2008, s. 372) och för män i arbetsför ålder att kunna återgå till arbete, viktiga tecken på tillfrisknande (Gray m.fl. 2000, s. 539; Kristofferzon m.fl. 2003, s. 369-370; Brink & Karlson & Hallberg 2006, s. 408; Cecil m.fl. 2010, s. 504). Det är av betydelse vilken syn männen har på sitt arbete. Om arbetet är det som ger dem mening med livet, är det första prioritet att återgå till det. Att återgå till arbete

var något som väckte blandade känslor hos männen; det är ett tecken på kompetens och normalitet men även en händelse som kan väcka osäkerhet och tveksamhet över att inte klara av uppgifterna som tidigare. (Nordgren m.fl. 2008, s. 1348).

Männens starka vilja att återgå till arbete kan delvis antas bero på att den äldre generationen har vuxit upp med traditionella könsroller, där arbetsfördelningen ofta är sådan att mannen försörjer familjen och kvinnan sköter hemmet. När patienterna kunde utföra dagliga sysslor, upplevde de också att de bättre klarade av att leva med sjukdomen. (Kristofferzon m.fl. 2003, s. 370). Enligt Kristofferzon med flera (2008, s. 371) var både kvinnor och män som var arbetslösa trötta på att vara hemma och de ville börja arbeta så fort som möjligt. Att ha arbete betraktas som ett tecken på hälsa.

Män som insjuknat i cancer var begränsade i många aktiviteter: att ha en anställning och försörja familjen, idrotta, vara sexuellt aktiva, göra praktiska uppgifter i hemmet, på gården och med bilen. Dessutom måste männen efter insjuknandet anta positivt hälsobeteende – hälsosam kost, regelbundna hälsokontroller och terapibesök m.m. Detta betraktades som feminint och kunde vara svårt att acceptera. (Cecil m.fl., s. 504).

Patienterna i Hogg med fleras (2007, s. 657) studie ville inte bli betraktade som svaga eller mindre förmögna att fungera i vardagen på grund av sin sjukdom. De hade ett behov av att bygga upp tilltron till sig själva både på arbetet och hemma. Deltagarna i Brink med fleras (2006, s. 408-409) studie ville inte alls förändra sin vardag eller bara göra små förändringar. Pensionerade män ville fortsätta leva som tidigare och föredrog att inte ändra på sina dagliga aktiviteter. Men de kämpade med hälsoproblem och var tvungna att göra förändringar i vardagen. Forskarna påstår härmed att kvinnor kämpar med sjukdom, medan män kämpar mot sjukdom.

5 Sjukskötarens stöd av mannen som insjuknat i livshotande sjukdom

God vård av en person som insjuknat i allvarlig sjukdom innefattar att stöda patientens psykosociala resurser. Alla människor har olika resurser att hantera sjukdom. I vårdvetenskapliga undersökningar delar man ofta in det sociala stödet i emotionellt, informativt och instrumentellt stöd. Inom psykologin talar man om psykosocialt stöd. (Kiiltomäki 2007, s. 59, 63). Det är sjukskötarens uppgift att utvärdera det sociala stöd som patienten får av sin eventuella partner och andra närstående (Kristofferzon m.fl. 2003, s. 371). Genus är av central betydelse när det gäller uppfattningen av det stöd som vårdpersonalen ger och sjukskötaren borde vara mera uppmärksam på genusspecifika behov av stöd (Kristofferzon m.fl. 2003, s. 371-372; Clarke & Booth & Velikova & Hewison 2006, s. 66). Instrumentellt stöd är praktisk hjälp (Kiiltomäki 2007, s. 63). I litteraturen har inga särdrag i instrumentellt stöd och genus stigit fram. I detta kapitel behandlas därför emotionellt och informativt stöd samt stöd av familj och andra närstående.

5.1 Emotionellt stöd

Emotionellt stöd innebär att dela patientens känslor och frågor som oroar honom. Det ges genom omsorg, uppmuntran, stärkande av resurser och hopp. Målet är att uppnå en äkta dialog med patienten. (Kiiltomäki 2007, s. 57, 63). Att vara stödande är mera frågan om att vara närvarande än att göra, detta bör sjukskötaren tänka på när hon möter människor i behov av emotionellt stöd (Nordgren m.fl. 2008, s. 1351). Det är viktigt att skapa en öppen och trygg atmosfär. Sjukskötaren bör vara redo att lyssna och svara ärligt på frågor, hon bör dock inse sina egna brister och komma ihåg att hon inte vet allt. Sjukskötaren behöver inte vara rädd för att säga att hon inte vet eller förstår varför. Det viktigaste är att vara närvarande. (Eho 2009, s. 27, 36).

Enligt Kristofferzon med flera (2008, s. 371) hade sjukskötaren, både på sjukhuset och inom bashälsovården, en viktig roll. Hon stod för kontinuitet och säkerhet. Männen i Kristofferzon med fleras (2007, s. 396) studie ansåg att det emotionella stöd och empatin som sjukskötaren gav var viktigt. En klapp på handen eller kinden kunde ge en känsla av säkerhet och omtanke.

Hannu Lampi (2005, s. 16, 112, 124) har gjort en kvalitativ studie bland män som insjuknat i hjärtinfarkt. Med hjälp av öppna intervjuer och studier av självbiografiska texter betraktade han mannen i en patientkontext. Studien visar att vårdpersonalen var ett viktigt nätverk under vårdtiden och männen uppskattade sjukskötarnas yrkesskicklighet, som tog uttryck genom gott bemötande; tålmod, förmåga att fokusera på det väsentliga, individuellt förhållningssätt, omsorg och vilja att diskutera.

Trots stress gjorde sjukskötarna ett professionellt arbete. Det framkom dock att patienterna ansåg att sjukskötaren inte hade tillräckligt med tid för att umgås med och prata med patienterna. Män som genomgått by-pass operation och hade ångest skulle ha önskat mera tid för stödande samtal med sjukskötaren. Sjukskötarens närvaro ökade välbefinnandet. (Lampi 2005, s. 117-118, 120). Nordgren m.fl. (2008, s. 1349-1350) konstaterar att det är viktigt att vårdarna tar männens problem på allvar och har en uppriktig vilja att hjälpa. Att bli bekräftad och respekterad av sjukskötare som är närvarande, lyssnande och respekterar den individuella upplevelsen av sjukdomen och behovet av stöd ger en känsla av delaktighet i vården. Om sjukskötaren visade tecken på stress eller tidsbrist, kände männen i denna studie sig som bördor. När männen inte togs på allvar kände de sig maktlösa och förlorade tilltron till vården och vårdarna.

