

Tartu Tervishoiu Kõrgkool
Õe õppekava

Kaie Jõeveer, Katrin Tähepõld

RINNAVÄHK MEESTEL NING SELLEGA SEONDUVAD ÕENDUSPROBLEEMID

Lõputöö

Juhendajad: Piret Simm, RN, MSCHS

Tartu Tervishoiu Kõrgkool

Mari-Leen Varendi, RN, MSCHS

SA Tartu Ülikooli Kliinikum

Tartu 2015

Käesoleva lõputöö on autorid koostanud iseseisvalt. Kõik töös kasutatud teiste autorite, kirjandusallikate ja muudest allikatest pärinevad andmed on nõuetekohaselt viidatud.

Lõputöö autorite allkirjad:

1. Kaie Jõeveer

2. Katrin Tähepõld

Kuupäev 2015. a.

Otsus kaitsmisele lubamise kohta

Juhendajad:

Piret Simm, RN, MScHS

Mari-Leen Varendi, RN, MScHS

Kuupäev 2015. a.

KOKKUVÕTE

Rinnavähk meestel ning sellega seonduvad õendusprobleemid.

Kaie Jõeveer, Katrin Tähepõld

Uurimistöö on kirjanduse ülevaade, mille eesmärgiks on anda ülevaade meestel esinevast rinnavähist ja õendusprobleemidest selle haiguse korral. Kirjanduse otsinguks kasutati elektroonilisi teadusandmebaase *PubMed* ja *EBSCOhost: CINAHL, MEDLINE, Health Source – Consumer Edition, Academic Search Complete, Health Source: Nursing/Academic Edition*, samuti otsingumootoreid *Google* ja *Google Scholar*, Tartu Tervishoiu Kõrgkooli raamatukogu ning Tartu Ülikooli raamatukogu. Uurimistöö tugineb 46 kirjandusallikale, millest 27 on teadusartiklid. Allikate ilmumisaasta jääb ajavahemikku 2003–2014.

Rinnavähk meestel on harva esinev haigus, mille esinemissageduseks peetakse keskmiselt 1% kõikidest rinnavähi juhtudest. Meeste haigestumine rinnavähki on erinevate autorite arvates tõusva tendentsiga. Meeste elulemus rinnavähi korral on madalam kui naistel, mida võib põhjendada haiguse hilisema diagnoosimisega. Õigeaegset diagnoosimist raskendab ühiskonna vähene teadlikkus rinnavähi võimalikkusest meestel. Kõige sagedamini esineb meestel invasiivset duktaalkartsinoomi, mille esmaseks sümptomiks on rinda tekkinud valutuhke tükk. Haiguse riskiteguriteks peetakse rinnavähi esinemist esimese astme sugulastel, vanust üle 60 aasta, Klinefelteri sündroomi, ebatervislikke eluviise ning teatud elukutseid. Tulenevalt erinevatest ravimeetoditest on rinnavähki põdevatel meespatsientidel sagedasemateks õendusprobleemideks valu, nahakahjustused, lümfödeem, kuumahood, libiido langus, väsimus, nõrkus ning stigmatiseerimine.

Märksõnad: rinnavähk, rinnavähk meestel, rinnavähi ravi, elulemus, levimus, õendus.

ABSTRACT

Male Breast Cancer and the Related Nursing Care

By Kaie Jõeveer and Katrin Tähepõld

The aim of the study is to give an overview of male breast cancer and its related nursing care. Electronic databases such as PubMed ja EBSCOhost: CINAHL, MEDLINE, Health Source – Consumer Edition, Academic Search Complete, Health Source: Nursing/Academic Edition, as well as Google search and Google Scholar search were employed for literature searching. The available literature in the library of Tartu Health Care College and Tartu University library were also used to find the necessary information. The research is based on 46 literature sources that include 27 scientific articles. The used sources were published between 2003 and 2014.

Breast cancer in men is a rare disease accounting for about 1% of all breast cancers. Different authors say the incidence of male breast cancer is showing an increasing tendency. Survival rates for men in cases of breast cancer are lower, mostly due to being diagnosed at a later stage. Early detection of breast cancer in men is impaired by society's low awareness that men can get breast cancer. The most common type in men is invasive ductal carcinoma which symptom is a painless lump in the breast area. The occurrence of breast cancer in first degree relatives, the age above 60, Klinefelter syndrome, unhealthy lifestyle and certain professions are regarded to be risk factors for the disease. Regarding different types of treatment for male patients with breast cancer the most common nursing care involves pain, skin damage, lymphedema, heat waves, decrease in libido, fatigue, weakness and fear of stigmatization.

Keywords: breast cancer, male breast cancer, breast cancer treatment, survival, prevalence, nursing.

SISUKORD


1. SISSEJUHATUS	6
2. UURITAV MATERJAL JA METOODIKA	9
2.1. Uuritav materjal ja andmete kogumine	9
2.2. Materjali analüüsi protsess	10
2.3. Uurimiseetika	10
3. MEESTE RINNAVÄHI LEVIMUS JA ELULEMUS	11
3.1. Meeste rinnavähi levimus	11
3.2. Meeste rinnavähi elulemus	12
4. MEESTE RINNAVÄHI RISKITEGURID JA SÜMPTOMID VÕRRELDUNA NAISTE RINNAVÄHI RISKITEGURITE JA SÜMPTOMITEGA	14
4.1. Meeste rinnavähi riskitegurid võrrelduna naiste rinnavähi riskiteguritega	14
4.2. Rinnavähi sümptomid meestel võrrelduna naistel esinevate sümptomitega	16
5. ÕENDUSPROBLEEMID	18
5.1. Kirurgilisest ravist tulenevad õendusprobleemid	18
5.2. Kiiritusravist tulenevad õendusprobleemid	19
5.3. Süsteemsest ravist tulenevad õendusprobleemid	20
5.4. Palliatiivse raviga seonduvad õendusprobleemid	21
5.5. Psühhosotsiaalsed õendusprobleemid	22
6. ARUTELU	26
7. JÄRELDUSED	31
ALLIKALOEND	33


1. SISSEJUHATUS

Vähktõbi ehk pahaloomulised kasvaja on grupp haigusi, mida iseloomustab geneetilise häirega ebanormaalsete rakkude kontrollimatu paljunemine ning metastaseerumine (Padrik ja Everaus 2013). Rinnavähk on sagedasemaid pahaloomulisi kasvajaid naistel. Maailma Terviseorganisatsiooni (*World Health Organization*) *Health for All Database* andmetel diagnoositi 2009. aastal Eestis 609 uut rinnavähi juhtu naistel. Eesti Vähiregistri andmete kohaselt haigestus 2009. aastal rinnavähki neli meest (Tervise Arengu Instituut 2013).

Meeste rinnavähi esinemissageduseks loetakse keskmiselt 1% kõikidest rinnavähi juhtudest (Giordano jt 2004, Iredale jt 2005, Liukkonen jt 2010, Miao jt 2011). Eestis moodustas aastatel 2000–2009 diagnoositud rinnavähk meestel kõikidest rinnavähi juhtumitest 0,7%, mis on kõikidest vähidiagnoosidest ligikaudu 0,1% (Tervisestatistika... 2013). Uuringute põhjal on aga alust arvata, et haigestumine on tõusva tendentsiga (Giordano jt 2004, Contractor jt 2008, Chen jt 2013).