Alla män som deltog i Clarke med fleras (2006, s. 69-71) studie var gifta och de betraktade sina fruar som en bättre källa till emotionellt stöd och uppmuntran och diskuterade hellre känslor med henne eller någon annan som de har en nära relation till än med vårdpersonalen. Detta kan leda till att allt verkar vara okej när sjukskötaren samtalar med mannen och det blir svårt för sjukskötaren att identifiera mannens behov av stöd. I dylika situationer är det en utmaning för sjukskötaren att erbjuda partnern stöd. Enligt Kristofferzon m.fl. (2003, s. 369-371) var männens partners ofta involverade i tillfrisknandet och det stöd som de gav var viktigt. Männen fick mera stöd från sina partners än kvinnorna fick. Det visade sig också att för männen är det sociala stöd som de

får av arbetskamrater viktigt. Om en man som insjuknat är pensionerad, är det skäl att vårdpersonalen erbjuder honom extra stöd.

5.2 Informativt stöd

Information och kunskap ger stöd eftersom medvetenhet om och förståelse för sjukdomen minskar osäkerhet och ger en känsla av kontroll. En sjukdom som kommer plötsligt ger upphov till rädsla och personen måste hitta nya sätt att relatera till sig själv och sin sjukdom. Sjukskötaren har en viktig uppgift i att stöda mannen i denna situation. (Nordgren m.fl. 2008, s. 1350).

5.2.1 Att ge informativt stöd

I det informativa stödet ingår information om sjukdomen, vården, förändringar som sjukdomen medför, smärtlindring, rehabilitering, patientorganisationer och grupper för stöd av likställda med mera (Kiiltomäki 2007, s. 63). Mångsidig handledning som berör orsaker, symptom, kroppsliga förändringar, läkemedelsbehandling samt framtiden och tar hela familjen i beaktande uppskattas (Lampi 2005, s. 112-113). Kristofferzon m.fl. (2003, s. 368) konstaterar i sina studier om könsskillnader inom socialt stöd och coping hos patienter som drabbats av hjärtinfarkt, att män behöver mera informativt stöd än kvinnor.

Sjukskötaren bör inte i ett för tidigt skede överösa patienten med information, han behöver tid att behandla det som hänt. Sjukskötaren bör vara känslig för patientens individuella behov och kunna handleda patienten därefter. I diskussion med patienten märker man vad han redan vet och vad han behöver mera information om. (Kiiltomäki 2007, s. 63; Eho 2009, s. 27). Patienten har rätt att få information om sin sjukdom och vården av den. Om det finns risk för att patienten dör, har han också rätt att veta detta. (Kiiltomäki 2007, s. 63).

Männen i Kristofferzon med fleras (2007, s. 395) undersökning ansåg det viktigt att själva skaffa sig kunskap och erfarenhet, de litade inte enbart på den information som läkaren gav. De uppskattade mest den information och det stöd som sjukskötaren gav. Gray m.fl. (2000, s. 536) konstaterar att patienter i dagens läge, när det finns obegränsat med material om olika sjukdomar som vem som helst kan ta del av, kan bli förvirrade av allt de tagit reda på om sin diagnos. Då behöver de professionellt stöd i att avgöra vad som är väsentligt.

Nordgren m.fl. (2008, s. 1350) hävdar att obesvarade frågor och oärlig eller indirekt information ger upphov till rädsla, frustration, osäkerhet och till och med förödmjukelse hos män som insjuknat i hjärtsvikt. Sjukskötaren bör vara tydlig när hon handleder och undvika svåra medicinska termer. Av en studie som omfattade sex män som insjuknat i hjärtinfarkt framgick det att det männen hela tiden försökte tolka läkarna och sjukskötarna och lyssna till deras kommunikation för att skapa en uppfattning av hur allvarlig deras sjukdom var (Hogg m.fl. 2007, s. 656-657). En man i Lampis (2005, s. 115-116) studie förklarade att det irriterade honom att sjukskötaren "lindade in" den information hon gav, han var av den åsikten att det är bäst att gå rakt på sak.

5.2.2 Information som emotionellt stöd

Män behöver mera informativt stöd än kvinnor, konstaterar Kristofferzon m.fl. (2003, s. 368) i sin studie om könsskillnader inom socialt stöd och coping hos patienter som drabbats av hjärtinfarkt. Clarke m.fl. (2006, s. 66, 69-70) stöder detta och konstaterar att männen upplevde att det var det informativa stödet som hjälpte dem att hantera de känslor som sjukdomen väckte. Det informativa stöd som sjukskötaren gav uppfattades som emotionellt stöd. Männen upplevde att det emotionella stödet som vårdpersonalen erbjöd var oändamålsenligt och det var mindre sannolikt att män sökte emotionellt stöd från vårdpersonalen. Informativt stöd upplevdes som viktigare än emotionellt stöd. Även om de visste att emotionellt stöd fanns tillgängligt valde de att inte utnyttja det, eftersom de ansåg att de inte behövde eller inte kände sig bekväma med att ta emot emotionellt stöd från vårdpersonalen. Sjukskötaren stod för den informativa biten och männen upplevde att hennes stöd var gott.

Om det stöd som sjukskötaren ger skulle ingå i en strukturerad vårdplan och vara en självklar del av vården skulle männen antagligen uppleva att emotionellt stöd är något som hör till. När de inte själva aktivt behöver söka stöd skulle de i större utsträckning vara villiga att ta emot det stöd som sjukskötaren erbjuder. Om män skulle få tillfällen att diskutera med en vårdare, som de byggt upp en relation till, skulle de antagligen känna sig mera bekväma med att diskutera känslor. Om stödet skulle presenteras som information och råd, skulle männen med större sannolikhet utnyttja det. (Clarke m.fl. 2006, s. 71).

Att få vård och behandling av sjukskötare och läkare, som har specifik kompetens och kunskap och kan ge god handledning och välplanerad vård, är en viktig faktor som gör att män med hjärtsvikt upplever trygghet (Nordgren m.fl. 2008, s. 1349). I flera studier framkommer att män värderar läkarens kunskap och råd särskilt högt, att diskutera med specialistläkaren ger trygghet (Gray m.fl. 2000, s. 537; Burström & Boman & Strandberg & Brulin 2007, s. 26; Kristofferzon m.fl. 2008, s. 371). Ökat samarbete mellan olika yrkesgrupper inom vården leder troligtvis till ökad upplevelse av trygghet bland män med hjärtsvikt (Burström m.fl. 2007, s. 26-27)

5.3 Stöd av familj och andra närstående

Sjukdomen påverkar hela familjen, som måste anpassa sig samtidigt som den drabbade behöver deras stöd (Willman 2009, s. 10). Det hör till sjukskötarens uppgifter att utvärdera om patienten får socialt stöd av sin eventuella partner och andra närstående och hurdan detta stöd i sådana fall är. Om de närstående inte är involverade i patientens sjukdom och rehabilitering är det sjukskötarens uppgift att uppmuntra dem att delta. (Kristofferzon m.fl. 2003, s. 371).

Mycket tyder på att en avgörande faktor, som motverkar negativa psykiska reaktioner på åldrande och sjukdom, är att ha nära och starka förhållanden till en eller flera människor. Mäns primära stressreaktion är distansering. Distansering innebär att hålla känslorna tillbaka och bevara det rationella tänkandet. Detta reaktionsmönster är bra när man behöver agera och vara oberoende i en påfrestande situation. När man tror att man måste vara stark och hålla upp en fasad av att allt är bra finns dock risken att man stöter bort människorna

som finns omkring en och blir ensam. (Madsen 2006, s. 289-290). Fungerande kommunikation mellan patienten och hans sociala nätverk har en positiv inverkan på mannens upplevelse av sjukdom (Kristofferzon 2007, s. 391, 397).

Så gott som alla män i Gray med fleras (2000, s. 538) studie ville minimera till vilken grad sjukdomen inkräktade på deras liv. Största delen uttryckte att de ville berätta om sin sjukdom åt så få som möjligt, många sade att de helst skulle ha berättat enbart för sin fru. Övriga familjemedlemmar fick veta om sjukdomen, men mest för att mannen kände sig tvungen att berätta för dem. Utanför familjen berättade män om sin sjukdom för chefen, ibland också för arbetskamrater och nära vänner. Även Cecil med flera (2010, s. 507) konstaterar att män som insjuknat i cancer tenderar att berätta om sjukdomen enbart åt den närmaste familjen.

Männen ville inte att sjukdomen skulle påverka familjen i för stor grad, de var medvetna om att familjen ibland tar cancerdiagnosen hårdare än de själva gör. För att beskydda familjen ville de dölja symptomen från dem. Männerna upplevde ofta att de inte kunde tala om sjukdomen med sina vänner, de trodde inte att andra män skulle förstå deras situation. En man önskade att han skulle ha kunnat tala om sjukdom med någon på samma sätt som kvinnor gör. En del män, som upplevde att de inte kunde tala med familj och vänner om sjukdomen sökte professionell hjälp. (Cecil 2010, s. 505-507).

Cecil med flera (2010, s. 507) konstaterade att männen hade en ambivalent inställning till det emotionella stöd som familjen gav. De uppskattade det samtidigt som de inte kände sig bekväma med att andra oroade sig för dem. Också männen i Hogg med fleras studie (2007, s. 657) betraktade det som irriterande att andra oroade sig för dem, trots att de förstod att människor frågar för att de är uppriktigt bekymrade.

6 Metodbeskrivning

På basen av litteratur klargörs hur sjukskötaren kan stöda mannen som insjuknat i livshotande sjukdom. Jag har sökt böcker om mäns hälsa och av sjukdom orsakad kris. För artikelsökning har jag huvudsakligen använt mig av Nelli-portalen, EBSCO, Cinahl, PubMed och Google Scholar. Sökorden jag använt mig av är följande: gender/men/sex, (social) support, nurse och life-threatening disease/ cardiovascular disease / cancer / disease / illness / stress / crisis. Sökningarna avgränsades till 2005 och senare, men via dessa artiklars referenser har jag även hittat äldre artiklar som ger arbetet mervärde, här avgränsade jag mig till artiklar från år 2000 och senare.

Det första jag gjorde med en artikel var att läsa abstraktet och diskussionen eller resultatdelen. På basen av detta avgjorde jag om artikeln kunde användas eller inte. Informationssökningen gav träffar, som ur olika synvinklar behandlade mäns upplevelse av sjukdom. Eftersom arbetet fokuserar på män som är medelålders och äldre valdes artiklar som berörde ungdomar och unga vuxna bort. Artiklar som berörde anhörigas upplevelser, fysiologiska skillnader mellan män och kvinnor, mental hälsa, mäns upplevelse av vård och vårdkvalitet valdes också bort.

De artiklar som återstod lästes igenom enligt en omformad variant av forskare Timo Laines metod för analys av kvalitativa studier. Till först avgör man vad som, med tanke på avgränsningarna, är av intresse i det material som undersöks. Sedan går man igenom materialet, avgör och märker ut de teman som är av intresse, allt annat lämnas bort från analysen. Saker av relevans samlas ihop och skiljs ur från det övriga materialet. Temaområden utformas och till sist skrivs en sammanfattning av erhållna fakta. Innehållsanalys är en grundmetod som kan användas i alla kvalitativa studier. (Tuomi & Sarajärvi 2002, s. 94).

I innehållsanalysen gick jag vid tematisering av undersökningars resultat noggrant igenom materialet. Vid val av vilka temaområden som tas upp återgick jag alltid till arbetets syfte och avgränsningar. Syftet med examensarbetet var att beskriva vilket behov av socialt stöd mannen har då han insjuknat i livshotande sjukdom och hur sjukskötaren kan stöda mannen. Om jag konstaterade att resultatet svarar på arbetets syfte, togs det med. I detta

skede valde jag därför bort resultat som berörde depression som följd av insjuknande i livshotande sjukdom samt coping.