Võrreldes naise rinnaga on meeste rind rudimentaarne. Vaatamata anatoomilistele erinevustele, on siiski võimalik meeste haigestumine erinevatesse, enamasti küll naistel esinevatesse rinnanäärme haigustesse (Ellis ja Mahadevan 2010). Erinevate uurimistööde tulemused näitavad, et meestel esineb erinevatest rinnavähi tüüpidest ülekaalukalt kõige sagedamini invasiivset duktaalkartsinoomi (Giordano jt 2004, Hill jt 2005, Brinton jt 2008, Liukkonen jt 2010, Quintyne jt 2010, Chen jt 2013). Invasiivne duktaalkartsinoom on rinnavähi vorm, mille puhul vähk areneb rinna piimajuhade limaskestast rakkudest ja levib väljapoole piimajuha ning infiltreerub ümbritsevasse rinnakoesse (Saunders ja Jassal 2009). Konkreetse rinnavähi tüübi esinemist saab põhjendada just mehe rinna anatoomilise eripäraga (Liukkonen jt 2010, Chen jt 2013).

Rinnavähi võimalikult varajast diagnoosimist naistel soosib teema kajastamine n  dias, kättesaadavad infomaterjalid ning mammograafia sõeluuringud. Kahjuks mainitakse

erinevates infomaterjalides rinnavähi võimalikkust meestel väga harva kui üldse. Seetõttu on levinud eksiarvamus, et rinnavähk on ainult naistel esinev haigus 

Elanikkonna teadlikkus meestel esinevast rinnavähist on madal või puudub üldse. Thomas' e poolt 2010. aastal läbi viidud uurimistöös selgus, et 80% uuringus osalenud meestest, kelle esimese astme emapoolisel lähisugulasel oli diagnoositud rinnavähk, ei teadnud, et ka mehed võivad haigestuda rinnavähki (Thomas 2010). Madala teadlikkuse tõttu nii tervishoiutöötajate kui ka elanikkonna hulgas diagnoositakse meestel rinnavähk sageli liiga hilja. Sellest lähtuvalt on kasvaja mõõtmed suuremad, vähi staadium hilisem ning sageli on haaratud ka regionaalsed lümfisõlmed. Eelnevast lähtudes on elulemus meeste rinnavähi korral võrreldes naistega madalam (Giordano jt 2004). Haiguse varajasem avastamine tõstaks elulemuse näitajaid. Selle saavutamiseks on vajalik tõsta meeste teadlikkust rinnavähist ning levitada infomaterjale ja juhendeid õige enesekontrolli teostamiseks (Miao jt 2011). Haiguse sümptomite avastamisel on suur roll meeste naissoost partneritel, kelle teadlikkus on tänu naistele suunatud rinnavähi avastamise kampaaniatele oluliselt kõrgem. Õdedel, eriti pereõdedel, on oluline roll meeste ning nende perekondade ja teiste patsientide teadlikkuse tõstmisel rinnavähist ja selle diagnoosimise võimalustest. Nii meestele kui naistele tuleks õpetada, kuidas rindu ise kontrollida ning selgitada, et sõltumata patsiendi soost on vajadusel võimalik teha nii mammograafilist kui ultraheliuuringut. Õed peaksid selgitama ka meestele, kui oluline on rinnavähi varajane avastamine ja ravi (Williams jt 2003, Al-Haddad 2010).

Hetkel puudub eestikeelne tõendus põhine kirjandus meeste rinnavähi kohta, samuti pole Eestis tehtud uurimistöid välja selgitamiseks, kui teadlikud on inimesed, seal hulgas ka tervishoiutöötajad, meestel esinevast rinnavähist ning sellest, milliseid probleeme haigestumine meestele kaasa toob. Kuigi meestel esineb rinnavähki harva, tuleks muuta ühiskonnas levinud eksiarvamust, nagu oleks rinnavähk ainult naistel esinev haigus.

Lõputöö eesmärgiks on anda ülevaade meestel esinevast rinnavähist ning õendusprobleemidest selle haiguse puhul 

Eesmärgi saavutamiseks püstitati järgmised uurimisülesanded:

- 1) Kirjeldada meeste rinnavähi levimust ning elulemust.
- 2) Kirjeldada meeste rinnavähi riskitegureid ja sümptomeid ning võrrelda neid naistel esineva rinnavähi sümptomite ja riskiteguritega.
- 3) Kirjeldada õendusprobleeme meeste rinnavähi korral.

2. UURITAV MATERJAL JA METOODIKA

2.1. Uuritav materjal ja andmete kogumine

Lõputöö on kirjanduse ülevaade, mille eesmärgiks on anda ülevaade meestel esinevast rinnavähist ning õendusprobleemidest selle haiguse korral. Metoodika valiku tingis asjaolu, et empiiriliseks uurimistööks vajaliku valimi moodustamine on haiguse harva esinemise tõttu keeruline. Uuritavaks materjaliks olid teemakohased kirjandusallikad (kirjandusülevaated, empiirilised uurimistööd, ülevaateartiklid, üldtunnustatud organisatsioonide koduleheküljed, käsiraamatud, rinnavähi ravijuhised), mille otsimiseks kasutati teadusandmebaase *PubMed* ja *EBSCOhost: CINAHL, MEDLINE, Health Source – Consumer Edition, Academic Search Complete, Health Source: Nursing/Academic Edition*, samuti otsingumootoreid *Google* ja *Google Scholar* ning Tartu Tervishoiu Kõrgkooli raamatukogu ning Tartu Ülikooli raamatukogu.

Kirjanduse valiku kriteeriumid olid järgnevad: eesti- või inglisekeelne teaduspõhine kirjandus, mis vastab vähemalt ühele uurimisülesandele. Allikate ilmumisperiodid jääb ajavahemikku 2004–2014 ning artiklid on kättesaadavad täistekstidena. Lõputöö autorid on kasutanud oma uurimistöös ka ühte 2003. aastal ilmunud artiklit, kuna see sisaldas uurimistöö jaoks olulist informatsiooni.

Kirjandusallikate leidmiseks kasutati järgmisi otsingusõnu ja nende sõnade kombinatsioone: rinnavähk (*breast cancer*), meeste rinnavähk (*male breast cancer, male breast carcinoma*), rinnavähk meestel (*breast cancer in men*), rinnavähi ravi (*breast cancer treatment*), patsiendi õpetus (*patient education*), psühholoogilised aspektid vähi korral (*psychological effects of cancer*), teadlikkus (*awareness*), teadmised (*knowledge*), ennetus (*prevention*), mastektoomia (*mastectomy*), kõrvaltoimed (*side effects*), keemiaravi (*chemotherapy*), kiiritusravi (*radiotherapy*), hormoonravi (*endocrine therapy, hormone therapy*), elulemus (*survival*), levimus (*prevalence*), õendus (*nursing*), elukvaliteet (*quality of life*).