Kiiltomäkis (2007, s. 63) indelning av socialt stöd i emotionellt, informativt och instrumentellt stöd utgjorde stommen för analys av mannens behov. Dessutom har det i litteraturen framkommit att stöd av familj och andra närstående är av stor vikt. Emotionellt stöd operationaliserades till begrepp som stärkande av resurser, närvaro, trygghet, säkerhet, empati, uppmuntran, lyssnande, ärlighet och gott bemötande. Informativt stöd kan operationaliseras till information, handledning och råd. Instrumentellt stöd är praktisk hjälp, på detta område framkom inga särdrag i mäns behov av stöd. Stöd av familj och andra närstående operationaliserades till begrepp som att tala om sjukdomen, kommunikation, förhållanden och socialt nätverk. På basen av detta placerades forskningsresultaten in under respektive stödform. För innehållsanalys av böcker användes innehållsförteckningen för att avgöra vilka kapitel som var av relevans för arbetet.

7 Tillämpad del

På basen av litteratur utformades en översikt (se bilaga 1) som presenterar arbetets centrala resultat. Syftet med översikten är att väcka sjukskötarens intresse för mannens behov av stöd och fungera som ett stöd för henne att stöda mannen som fått en livshotande sjukdomsdiagnos. Produkten har under hela arbetsprocessen funnits i mina tankar. Jag funderade på olika alternativ och konstaterade att en översikt där de centrala resultaten sammanfattas blir bäst. Översikten kommer att, tillsammans med en kort beskrivning av mitt arbete, publiceras i decembernumret av vårdtidskriften *Vård i fokus*. På så sätt nås många sjukskötare runtom i Svenskfinland. Artikeln skrivs efter att jag lämnat i examensarbetet och fått feedback på det.

Översikten görs, för att bli mera intressant och tilltalande, med kreativa medel. Maria Forsblom har bidragit med illustrationer: en man, som står i mitten av översikten och sjukskötaren som står på sidan redo att stöda mannen som insjuknat i livshotande sjukdom. Jag har valt att låta mannen vara klädd i vanliga kläder i stället för sjukhuskläder för att påminna om att mannen är en unik individ och att hans individualitet består även om han kommer till sjukhuset för vård. Sjukskötaren är i detta fall en kvinna, men könet är inte av betydelse.

Layouten har gjorts i samarbete med David Stenlund. Med hjälp av pilar visas vilket stöd sjukskötaren bör ge mannen; emotionellt, informativt och instrumentellt, hon bör även vara uppmärksam på stöd av närstående. Forskningsresultat som är specifika för mannens behov av stöd presenteras i rutor nere på sidan. På höger sida om mannen har jag valt att ta upp de särdrag som stigit fram när det gäller mannens reaktion på livshotande sjukdom.

Valet av teckensnitt påverkar läsbarheten. Högsta läsbarhet uppnås genom att använda ett teckensnitt som läsaren är van vid. Raka teckensnitt, såsom times, uppfattas ofta som lättlästa. (Bergström, Lundgren & Flessa 1994, s. 58). I översikten används teckensnitten skia och chalkboard. Jag ville använda mig av ett lättläst teckensnitt, dock mera spännande än Times New Roman.

8 Kritisk granskning

En etiskt god undersökning förutsätter att skribenten under arbetsprocessen tillämpar god vetenskaplig praxis. Skribenten bör vara genomgående ärlig under arbetsprocessen. Valet av ämne är den första etiska frågan som skribenten ställs inför. En annan viktig aspekt är att människorna som berörs av undersökningen bör behandlas med respekt. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, s. 23-25).

Plagiat är att utan tillstånd låna andra skribenters texter och ange dem som egna. Varje skribent äger rättigheterna till sin egen text och när man använder andras texter bör man ange detta med ändamålsenliga källhänvisningar. Den andra principen som tas upp är att man inte bör förhålla sig okritiskt till källor och resultat eller hitta på och försköna resultat. Det är fusk att allmängöra resultat om det inte finns skäl till det eller hitta på egna resultat. Den tredje punkten som tas upp är att rapporteringen inte bör vara bristfällig eller vilseledande. Metoden som används bör noggrant övervägas. Arbetets brister bör även presenteras. (Hirsjärvi 1997, s. 25-26).

Ämnet valdes inom ramen för projektet Mannens hälsa och välbefinnande. Kvinnor och män är olika. Det är av stor vikt att sjukskötaren kan ge det stöd som mannen behöver när han insjuknar i livshotande sjukdom. Enligt de kompetensområden som gjorts upp för sjukskötare (YH) är det hennes uppgift att stöda och aktivera individen och familjen att ta ansvar för sin hälsa, resurser och funktionsförmåga. Även handledning och undervisning är ett centralt område i sjukskötarens kompetens. (Undervisningsministeriet 2006, s. 64-65). Sjukskötarens stöd av mannen som insjuknat i livshotande sjukdom innefattas i dessa områden. Genus tas dock inte upp i de av Undervisningsministeriet uppgjorda kompetensområdena. Sjukskötarens stöd av patienter är ett viktigt forskningsområde, där oändliga utvecklingsmöjligheter finns. Ämnet kan därför betraktas som mycket relevant. Arbetsprocessen har pågått i över ett år. Under denna process har arbetet kontinuerligt diskuterats och omformats i samarbete med min handledare.

Genom omsorgsfull och ärlig bearbetning och omskrivning av texter samt noggranna hänvisningar till ursprungliga källor har jag undvikit plagiat. Inga andra skribenter har medverkat i skrivandet av examensarbetet. Oftast har studierna stött varandra, men ibland har olika studier gett olika resultat. Då har resultaten presenterats och diskuterats ärligt. I diskussionen diskuterar arbetets resultat kritiskt.

Tillförlitlighet eller reliabilitet betyder att mätresultatet är pålitligt och skulle vara det samma om undersökningen upprepades (Hirsjärvi 1997, s. 231). I kvalitativ forskning utgör personen som utför studien en viktig del av forskningsinstrumentet och påverkar således resultatet. Skribenten bör därför fråga sig om en annan forskare skulle uppnå samma resultat och dra samma slutsatser. (Denscombe 2000, s. 250). Ämnet för mitt examensarbete är relativt outforskat. Jag hade inga klara förväntningar på vad evidensen skulle visa om mäns sätt att reagera på livshotande sjukdom och hur sjukskötaren kan

stöda. Jag har försökt eliminera stereotypa bilder av manlighet ur tankarna, total objektivitet är dock omöjlig att uppnå.

En empirisk undersökning bland personer som insjuknat i livshotande sjukdom skulle ha gett mervärde och ökat tillförlitligheten. Frågor om vilket behov av stöd patienterna har och vilket stöd de fick skulle ställas. I en sådan undersökning skulle kvinnor med fördel kunna medverka, då skulle särdrag i männens behov komma fram tydligare.

I mitt examensarbete har jag använt mig av enbart kvalitativa studier, eftersom problemområdet är sådant att kvalitativa studier ger svar. Det är frågan om kvalitativa studier som omfattar 6 till 171 respondenter. Studierna är gjorda bland patienter som vårdats på sjukhus, olika länge efter hemkomsten. I de flesta studier som behandlats, berättar resultaten om mäns upplevelser ur ett kvalitativt perspektiv, skillnaden mellan män och kvinnor kommer inte fram. Det finns antagligen stora likheter i mäns och kvinnors behov av stöd när de insjuknat i livshotande sjukdom.

På basen av en kvalitativ källa kan resultaten inte generaliseras. Därför har jag strävat till att på alla områden hitta stöd för resultaten från flera källor, detta har inte alltid lyckats och då kan resultaten inte generaliseras. Tillförlitligheten i resultatet av litteraturstudier avgörs av tillförlitligheten i de studier som använts som grund.

Som grund för arbetet har jag använt flera böcker inom området samt 14 vetenskapliga artiklar. Två av dessa är litteraturstudier. Sju studier är gjorda bland personer som insjuknat i hjärtinfarkt, fyra bland patienter med olika cancerdiagnoser, två bland män med hjärtsvikt och en berör ämnet män och hälsa. Fyra av de artiklar som gjorts bland personer som insjuknat i hjärtinfarkt var gjorda av samma forskargrupp, större variation skulle ha ökat tillförlitligheten. Merparten av studierna som använts i mitt arbete är utländska: åtta studier är gjorda i Sverige, fyra i Storbritannien, en i Canada och en i Finland. Flera inhemska undersökningar skulle ha ökat tillförlitligheten, men forskning med genusperspektiv verkar ännu inte vara så vanlig i vårt land. Vidare skulle tillförlitligheten öka om jag hade hittat flera artiklar som berörde sjukskötarens stöd av män som insjuknat i olika former av cancer och även använt artiklar som berör andra områden är sjukdomar i cirkulationsorganen och cancer.

Sökordens variation var omfattande: gender/men/sex, (social) support, encounter, nurse och life-threatening disease/ cardiovascular disease / cancer / disease / illness / stress / crisis. Artiklarna som jag hittade med hjälp av sökorden behandlades en i taget. På basen av dessa torde jag ha hittat de mest relevanta forskningsartiklarna.

Efter att ha analyserat omfattande mängder litteratur upplevde jag att arbetet nått en viss mättnad, d.v.s. studierna presenterade liknande resultat och hänvisade till undersökningar jag redan tagit del av. I detta skede avslutades informationssökningen. Jag har strävat till att i första hand använda mig av förstahandskällor. I ett fåtal fall, där det varit svårt att hitta den primära källan, har jag använt mig av sekundärkällor.

9 Avslutande diskussion

Syftet med examensarbetet var att beskriva vilket behov av socialt stöd mannen har då han insjuknat i livshotande sjukdom och hur sjukskötaren kan stöda mannen. Förståelse för mannens krisreaktion och upplevelse av sjukdom utgör grunden för att kunna ge det stöd som mannen behöver. I examensarbetets teoretiska del kan fyra huvudteman urskiljas: Kris (kapitel 2), maskulinitetens inverkan på hälsa och sjukdom (kapitel 3), mannens upplevelse av sjukdom (kapitel 4) och sjukskötarens stöd av mannen som insjuknat i livshotande sjukdom (kapitel 5).

I arbetet med män som insjuknat i livshotande sjukdom, är det viktigt att sjukskötaren är medveten om att insjuknandet kan orsaka kris i mannens liv. Kännedom om krisen och dess faser är en förutsättning för att sjukskötaren skall kunna förstå och stöda mannen som insjuknat i livshotande sjukdom.

Gällande mannens upplevelse av livshotande sjukdom har stigit fram att män kan ha svårt att acceptera sin diagnos. Kristofferzon med flera (2007, s. 395) konstaterar att män till och med kan förneka sin diagnos. Det bör här påpekas att studien gjordes 4-6 månader efter insjuknande i hjärtinfarkt. Detta innebär att förnekelsen i det här fallet inte antas vara en

försvarsmekanism som aktiveras i den akuta krisen. Enligt Cullberg (2006, s. 144) pågår den akuta krisen, i vilken förnekelse är en vanlig försvarsmekanism, i fyra till sex veckor.

Vidare steg det, i kapitlet som behandlar mannens upplevelse av sjukdom, även fram att normalitet är viktigt för män som drabbats av sjukdom. För vuxna män är det viktigt att efter insjuknandet behålla god fysisk kondition (Gray m.fl. 2000, s. 539; Kristofferzon m.fl. 2003, s. 369; Kristofferzon m.fl. 2008, s. 372) och att kunna återgå till arbete (Gray m.fl. 2000, s. 539; Kristofferzon m.fl. 2003, s. 369-370; Brink m.fl. 2006, s. 408; Cecil m.fl. 2010, s.504). Män ville i allmänhet fortsätta leva som tidigare och göra så små ändringar i vardagslivet som möjligt (Brink m.fl. 2006, s. 408).