2.2. Materjali analüüsi protsess

Kirjandusallikate esmane valik tehti allikate pealkirjade ja artiklite kokkuvõtete alusel. Väljavalitud artiklid loeti läbi, tõlgiti ja analüüsiti. Artiklite analüüsimise käigus koondati ja grupeeriti sarnaste teemadega allikad. Seejärel informatsioon refereeriti, selekteeriti erinevate autorite sarnased ja erinevad seisukohad ning kirjutati kokku loogiliseks sidusaks tekstiks. Tekst struktureeriti sisult terviklikeks peatükkideks ja alapeatükkideks. Lisaks artiklitele selekteeriti lõputöösse sobivad kirjandusallikad, kui need sisaldasid informatsiooni, mis vastas vähemalt ühele uurimisülesandele.

2.3. Uurimiseetika

Lõputöö koostati vastavalt Tartu Tervishoiu Kõrgkooli kirjalike tööde vormistamise ning õe ja ämmaemanda õppekavade lõputöö koostamise juhenditele ning kaitsmise ja hindamise korrale. Kasutatud kirjandusallikad viidati nõuetekohaselt ja toodi välja allikaloendis. Artiklite analüüsimisel ning info edasiandmisel edastati võimalikult täpselt artiklite autorite järeldusi ning seisukohti. Lõputöö usaldusvääruse tõstmiseks koostati kasutatud teadusartiklite väljavõtuleht (Lisa 1).

3. MEESTE RINNAVÄHI LEVIMUS JA ELULEMUS

3.1. Meeste rinnavähi levimus

Levimus (*prevalence*) ehk esinemissagedus on näitaja, mis iseloomustab juhtude esinemist kindlaksmääratud populatsioonis kindlaksmääratud ajahetkel või ajaperioodil (Rahvatervishoiu...). Rinnavähk meestel on harva esinev haigus, mille esinemissagedusena on erinevad autorid välja toonud kuni 1% kõikidest rinnavähi juhtumitest (Giordano jt 2004, Iredale jt 2005, Liukkonen jt 2010, Miao jt 2011). Eestis moodustas aastatel 2000–2009 diagnoositud rinnavähk meestel kõikidest rinnavähi juhtumitest 0,7%, mis on kõikidest vähidiagnoosidest ligikaudu 0,1% (Tervisestatistika 2013). Samas näitavad erinevad USA-s, Suurbritannias ning Soomes läbi viidud uurimistööd haigusjuhtude sagenemist. Sagenemise põhjus jääb aga ebaselgeks (Giordano jt 2004, Contractor jt 2008, Liukkonen jt 2010). Ameerika Ühendriikides viidi Giordano ja tema kaasautorite poolt läbi uuring, milles kasutati *National Cancer Institute'i Surveillance, Epidemiology and End Results Program'i* 1973.–1998. aasta andmeid, uurimaks meestel esineva rinnavähi juhtumeid haigusest tulenevate tunnuste, prognostiliste faktorite ning elulemuse osas. Lisaks võrreldi meestel ja naistel esinevat rinnavähki võimalike erinevuste osas. Analüüs tugines 2537 meeste rinnavähi juhtumile ning võrdlusena kasutati 383 146 naistel esinenud rinnavähi juhtumit. Tööst selgus, et perioodil 1994–1998 sages haigestumine 26% võrra võrreldes ajavahemikuga 1973–1978. Haigusjuhtude sagenemist kinnitab ka 2013. aastal Hiinas läbiviidud uuring, milles analüüsiti 150 rinnavähki haigestunud mehe andmeid, mis pärinesid aastatest 1980–2012. Kõikidest osalenutest diagnoositi haigus 25 juhul (16,6%) aastatel 1980–1989, 43 juhul (28,7%) aastatel 1990–1999 ning aastatel 2000–2012 juba 82 juhul (54,7%) (Chen jt 2013). Seevastu Leedus läbi viidud uurimistöö tulemused ei kinnita haigestumise sagenemist ning uusi haigusjuhte registreeritakse aasta jooksul stabiilselt 10–15 korral (Jackevicius jt 2009). Eesti vähiregistri andmete kohaselt haigestus rinnavähki 2009. aastal neli meest.

3.2. Meeste rinnavähi elulemus

Elulemus (*survival*) on konkreetset ajahetke kirjeldav näitaja, mis iseloomustab tulemivabade isikute osakaalu uuringusse kaasatute seast. Tulemiks võib olla surm, haigestumine, retsidiivi teke, paranemine (Rahvatervishoiu...). Meeste üldine viie aasta elulemusmäär jääb erinevate autorite töödes vahemikku 43–75% (Giordano jt 2004, Jackevicius jt 2009, Liukkonen jt 2010). Sarnased tulemused (viie aasta elulemusmäär 72,9%) on saanud ka Chen koos kaasautoritega, kes oma uurimistöös kasutasid ühes Hiina haiglas ravil olnud 150 rinnavähi diagnoosiga mehe andmeid. Andmed koguti ajavahemikul 1980. aasta detsembrist kuni 2012. aasta juunini. Kuna töö eesmärgiks oli võrrelda mees- ja naispatsientide elulemust, siis iga osalenud mehe kohta valiti kaks naispatsienti, kelle haiguspilt ning ravi oleksid võimalikult sarnased. Naispatsientide viie aasta elulemus oli selle uurimistöö tulemusena 83,2%. Kümne aasta elulemus oli meestel 53,9% ning naistel 68,5% (Chen jt 2013). Leedus tehtud uuring näitas kümne aasta elulemuse protsendiks meestel aga ainult 22,6% (Jackevičius jt 2009). Viimase töö kohaselt on oluliseks elulemust mõjutavaks teguriks vanus: alla 60-aastased I ja II staadiumi rinnavähiga patsiendid elasid kauem kui üle 60-aastased I ja II staadiumiga. Hill jt poolt 2005. aastal läbi viidud uurimistöö näitab, et haiguse prognoos ning seeläbi elulemus, sõltub meestel vanusest, vähi staadiumist selle diagnoosimisel ning perekonnaseisust. Antud uurimistöö viidi läbi USA-s ning töö käigus analüüsiti ja võrreldi rinnavähki haigestunud meeste (n=2923) ja naiste (n=442500) andmeid, et välja selgitada elulemust mõjutavaid tegureid. Huvitava faktina selgub, et mustanahalistel meestel on tõenäosus haiguse hilisemaks diagnoosimiseks 80% kõrgem kui mustanahalistel naistel. Haiguse prognoos meestel üldiselt halveneb aga iga 10 lisanduva eluaastaga (Hill jt 2005).

USA-s läbi viidud uurimistööst selgub, et võrreldes naistega on meestel diagnoosimise hetkel haigus tavaliselt kaugemale arenenud, see tähendab, et kasvaja on hilisemas staadiumis, mõõtmetelt suurem ning haaratud on ka regionaalsed lümfisõlmed. Uurimistöös osalenud meestel esines diagnoosimise hetkel kõige enam II staadiumi ning naistel I staadiumi rinnavähki. Lisaks diagnoositi meestel rohkem nii III kui ka IV staadiumi rinnavähki. Kasvajakolde mõõtmed jäid meestel kõige enam vahemikku 2,0–4,9 cm. Naistel seevastu

vahemikku 1,0–1,9 cm. Lisaks saab väita, et meestel on lümfisõlmede haaratus samuti sagedasem (Giordano jt 2004). Põhjuseks, miks naistel diagnoositakse rinnavähk varem (kolde mõõtmed väiksemad ning staadium varasem), saab pidada skriiningmammograafia teostamist (Hill jt 2005).