I vården av en person som insjuknat i livshotande sjukdom är det viktigt att stöda patientens resurser, detta görs genom att möta patientens emotionella, informativa och instrumentella behov (Kiiltomäki 2007, s. 63). Det är också sjukskötarens uppgift att utvärdera det sociala stöd som patienten får av sin eventuella partner och andra närstående (Kristofferzon m.fl. 2007, s. 371). På basen av detta kan det konstateras att för att kunna möta patientens behov och kunna stöda honom krävs en tät dialog med både patienten och hans anhöriga. Det är bra att som sjukskötare komma ihåg att, trots att jag inte kan svara på alla frågor och inte kan eliminera den kris som mannen upplever, så kan jag alltid erbjuda mitt stöd genom att lyssna och finnas till hands.

Det är allmänt antaget att män reagerar starkt på små krämpor, men inte reagerar på allvarliga sjukdomar. Denna generalisering verkar innehålla sanningar, som kan karakterisera i alla fall den traditionella mansrollen. (Madsen 2006, s. 289). Att distansera sig från känslorna och vara rädd för att visa sig sårbar är ett uttryck för hegemonisk maskulinitet. Män som insjuknat i livshotande sjukdom kan ha ett ökat behov av emotionellt stöd, trots att de inte visar det. (Gray m.fl. 2000, s. 545-546). Studier bland män som insjuknat i cancer visade att män distanserar sig och inte vill tala om känslor med sina närstående, medan Hogg med fleras (2007, s. 651) studie däremot visade att männen hade ett stort behov av att tala om sjukdomen med vårdpersonalen. Oberoende av sjukdomens art är det vanligt att män drar sig för att be om hjälp, trots att de behöver råd (Madsen 2006, s. 290).

Mannens vilja att beskydda och inte besvära familjen kan leda till att känslorna hålls inombords. Sjukskötaren bör vara medveten om att mannen kan behöva stöd, trots att han inte visar det. Hon kan uppmuntra honom och bekräfta att det är okej att vara svag och ta emot hjälp. Ändå bör hon respektera om mannen inte vill tala om sjukdomen. Om mannen hellre vill diskutera känslorna med sin fru eller någon annan närstående bör även detta respekteras, huvudsaken är att mannen får tala med någon om sina upplevelser och inte lämnas ensam med sina känslor. Sjukskötaren bör därför försäkra sig om att mannen har någon att tala med om han vill. Det görs genom att rakt på sak fråga mannen eller hans anhöriga om de kan tala om sjukdomen.

En mycket intressant aspekt som kommit upp i litteraturen är mäns behov av information. Män behöver mera informativt stöd än kvinnor (Kristofferzon 2003, s. 368) och informativt stöd uppfattas av mannen som emotionellt stöd (Clarke m.fl. 2006, s. 70). I litteraturen som jag använt används begreppet informativt stöd, därför har jag valt att använda det begreppet. I alla situationer där sjukskötaren handleder en patient är det dock viktigt att åstadkomma en dialog, snarare än att ge information.

Information och kunskap ger stöd, eftersom medvetenhet om och förståelse för sjukdomen minskar osäkerhet och ger en känsla av kontroll (Nordgren m.fl. 2008, s. 1350). Specialiserad kunskap hos läkare och sjukskötare ger män en ökad tilltro till vården och ökar upplevelsen av trygghet (Burström m.fl. 2007, s. 27, Nordgren m.fl. 2008, s. 1349). För att förhindra förvirring och oklarheter verkar det vara viktigt att sjukskötaren är ärlig och tydlig när hon handleder mannen som insjuknat i livshotande sjukdom (Lampi 2005, s. 115-116; Hogg m.fl. 2007, s. 657; Nordgren m.fl. 2008, s. 1350). Med sin närvaro och sitt stöd kan sjukskötaren öka patientens upplevelse av trygghet. Sjukskötaren kan även genom att visa sin yrkeskunskap och se till att hon har uppdaterad kunskap inom området, ge mannen ökad upplevelse av trygghet. Patientens upplevelse av trygghet är ytterligare en motivering för kontinuerlig fortbildning inom sjukvården.

Män är inte en homogen grupp som generellt kan jämföras med kvinnor och en stereotyp bild av män och maskulinitet bör ifrågasättas. Män kan antas reagera på olika sätt vid besked om livshotande sjukdom beroende på personlighet, ålder, social och etnisk grupptillhörighet. Mansrollen är även i ständig förändring. Det är viktigt att sjukskötaren, oberoende om patienten är man eller kvinna möter patienten som den unika individ han är och tillgodoser hans behov av stöd. På basen av litteratur kan man konstatera att det finns

generella drag i mäns sätt att reagera i kris (Rostad 2009, s. 41). Medvetenhet om att mannens reaktion på livshotande sjukdom påverkas av den hegemoniska eller traditionella maskuliniteten ger sjukskötaren större förståelse för mannen.

Detta examensarbete har gett mig djupare insikt i att det finns skillnader mellan mäns och kvinnors sätt att reagera på kris och det behov av stöd som personen har i denna situation. Jag har fått vissa antaganden bekräftade, men också fått många nya insikter i hur jag som sjukskötare kan stöda mannen och vilka särskilda behov mannen har. Examensarbetet bidrar med ny kunskap om hur sjukskötaren kan stöda patienten som är man och insjuknat i livshotande sjukdom, detta har inte gjorts tidigare. Översikten kan fungera som stöd för sjukskötaren i mötet med mannen. Denna kunskap vill jag dela med mig av och jag är därför glad över möjligheten att publicera litteraturöversikten med tillhörande artikel i vårdtidningen Vård i Fokus. Dessutom har jag blivit påmind om hur viktigt det är att, oberoende om patienten är man eller kvinna, finnas till för patienten och möta honom i hans individuella situation. Att sjukskötaren ger emotionellt och informativt stöd samt utvärderar det stöd som familjen och andra närstående ger är av stor betydelse för patientens välbefinnande. För att sjukskötaren skall kunna stöda mannen bättre borde det forskas vidare i hur sjukskötaren kan uppmuntra mannen att söka hjälp och hur hon kan erbjuda ett emotionellt stöd som han är villig att ta emot.

Källförteckning

Bergström, B., Lundgren, P. & Flessa, G. (1994). *Grafisk kommunikation*. 4 uppl. Stockholm: Liber.

Brink, E., Karlson, B W. & Hallberg, L R-M. (2006). Readjustment 5 months after a first-time myocardial infarction: reorienting the active self. *Journal of Advanced Nursing*, 53 (4), 403-411.