Meeste elulemus rinnavähi korral on madalam kui naistel, mis võib olla tingitud nii kõrgemast vanusest haiguse diagnoosimisel kui ka lühemast eeldatavast elueast. Elulemust tõstaks õigeaegne haiguse diagnoosimine, mida soodustaks nii ühiskonna teadlikkuse tõstmine kui ka skriiningmammograafia teostamine (Giordano jt 2004). Oluliseks aspektiks haiguse avastamisel ning arsti poole pöördumisel peetakse abikaasa või elukaaslase olemasolu. Naiste teadlikkus rinnavähist on oluliselt kõrgem ning seeläbi veenavad just nemad oma mehi arsti poole pöörduma (Williams jt 2003). Samuti võib elulemust mõjutada ka meeste rinnavähi tõenduspõhiste ravijuhiste puudumine, mistõttu lähtutakse nende ravis naiste rinnavähi ravimeetoditest (Miao jt 2011, Chen jt 2013). Selles osas, kas meessugu iseenesest elulemust mõjutab, on autorid erinevatel arvamustel. Hiina uurijad järeldavad, et meessugu halvendab haiguse prognoosi (Chen jt 2013), kuid vastupidistele järeldustele on jõudnud nii Hill (2005) kui ka Miao (2011) koos kaasautoritega. Hiinas läbi viidud uurimistööst lähtuvalt, halvendavad meeste elulemust nii kasvaja eripärad kui ka meeste endi bioloogiline erinevus võrreldes naistega. Lisaks veel ka kaasuvate haiguste olemasolu ning kasutatava hormoonravi võimalik erinev toime meeste organismile võrreldes toimega naiste organismile (Chen jt 2013).

4. MEESTE RINNAVÄHI RISKITEGURID JA SÜMPTOMID VÕRRELDUNA NAISTE RINNAVÄHI RISKITEGURITE JA SÜMPTOMITEGA

4.1. Meeste rinnavähi riskitegurid võrrelduna naiste rinnavähi riskiteguritega

Rinnavähk meestel on harva esinev haigus ja uurimistöödeks vajalikud andmed sageli limiteeritud, seetõttu on erinevad autorid sunnitud tõdema, et kindlaid riskitegureid on väga raske välja tuua. Meestel seostatakse rinnavähi teket kõige sagedamini järgnevate riskiteguritega: kõrgem vanus, rinnavähi esinemine lähisugulastel, suurenenud östrogeni tase, Klinefelteri sündroom, radioaktiivne kiirgus ning ebanormaalne testikulaarne funktsioon (Murphy ja Borgen 2005). Lisaks tuuakse riskiteguritena välja ka alkoholi liigtarvitamine, rasvtõbi, maksahaigused, töötamine järgmistel töökohtadel: metallitööstuses, sealhulgas eriti malmitööstuses, valtsimiskojas ja lihatööstuses ning elektromagnetvälja alas (American... 2014, Murphy ja Borgen 2005). Lähtudes Aasma ja Ulp 2004. aastal koostatud "Rinnavähi varajase avastamise tegevusjuhendist" on naiste rinnavähi riskitegurid seotud nii keskkonna kui ka elustiili mõjuritega. Haigestumise riski suurenemist naistel põhjustavad reproduktiiv- ja menstruaalfunktsiooni tegurid, hormonaalasendusravi, suukaudsed kontratseptiivid, radioaktiivne kiirgus, rasvtõbi (menopausis naistel), alkoholi liigtarvitamine, perekondlik rinnavähi anamnees ning geneetiline seotus, healoomulised rinnahaigused ning eelnev rinnavähk. Riskifaktoriteks loetakse ka mittesünnitamist ning esmasrasedust pärast 30. eluaastat (Padrik ja Everaus 2013).

2011. aastal ületas keskmine eeldatav eluiga Majanduskoostöö ja Arengu Organisatsiooni (OECD) riikides esimest korda 80 aasta piiri, mis on 10 aastat rohkem kui 1970. a. (OECD 2013). Meeste eluea pikenedes suureneb potentsiaalne risk haigestuda rinnavähki, kuna meeste rinnavähi risk suureneb vanusega (Brinton jt 2008, Liukkonen jt 2010). Aastatel 2000–2009 oli Eestis diagnoositud rinnavähi haigestumus 65-aastastel ja vanematel meestel 15 juhtu, mis oli kümne juhu võrra rohkem kui alla 65-aastastel meestel (Tervisestatistika... 2013). Meeste keskmine vanus rinnavähi diagnoosimisel jääb erinevate tööde kohaselt vahemikku 63–69,3 aastat (Giordano jt 2004, Hill jt 2005, Jackevicius jt 2009, Liukkonen jt

2010, Quintyne jt 2010, Miao jt 2011). Hiinas läbi viidud uuringus on aga saadud keskmiseks vanuseks 58,6 aastat (Chen jt 2013). Uurimistöodes, milles võrreldi meestel ja naistel esinevat rinnavähki jääb diagnoosimise hetkel naiste keskmine vanus vahemikku 57–62 aastat (Hill jt 2005, Miao jt 2011, Chen jt 2013).

Iirimaal läbi viidud uurimistööst selgub, et 57% uuritavatest, kelleks olid rinnavähi diagnoosiga mehed (n=7), esines perekondlikus anamneesis pahaloomulisi kasvajaid. Lisaks rinnavähile ka eesnäärmevähki, kopsuvähki, maovähki ning Hodgkini lümfoomi (Quintyne jt 2010). Šveitsis läbi viidud uuringu kohaselt oli üheksal mehel 46-st ehk ligikaudu 20% lähisugulaste seas diagnoositud rinnavähk (Bouchardy jt 2013). Meestel, kelle lähisugulastel esineb rinnavähki tõuseb haigestumisrisk neljakordselt (Murphy ja Borgen 2005).

41% rinnavähi diagnoosiga mehest, kelle andmeid Soomes läbi viidud uurimistöös analüüsiti, olid ülekaalulised. Analüüsitud andmed pärinesid perioodist 1981–2006 (Liukkonen jt 2010). USA-s läbi viidud uurimistöös, milles vaadeldi 121 rinnavähki haigestunud mehe andmeid, jäi 44% kehamassiindeks vahemikku 25–30 (ülekaalulisus) ning 31% oli see üle 30 (rasvumine) (Brinton jt 2008). Ülekaalulisus ja rasvumine on arenenud riikides muutunud järjest tõsisemaks probleemiks, seega lähitulevikus võib see potentsiaalselt mõjutada ka meeste rinnavähi esinemissagedust. Rasvunud inimeste hulk on 1980. aastatega võrreldes kahekordistunud ja kogu maailma täiskasvanute populatsioonist on üle 10% rasvunud (WHO 2013). Eestis oli 2012. aastal ülekaalulisi mehi 36% ja rasvunud mehi 19%. See näitaja on pidevalt kasvanud alates 1994. aastast ning meeste seas kiiremini kui naiste seas (Tervise Arengu Instituut 2013). Madalat füüsilist aktiivsust ei saa otseselt lugeda meestel esineva rinnavähi riskiteguriks, kuid Brintoni jt tööst selgub, et füüsiline aktiivsus noorukieas vähendab haigestumise riski hilisemas eas (Brinton jt 2008).

Meeste rinnavähi riskiteguriteks peetakse teiste hulgas ka kroonilisi maksahaigusi ja alkoholi liigtarvitamist (American...2014). Alkoholi tarvitamise ja maksahaiguste esinemissageduse tõus loob meeste rinnavähi potentsiaalse suurenemise ohu. Alkoholhepatiit ja alkoholtirroos on nii Euroopas kui ka Eestis sagenevad haigused, sama tendents on ka maksatsirroosi

haigestumuse ja levimusega (Blachier jt 2013). Eestis suurenes alkoholtsirroosi esmashaigusjuhtude arv meestel 2011. aastaks kaks korda võrrelduna 1998. aastaga (Tervisestatistika... 2013). Soomes läbi viidud uuringus kasutati aastatel 1981–2006 haiglaravil olnud 58 rinnavähiga meespatsiendi andmeid, mille hulgast alkoholi tarvitamise kohta saadi andmeid 19 osaleja kohta. Tulemustest selgus, et rinnavähi diagnoosiga meestest oli 43% kange alkoholi tarvitajad ning 7% oli haigestunud maksatsirroosi (Liukkonen jt 2010). Tuginedes aga Brinton jt poolt 2008. aastal tehtud uurimistööle, ei saa väita, et alkoholi tarbimine oleks meestel esineva rinnavähi riskiteguriks.

Klinefelteri sündroom on geneetiline sündroom, mille korral lisaks Y kromosoomile esineb mehel ühe X kromosoomi asemel kaks X kromosoomi. Sündroomile on omane pikajäsemelisus, günekomastia, väikesed munandid ning spermatoosidide puudumine (Ootsing ja Trapido 2004, Brinton 2010). Lisaks esineb ka hormonaalne kõrvalekalle, mis väljendub östrogeeni taseme tõusus (Brinton 2010). Viimase autori kohaselt on rinnavähki haigestumise risk Klinefelteri sündroomiga meestel koguni 20–30 korda suurem, jäädes siiski märkimisväärselt madalamaks võrreldes naistega. Brintoni uurimistöö kohaselt ei ole vajalik Klinefelteri sündroomiga meestel profülaktiline mastektoomia, kuid kindlasti oleks vajalik teostada igakuiselt rindade enesekontrolli ning perioodilist põhjalikku kontrolli tervishoiutöötaja juures (Brinton 2010).

4.2. Rinnavähi sümptomid meestel võrrelduna naistel esinevate sümptomitega

Rinnavähi sümptomiteks naistel on rinda tekkinud valutud sõlmed või tihendid, hiljuti tekkinud rindade suuruse diferents, rindade erinev kuju käte ülestõstmisel, rinnanibu või naha sissetõmbumine, rinnanäärme naha paksenemine (nn apelsinikoore fenomen), naha muutused rinnanibul, verine eritus ühest nibust, rinna punetus ning kaenlaaluste lümfisõlmede suurenemine. Ligikaudu 85% naiste rinnavähi juhtudest on esmaseks sümptomiks tükk või tihend rinnas (Padrik ja Everaus 2013).

Erinevate uurimistööde põhjal võib väita, et kõige levinumaks rinnavähi sümptomiks meestel on sarnaselt naistele valutü sõlm või tihend (ingl k *lump*) rinnas (Iredale jt 2005, Quintyne jt 2010, Liukkonen jt 2010). Iirimaa autorite töös, milles vaadeldi seitset rinnavähiga mehe juhtumit, esines kõikide osalejate puhul esmase sümptomina rinnas tihend (Quintyne jt 2010). Lisaks toovad Soome autorid välja meestel esinenud rinnavähi sümptomitest ka valu esinemise, rinnanibu sisse tõmbumise, eritise rinnanibust ning põletikulised naha muutused (Liukkonen jt 2010). Inglismaal läbi viidud uuringus, milles osales 161 meest, esines rinnanibu muutusi 42% juhtudest ehk 68 mehel. Kõnealuse uurimistöö eesmärgiks oli uurida rinnavähi diagnoosiga meeste läbielamisi ja kogemusi alates haiguse diagnoosimise hetkest. Uuring koosnes neljast etapist, milles osalejate arv oli erinev. Esimeses etapis oli kaasatud ka rinnavähiga naised, et võrrelda meeste ja naiste kogemusi (Iredale jt 2006). Võrreldes naistel ja meestel esinevaid rinnavähi sümptomeid, võib öelda, et need on sarnased. Nii meestel kui ka naistel esineb esmase rinnavähi sümptomina kõige sagedamini tükk/tihend rinnas.

5. ÕENDUSPROBLEEMID

5.1. Kirurgilisest ravist tulenevad õendusprobleemid

Varajases staadiumis rinnavähi korral kasutatakse kas rinda säilitava kirurgilise ravi meetodeid või radikaalset mastektomiat, mille puhul eemaldatakse kogu rind (Padrik jt 2007). Rindasäästev operatsioon traumeerib organismi kõige vähem ja on kõige patsiendisõbralikum lahendus. Rinda säilitavat ravi ei ole võimalik teha, kui kasvaja on mitmekoldeline või paikneb suuremõtmeline kasvaja suhteliselt väikeses rinnanäärmes. Nii rinda säästva kui ka radikaalse mastektomia korral eemaldatakse kaenlaalused lümfisõlmed, kuna reeglina levib rinnavähk esmalt lähimatesse regioonaalsetesse lümfisõlmedesse (Padrik jt 2007). Regionaalsete lümfisõlmede eemaldamine on patsiendile traumaatiline ja tüsistusteohalik protseduur ning nõuab pikka taastumisperioodi. Operatsioonijärgses perioodis esineb pikaajaline lümfiserooni eritus, kaenlaaluste jäikade liidete ja nendest tingitud jäseme liikumishäire risk ning potentsiaalne võimalus ülajäseme lümfödeemi tekkeks (Padrik jt 2007).

Rinnavähipatsientidele võivad ebamugavust ja valu põhjustada nii operatsiooniarmid kui lümfödeem. Armid võivad tekitada valu veel aastaid peale operatsiooni ning patsient võib vajada valuvaigisteid ja ultraheliravi. Valu ning ebamugavust võib tekitada ka operatsiooni või kiiritusravi tagajärjel tekkinud lümfödeem (Delbrück 2007). Kaenlaaluste lümfisõlmede eemaldamise tüsistusena tekkivat lümfödeemi põhjustab lümfisüsteemi blokeerumine, mistõttu on häiritud lümfidrenaaz ning tekib turse. Lümfödeem väljendub käsivarre ja labakäe tursena ning selle olemasolu mõjutab oluliselt patsiendi elukvaliteeti (Mayo 2011, Kallak ja Padrik 2013). Lümfödeem võib olla patsiendile äärmiselt valulik. Lümfödeemi esineb 2–24% rinnavähi ravi saanud patsientidest. Lümfödeemi riski suurendavad kiiritusravi ulatumine kaenlaalusesse piirkonda, kaenlaalustesse lümfisõlmedesse laienenud vähk ning patsiendi suur ülekaal ja rasvumine. Lümfödeemiga seotud survevalule võib leevendust saada lümfidrenaaziga ning patsiendile tuleks selgitada vajadust saavutada normaalne kehakaal, soovitades tasakaalustatud toitumist ja füüsilist aktiivsust kehakaalu alandamiseks. Samuti on

vajalik õlavöötme piirkonna võimlemine käe liikuvuse ja lümfidrenaazi parandamiseks. Patsiendile tuleks selgitada hügieeni, nahahoolduse, nahatraumade ja infektsiooniohu minimeerimise vajalikkust (Delbrück 2007).