Burström, M., Boman, K., Strandberg, G. & Brulin, C. (2007). Manliga patienter med hjärtsvikt och deras erfarenhet av att vara trygga och otrygga, *Vård i Norden*, 85 (3), 24-28.

Cecil, R., McCaughan, E. & Parahoo, K. (2010). 'It's hard to take because I am a man's man': an ethnographic exploration of cancer and masculinity. *European Journal of Cancer Care*, 19, 501-509.

Charles, N. & Walters, V. (2008). 'Men are leavers alone and women are worriers': Gender differences in discourses of health. *Health, Risk & Society*, 10 (2), 117-132.

Clarke, S-A., Booth, L., Velikova G. & Hewison, J. Social Support – Gender Differences in Cancer Patients in the United Kingdom. *Cancer Nursing*, 29 (1), 66-72.

Cullberg, J. (2006). *Kris och utveckling*. 5 uppl. Stockholm: Natur och kultur.

Dahlborg, E. & Eriksson, H. (2006). Introduktion. Ingår i: Strömberg, H. & Eriksson, H. (red.). *Genusperspektiv på vård och omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Denscombe, M. (2000). *Forskningshandboken – för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.

Eho, S. (2009). Sairauden aiheuttama kriisi. Ingår i: Aalto, K. & Gothóni, R. (red.) *Ihmisen lähellä – hengellisyys hoitotyössä*. Helsingfors: Kirjapaja.

Eide, T. & Eide, H. (2004). *Kommunikation i praktiken – relationer, samspel och etik inom socialt arbete, vård och omsorg*. Stockholm: Liber.

Eskola, R. (2005). Mies säntää surua pakoon. *Sairaanhoitaja – Sjuksköterskan*, 78 (5), 12.

Gray, R E., Fitch, M., Phillips, C., Labreque, M & Fergus, K. (2000). Managing the Impact of Illness: The Experiences of Men with Prostate Cancer and their Spouses. *Journal of Health Psychology*, 5 (4), 531-548.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. (1997). *Tutki ja kirjoita*. 15. uppl. Helsingfors: Tammi.

Hogg, N M., Garratt, V., Shaw S K & Tagney J. (2007). It has certainly been good just to talk: An interpretative phenomenological analysis of coping with myocardial infarction. *British Journal of Health Psychology*, 12, 651-662.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. (2001). *Sisätauti-kirurginen hoito ja hoitotyö*. Helsingfors: Tammi.

Institutet för hälsa och välfärd. (2010a). *Specialiserad somatisk vård 2008*. Hämtad 2.10.2010. Tillgänglig: http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2010/Tr05_10.pdf

Institutet för hälsa och välfärd. (2010b). *Miesten yleisimmät kuolemansyyt ikäryhmittäin (lkm) 2008*. Hämtad: 10.9.2010. Tillgänglig: http://www.ktl.fi/attachments/taty/kuolemansyyt/miehet_yleisimmat_kuolemansyyt_2008.pdf

Kiiltomäki, A. (2007). Sairastumisen tai vammautumisen aiheuttama kriisi. Ingår i: Kiiltomäki, A. & Muma, P. (red). *Tässä ja nyt – sairaanhoitaja tekee kriisityötä*. Helsingfors: Sairaanhoitajaliitto.

Kristofferzon, M-L., Löfmark, R. & Carlsson, M. (2003). Myocardial infarction: gender differences in coping and social support. *Journal of Advanced Nursing*, 44 (4), 360-374.

Kristofferzon, M-L., Löfmark, R. & Carlsson, M. (2005). Coping, social support and quality of life over time after myocardial infarction. *Journal of Advanced Nursing*, 52 (2), 113-124.

Kristofferzon, M-L., Löfmark, R. & Carlsson, M. (2007). Striving for balance in daily life: experiences of Swedish women and men shortly after a myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 391-401.

Kristofferzon, M-L., Löfmark, R. & Carlsson, M. (2008). Managing consequences and finding hope – experiences of Swedish women and men 4-6 months after myocardial infarction. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 22, 367-375.

Lampi, H. (2005). *Miehen sydäninfarktikokemus: fenomenologinen tutkimus sairastumisesta ja potilaana olemisesta*. Diakonia-Ammattikorkeakoulun julkaisuja A Tutkimuksia 12. Helsingfors: Diakonia-ammattikorkeakoulu.

Lindqvist, O. (2007). *Att leva med kroppsliga förändringar vid obotlig cancersjukdom med fokus på prostatacancer*. Akademisk avhandling. Umeå: Umeå universitet, Institutionen för omvårdnad och institutionen för strålningsvetenskaper – onkologi.

Madsen, S A. (2006). Mænd & sind. Ingår i: Christensen, K., Graugaard, C., Bonde, H., Helge, W J. & Madsen, S A. *Kend din krop, mand – sundhed, sex, sport, sind*. Köpenhamn: Lindhardt og Ringhof.

Nordgren, L., Asp, M. & Fagerberg, I. (2008). Support as experienced by men living with heart failure in middle age: A phenomenological study. *International Journal of Nursing Studies*, 45, s. 1344-1354.

Nordstedts stora svenska ordbok. (1986). Stockholm: Nordstedts Förlag AB.

Nordstedts svenska synonymordbok. (1992). Stockholm: Nordstedts Förlag AB.

Peate, Ian. (2007). *Men's health – The Practice Nurse's Handbook*. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.

Rostad, B. (2009). Menn og psykisk helse – et forsømt tema? *Utposten – blad for allmenn- og samfunnsmedisin*, (38) 2, 40-41.

Ruishalme, O. & Saaristo, L. (2007). *Elämä satuttaa – kriisit ja niistä selviytyminen*. Helsingfors: Tammi.

Statistikcentralen. (2009). *Alkoholödligheten oförändrad*. Hämtad: 10.9.2010. Tillgänglig: http://www.stat.fi/til/ksyyt/2008/ksyyt_2008_2009-12-18_tie_001_sv.html

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2002). *Laadullinen tutkimus ja sisältöanalyysi*. Helsingfors: Tammi.