5.2. Kiiritusravist tulenevad õendusprobleemid

Rinnavähi korral rakendatakse lokaalse ravina lisaks kirurgilisele ravile ka kiiritusravi ning enamasti ka süsteemset adjuvantravi kasvaja metastaaside tekke riski vähendamiseks ning seeläbi elulemuse parandamiseks (Padrik jt 2007). Kiiritusravi saavad patsiendid vajavad õdededelt nõustamist ja tuge, et tulla paremini toime raviga kaasnevate füüsiliste ning psühholoogiliste probleemidega (Corner ja Bailey 2008).

Kiiritusravi ajal võivad tekkida ägedad kõrvaltoimed, milleks on kiiritatava naha valulikkus, punetus ja ketendus, naha pigmenteerumine ning ebamugavustunne ja turse rinnas. Vahetult pärast ravi võib esineda naha pigmentatsiooni ning turset ja pakitsustunnet rinnas. Hilistüsistustena, mis tekivad pärast 90 päeva möödumist ravist, võib esineda kiirituspneumoniiti, südamekahjustust, lümfödeemi käel, brahhiaalset preksopaatiat, telengiektaasiaid, harva ka sekundaarse kasvaja riski suurenemist (Kallak ja Padrik 2013).

Kiiritusravi kõrvaltoimed sõltuvad kiiritusannusest ja kiiritatavast piirkonnast. Sagedane kiiritusraviga kaasaskäiv sümptom on patsiendi kurnatustunne, mis esineb patsientidel nii kiiritusravi ajal kui ka järel. Rinnavähi korral kiiritatakse rindkeret, mille käigus võib saada kahjustada kopsukude, mis võib omakorda olla seotud üldise väsimuse tekkega. Samuti võib kurnatust tekitada kiiritusraviga samaaegselt tehtav keemia-, hormoon- ning kirurgiline ravi. Patsiendid vajavad, et nende vaevusi võetaks tõsiselt, pakutaks tuge, informatsiooni ja soovitusi olukorraga toime tulemiseks (Corner ja Bailey 2008).

Kiiritusravi kõrvaltoimena esinevad sageli erineva raskusastmega nahakahjustused. 2011. aastal läbi viidud uuringus osales 100 rinnavähiga naispatsienti vanuses 29 kuni 75 eluaastat.


Patsiendid jagati viide gruppi, et testida viie erineva niisutava kreemi toimet kiirituspiirkonna nahale. Leiti, et naha niisutava kreemiga kreemitamine nii ennetavalt kui kiiritusravi järgselt vähendab olulisel määral nahakahjustuste tekke riski. Positiivse efekti andsid kõik katses kasutatud niisutavad kreemid (Franco jt 2013).

5.3. Süsteemsest ravist tulenevad õendusprobleemid

Süsteemse ravina kasutatakse sageli kombinatsiooni hormoon-, keemia- ja bioloogilisest ravist. Meestel esinev rinnavähk on enamikel juhtudel hormoonretseptor-positiivne, mille puhul on rinnavähirakud hormoontundlikud. Seetõttu saavad rinnavähiga meespatsiendid, sarnaselt naispatsientidele samuti hormoonravi (Padrik jt 2007, Visram jt 2010). Prantsusmaal läbi viidud uuringus selgus, et viimase paarikümne aasta jooksul kasvas keemiaravi ning hormoonravi kasutamine meeste rinnavähi ravis. Kusjuures elulemus oli kõrgem patsientidel, kes said nii kirurgilist ravi, kiiritusravi kui hormoonravi (Dabakuyo jt 2012).

2010. aastal Kanadas Ottawa haiglas Visram'i jt poolt läbi viidud retrospektiivse uurimistöö käigus analüüsiti sealseid meeste rinnavähi juhtumeid aastatel 1981–2003. Kogutud andmed sisaldasid patsiendi vanust, hormoonretseptori staatust, ravist kinnipidamist, patsiendi kogetud kõrvaltoimeid, hormoonravi kestust ja tüüpi. Analüüsiti 59 mehe rinnavähijuhtu. Keskmine patsientide vanus oli 68 aastat. Hormoonravi kõrvaltoimetest esines kõige sagedamini kuumahoogusid, libiido alanemist, üldist halba enesetunnet. Uurimistöö koostajad leidsid, et kõrvaltoimete tõttu ravi katkestamist esines kokku 23,7% juhtudest, mis on sarnane naiste rinnavähi populatsiooni näitajaga (Visram jt 2010).

Õdede roll süsteemset ravi saavate patsientidega on ülioluline. Patsiendid võivad tunda hirmu ja ärevust nii ravi eel, ajal kui järel, muretsedes ravi kõrvaltoimete, sõltumatuse kaotuse, isolatsioonitunde ning veenipunkteerimise pärast. Ravi lõppemisel võivad patsiendid tunda nii kergendust kui ka hirmu. Nad võivad karta, et ravi lõppedes võib haigus uuesti ägeneda.


Patsiendid võivad kogeda haavatavuse kasvu ning surmahirmu. Võimalus konsulteerida õdede ja arstidega suurendab patsientides turva- ja kontrollitunnet (Corner ja Bailey 2008) 

Hormoonravi saavate meespatsientide probleemid on sarnased naistel esinevate probleemidega. Rinnavähiga meespatsiendid võivad kogeda stigmatiseerimist, kuna neil on „naiste haigus“ ja raviga võivad kaasneda günekomastia ning näo ja kehakarvade vähenemine. Samuti võivad hormoonravi saavad mehed kogeda kuumahoogusid ning seksuaalsusega seotud probleeme (Corner ja Bailey 2008).

5.4. Palliatiivse raviga seonduvad õendusprobleemid

Palliatiivne ravi on suunatud vähipatsientide ja lähedaste elukvaliteedi parandamiseks olukorras, kus patsiendil on haigus, millest paraneda ei ole võimalik. Ravi keskendub valu ja erinevate haigussümptomite leevendamisele ning vaimse ja psühhosotsiaalse toe andmisele alates haiguse diagnoosimisest kuni patsiendi surmani (WHO 2013). Kaugelearenenud vähi korral on palliatiivse ravi eesmärgiks kasvajatest tingitud sümptomite kontroll, hea elukvaliteedi tagamine ning elulemise pikendamine (Padrik jt 2007). Enam kui 90% meeste rinnavähist on östrogeenretseptor-positiivsed, mis tähendab, et õigeaegsel avastamisel on võimalik edukalt rakendada hormoonravi. Kahjuks diagnoositakse üle 40% juhtudest alles kolmandas või neljandas staadiumis, mis tähendab, et oluline osa patsientidest saab hormoonravi palliatiivse ravi osana (Fentiman 2013).

Kaugelearenenud vähiga haigete üks sagedasemaid kaebusi on väsimus ja nõrkus. Väsimuse ja nõrkuse põhjuseks võib enamasti olla vähkkasvajast tingitud muutused organismis ning see võib avalduda nii füüsilise kui ka emotsionaalse väsimusena. Kurnatuse teke võib olla muuhulgas seotud ka patsiendi tegevusetuse või ülepingutamise, häiritud unega, kurbuse- ja kaotustundega, ravi kõrvaltoimete tekkimisega, nagu seedeprobleemid, oksendamine ja nälgus. Õe ülesandeks on selgitada patsiendile, et igapäevatoimingute sooritamisel tuleks teha

regulaarselt puhkepause, toituda mitmekülgset ning elada võimalikult aktiivset ja rahuldust pakkuvat elu (Suija ja Suija 2007, Corner ja Bailey 2000 

Patsientide poolt kardetud ja elukvaliteeti halvendav kaebus on valu. Patsiendil esinev valu võib olla tingitud mitmest erinevast tegurist, kusjuures on patsiente, kellel valu ei esinegi. Valu kogemine on subjektiivne kogemus, mistõttu valu tugevuse hindajaks saab olla peamiselt patsient ise. Valu hindamine peab kindlasti olema järjepidev, kuna kasvaja arenedes valu tavaliselt tugevneb (Sillaste ja Kuddu 2004). Patsientidele koostatakse individuaalne raviplaan leevendamaks valu minimaalsete kõrvalnähtudega. Patsiendi jaoks on oluline ka kindlustunne, mille tagab näiteks võimalus helistada probleemide tekkimisel, tulla vastuvõtule või kasutada koduvisiidi võimalust. Haigele ja tema pereliikmetele peab õde täpselt tutvustama ravimeid, määratud annuseid ja manustamise kella-aegu. Lisaks võib õde soovitada valupäeviku pidamist, kuhu vähihaige või tema pereliige kirjutab üles kuupäevaliselt ja kellaajaliselt kasutatud ravimid. Valupäeviku alusel on ka arstil lihtsam teha vajadusel muudatusi raviskeemis, kui mingil põhjusel olemasolev raviskeem ei rahulda patsiendi vajadusi (Suija ja Suija 2007).

5.5. Psühhosotsiaalsed õendusprobleemid

Meeste ja naiste reaktsioon haigestumisele ja haigusega toimetulemisele on erinev. McCaughan ja McKenna viisid läbi kvalitatiivse uuringu hiljuti vähidiagnoosi saanud meespatsientidega. Intervjueeriti 13 meest ja viit tervishoiutöötajat. Intervjuudest ilmnas, et mehed ei otsinud rinnavähki puudutavat informatsiooni väljaspool tervishoiuasutusi. Arstlikul vastuvõtul soovisid nad vaid võimalikult kiiresti saada informatsiooni ja siis lahkuda. Meeste sõnul tundsid nad ennast haiglas ebamugavalt, tõlgendades olukorda hirmuäratavana. Enamusel meestest oli varasemalt kokkupuuteid haiglatega minimaalselt. Enamasti oli just rinnavähiga meespatsiendi naine mehe esmaskonsultatsioonile tuleku initsiaatoriks, isegi kui mehel olid vähisümptomid esinenud juba pikemat aega. Suurema osa informatsiooni meeste rinnavähi ja selle ravi kohta olid patsiendid saanud just oma naissoost pereliikmetelt.

Intervjuude käigus selgus, et mehed soovisid naasta oma normaalse elu juurde niipea kui võimalik. Normaalne elu tähendas neile tööd ja igapäevaseid toiminguid sellisena, nagu enne vähki haigestumist oli olnud, soovides võimalikult vähe tähelepanu tõmmata oma haigusele. Uurimistöös toodi esile, et tervishoiutöötajad peaksid olema teadlikud soolistest erinevustest vähiga toime tulemisel ning info hankimisel haiguse kohta (McCaughan ja McKenna 2007).

Suurbritannias läbi viidud uuringus (Brian jt 2006) küsitleti 161 rinnavähi diagnoosiga meest, et uurida psühholoogilise stressi olemasolu ja sellega seonduvaid asjaolusid. Andmete analüüsil selgus, et vaid 6% meestest esines kliinilist depressiooni ja 1% ärevushäire, samas 23% meestest esines vähiga seonduv kõrge stressitase. Ängistustunne oli oluliselt seotud vältimiskäitumisega ning hirmu ja ebakindlusega tuleviku ees. Depressiooni sümptomid olid enamasti seotud muutunud kehakuvandiga. 51% vähiga seotud stressist oligi seletatav negatiivse kehakuvandi tekkimisega, vältimiskäitumisega, vajadusega arsti poole pöörduda, hirmu ja ebakindlusega ning sooviga saada rohkem soospetsiifilist informatsiooni. Rinnavähiga mehed vajavad rohkem neile suunatud informatsiooni ja kättesaadavat toetust (Brain jt 2006, Thomas 2010).

Bornemann jt (2012) kirjeldasid oma uurimistöös patsientide subjektiivset hinnangut vähiga seotud väsimuse põhjustele, tähendusele ja leevendusvõimalustele. Kokku uuriti 252 rinna-, kopsu-, käärsoole- ja eesnäärmevähiga mees- ja naispatsienti. Andmed saadi *Piper Fatigue Scale-Revised* seitsmele avatud küsimusele antud vastuste analüüsist. Uuringu tulemusena leiti, et vähiga seonduv kurnatus avaldas olulist mõju patsientide füüsilisele, sotsiaalsele ja vaimsele heaolule. Kurnatus vähendas patsientide igapäevast toimetulekut, samuti ka sotsialiseerumist ning varem nauditavate tegevustega tegelemist. Leiti, et emotsionaalsete probleemide teke vähiga seonduva kurnatuse tagajärjel on sagedane. Uuringus osalejate väitel olid unehäired sageli seotud muude sümptomite nagu näiteks valuga. Paljud uuringus osalenutest leidsid, et kurnatuse tõttu ei suuda nad olla aktiivsed ja ei tunne enam rõõmu füüsilistest tegevustest, mistõttu nad leidsid, et nende elukvaliteet on langenud. Vähipatsiendid tundsid, et ei ole enam võimelised elama produktiivset ja nauditavat elu, et on haavatavad ja kasutud. Kurnatus mõjutas negatiivselt nii nende tööelu kui sotsiaalset lävimist

ja abielusuhteid. Patsiendid kirjeldasid lootusetuse tunnet, depressiooni ja elu mõtte kadumist ning emotsionaalseid kannatusi. Uuringus osalejad kirjeldasid kehaliste muutuste ja aja möödumise tundega seotud sügavat kaotusetunnet. Vähiga seonduva kurnatusega paremaks toimetulekuks kasutati nii lõõgastust, puhkamist kui füüsilist aktiivsust, aga ka vajadusel füüsilise aktiivsuse piiramist ja ka paremat toitumist. Samuti leidsid osalejad kasu olevat tähelepanu mujale suunavatest tegevustest, nagu näiteks meditatsioon, lugemine või käsitöö. Delbrück'i väitel (2007) tunnevad paljud patsiendid kergendust, kui nad mõistavad, et kurnatus ei pruugi olla põhjustatud psühholoogilistest probleemidest, vaid võivad olla haigusest ja ravist tulenevatest kehalistest põhjustest. Selliste selgituste tagajärjel võib patsient tunda kergendust ja motivatsiooni teha vajalikku füüsilist treeningut.