Undervisningsministeriet. (2006). *Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon – Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopinnotopisteet*. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24. Helsingfors: Undervisningsministeriet. Hämtad 23.7. 2010. Tillgänglig: <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf?lang=fi>

Willman, A. (2009). Förord. Ingår i: Söderberg, S. (red). *Att leva med sjukdom*. Stockholm: Nordstedts Akademiska förlag.

Wright, L M., Watson, W L. & Bell J M. (2002). *Familjefokuserad omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

ÖVERSIKT – Sjukskötarens stöd av mannen vid insjuknande i livshotande sjukdom

Genus är av central betydelse när det gäller uppfattningen av det stöd som vårdpersonalen ger. Sjukskötaren borde vara mera uppmärksam på genus specifika behov av stöd.



EMOTIONELLT STÖD

INFORMATIVT STÖD

INSTRUMENTELLT STÖD

STÖD AV NÄRSTÅENDE



Särdrag i mäns reaktion på livshotande sjukdom:

- ◆ Distansering från och indirekt sätt att uttrycka känslor
- ◆ Få kontroll över livet och sjukdomen
- ◆ Att minimera sjukdomens inverkan på livet
- ◆ Behålla god fysisk kondition
- ◆ Återgå till arbetet

Emotionellt stöd	Informativt stöd	Instrumentellt stöd	Stöd av närstående
<ul style="list-style-type: none"> • Att låta mannen ge uttryck för sina känslor • Även om det inte syns tydligt, kan mannen ha stort behov av emotionellt stöd • Specialiserad kunskap hos vårdpersonalen ökar upplevelsen av trygghet 	<ul style="list-style-type: none"> • Information om sjukdomen, vården, förändringar som sjukdomen medför, smärtt lindring, rehabilitering, patientorganisationer och grupper för stöd av likställda • Ärlig, tydlig och tillräcklig information • Män behöver mera informativt stöd än kvinnor • Information kan upplevas som emotionellt stöd, eftersom medvetenhet om och förståelse för sjukdomen ger en känsla av kontroll 	<ul style="list-style-type: none"> • Praktisk hjälp • I litteraturen framkom inte särdrag i mäns uppfattning av instrumentellt stöd 	<ul style="list-style-type: none"> • Det är sjukskötarens uppgift att uppmuntra de närstående att delta i patientens vård och utvärdera det stöd som närstående ger • Fungerande kommunikation mellan patienten och hans nätverk har en positiv inverkan på upplevelsen av sjukdom • Män vill berätta om sjukdomen åt så få som möjligt • Eventuell partner upplevs som en bättre källa till emotionellt stöd än vårdpersonalen

Text: Anette Holm, utbildningsprogrammet för vård (Åbo)

Illustrationer: Maria Forsblom

Layout: Anette Holm och David Stenlund

Källor som använts i översikten

Brink, E., Karlson, B W. & Hallberg, L R-M. (2006). Readjustment 5 months after a first-time myocardial infarction: reorienting the active self. *Journal of Advanced Nursing*, 53 (4), 403-411.

Burström, M., Boman, K., Strandberg, G. & Brulin, C. (2007). Manliga patienter med hjärtsvikt och deras erfarenhet av att vara trygga och otrygga, *Vård i Norden*, 85 (3), 24-28.

Cecil, R., McCaughan, E. & Parahoo, K. (2010). 'It's hard to take because I am a man's man': an ethnographic exploration of cancer and masculinity. *European Journal of Cancer Care*, 19, 501-509.

Clarke, S-A., Booth, L., Velikova G. & Hewison, J. Social Support – Gender Differences in Cancer Patients in the United Kingdom. *Cancer Nursing*, 29 (1), 66-72.

Eide, T. & Eide, H. (2004). *Kommunikation i praktiken – relationer, samspel och etik inom socialt arbete, vård och omsorg*. Stockholm: Liber.

Eskola, R. (2005). Mies säntää surua pakoon. *Sairaanhoitaja – Sjuksköterskan*, 78 (5), 12.

Gray, R E., Fitch, M., Phillips, C., Labreque, M & Fergus, K. (2000). Managing the Impact of Illness: The Experiences of Men with Prostate Cancer and their Spouses. *Journal of Health Psychology*, 5 (4), 531-548.

Hogg, N M., Garratt, V., Shaw S K & Tagney J. (2007). It has certainly been good just to talk: An interpretative phenomenological analysis of coping with myocardial infarction. *British Journal of Health Psychology*, 12, 651-662.

Kiiltomäki, A. (2007). Sairastumisen tai vammautumisen aiheuttama kriisi. Ingår i: Kiiltomäki, A. & Muma, P. (red). *Tässä ja nyt – sairaanhoitaja tekee kriisityötä*. Helsingfors: Sairaanhoitajaliitto.

Kristofferzon, M-L., Löfmark, R. & Carlsson, M. (2003). Myocardial infarction: gender differences in coping and social support. *Journal of Advanced Nursing*, 44 (4), 360-374.

Kristofferzon, M-L., Löfmark, R. & Carlsson, M. (2007). Striving for balance in daily life: experiences of Swedish women and men shortly after a myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 391-401.

Kristofferzon, M-L., Löfmark, R. & Carlsson, M. (2008). Managing consequences and finding hope – experiences of Swedish women and men 4-6 months after myocardial infarction. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 22, 367-375.

Lampi, H. (2005). *Miehen sydäninfarktikoekemus: fenomenologinen tutkimus sairastumisesta ja potilaana olemisesta*. Diakonia-Ammattikorkeakoulun julkaisuja A Tutkimuksia 12. Helsingfors: Diakonia-ammattikorkeakoulu.

Madsen, S A. (2006). Mænd & sind. Ingår i: Christensen, K., Graugaard, C., Bonde, H., Helge, W J. & Madsen, S A. *Kend din krop, mand – sundhed, sex, sport, sind*. Köpenhamn: Lindhardt og Ringhof.

Nordgren, L., Asp, M. & Fagerberg, I. (2008). Support as experienced by men living with heart failure in middle age: A phenomenological study. *International Journal of Nursing Studies*, 45, s. 1344-1354.

Ruishalme, O. & Saaristo, L. (2007). *Elämä satuttaa – kriisit ja niistä selviytyminen*. Helsingfors: Tammi.