Rinnavähiga meeste füüsiline ja vaimne tervis on halvem kui kontrollgrupis olnud meeste oma, nii leiti 2009. aasta *Behavioral Risk Factor Surveillance System* andmeid analüüsid. Uuringus võrreldi 66 meeste rinnavähi juhtumit kontrollgrupi 198 mehe andmetega, kellel rinnavähki ei olnud. Rinnavähist paranenud mehed olid suurema tõenäosusega rasvunud, neil esines sagedamini kaasnevaid haigusi ja tegutsemise piiranguid ning nad olid vähem rahul oma elu ja üldise tervisega kui kontrollgrupp. Samas, võrreldes rinnavähiga meeste grupi ja kontrollgrupi tervisekäitumist, olulist erinevust ei leitud, mis tähendab, et tubaka- ja alkoholitarbimine, toitumine, füüsiline treening ja tervise eest hoolitsemine olid sarnased (Andrykowski 2012).

Vähihaigete ja paranenute populatsioon on järjest suurem, elatakse kauem, seda seoses ka elanikonna üldise vananemisega. Vähist paranemise perioodi võib vaadelda kui eraldiseisvat vähikogemuse faasi, mille käigus tehtavad tegevused mõjutavad tervist ja elukvaliteeti. Tervishoiutöötajad peavad märkama ja hõlbustama paranejate tervislike eluviise ning toetama patsientide pingutusi oma elu ja tervisega toime tulla. Tervislike eluviiside omaksvõtmine aitab vähi üle elanud patsientidel tunda, et neil on kontroll oma tervise üle ning see aitab paremini toime tulla vähiga kaasnevate piirangute ja psühholoogilise stressiga (Harding 2012).

Norras läbi viidud uuringus (Kvåle ja Bondevik 2010) intervjueriti kümmet vähihaiget nais- ja kümmet meespatsienti, kes said elukestvat ja sümptomeid leevendavat ravi ning vaid neljal oli paranemislootus. Intervjuudest selgus, et patsiendid eeldasid ja pidasid iseenset mõistetavaks, et onkoloogiaõdedel on teadmised nii vähihaiguse olemusest, ravist kui ka väga head õendusoskused. Õdedelt oodati, et nad leevendaksid patsientide kehalisi ning eksistentsiaalseid kannatusi ning pakuksid kindlus- ja turvatunnet (Kvåle ja Bondevik 2010).

6. ARUTELU

Käesolev töö annab ülevaate meestel esinevast rinnavähist ning haigusega kaasnevatest õendusprobleemidest. Kõigile lihtsasti kättesaadav, eestikeelne tõenduspõhine infomaterjal antud teema kohta hetkel praktiliselt puudub. Vaatamata sellele, et rinnavähki diagnoositakse meestel harva, on autorite arvates vaja tõsta üldsuse teadlikkust meestel esinevast rinnavähist, et vältida eksiarvamust nagu rinnavähk oleks ainult naistel esinev haigus. Kahjuks ei ole Eestis läbi viidud uuringuid, mis kinnitaksid autorite subjektiivset hinnangut ühiskonna, sh tervishoiutöötajate vähete teadmiste kohta antud haigusest. Oma hinnangus lähtuvad autorid nii tervishoiutöötajate kui ka kaasüliõpilastega vestlemise käigus saadud teadmistest.

Erinevate maade autorid tõdevad oma töödes, et rinnavähi esinemine meestel on sagenenud. Haiguse sagenemist ei osata aga põhjendada (Giordano jt 2004, Contractor jt 2008, Liukkonen jt 2010). Viimased statistilised andmed Eesti meeste haigestumisest rinnavähki pärinevad Eesti vähiregistrist aastast 2009, mil haigestus neli meest (Tervise Arengu Instituut 2013). Kuna lähiaastate andmed Eesti kohta puuduvad, siis on võimatu tuua välja levimuse tendentsi. Kui aga võtta arvesse, et meeste haigestumist peetakse enamasti 1% kõikidest rinnavähi juhtudest (Giordano jt 2004, Iredale jt 2005, Liukkonen jt 2010, Miao jt 2011), võib arvata, et haiguse esmasjuhtude diagnoosimine võib olla tõusnud, sest naiste haigestumine rinnavähki on sagenenud. Autorite arvates võib arenenud lääneriikides haiguse levimuse tõusu naistel selgitada ka teadlikkuse tõusuga, skriiningmammograafia teostamisega ning seeläbi efektiivsema diagnoosimisega. Rinnavähi levimuse tõusu nii meestel kui naistel võib mõjutada ka üldine eluea pikenemine. Lähtuvalt sellest, et ühiskonna teadlikkus meeste rinnavähi võimalikkusest on madal, võib arvata, et haigus on ka aladiagnoositud.

Erinevates riikides on elulemuse näitajad meeste rinnavähi korral suuresti varieeruvad jäädes vahemikku 43–75% (Giordano jt 2004, Jackevicius jt 2009, Liukkonen jt 2010, Chen jt 2013). Toetudes erinevatele uuringutele võib öelda, et elulemust mõjutavaid aspekte on mitmeid. Üheks teguriks on kahtlemata haiguse hiline diagnoosimine, mistõttu on haigus juba kaugele arenenud (Giordano jt 2004, Hill jt 2005). Töö autorid arvavad, et haiguse hilist

diagnoosimist saab suuresti põhjendada teadmatusena haiguse võimalikkusest meestel. Leedus on viie aasta elulemust hinnatud 43% (Jackevicius jt 2009), seevastu Soomes 75% (Liukkonen jt 2010). Töö autorite arvates võivad sellist suurt erinevust põhjustada riikide erinevad tervishoiusüsteemid või olemasolevad ja kättesaadavad ravimeetodid. Samas võib elulemust mõjutada ka meeste enda tervisekäitumine ning ennekõike õigeaegne arsti poole pöördumine. Erinevate ühiskondade kultuuri ja tausta silmas pidades võib see oluliselt erineda. Erinevate maade autorid omavad vastukäivaid arvamusi selles osas, kas meessugu iseenesest haiguse prognoosi ja elulemust mõjutab (Hill jt 2005, Miao jt 2011, Chen jt 2013). Lõputöö autorite arvates saab seda põhjendada teema vähese uurimisega, mida omakorda raskendab haiguse harv esinemine.

Sarnaselt naistele esineb meestel kõige sagedamini invasiivset duktaalkartsinoomi ning selle esmaseks sümptomiks on valutu tükk/tihend rinnas (Iredale jt 2005, Brinton jt 2008, Quintyne jt 2010, Liukkonen jt 2010). Töö autorid usuvad, et läbi õigesti teostatud enesekontrolli toimuks haiguse avastamine varem ning see muudaks haiguse prognoosi ning seeläbi elulemust paremaks. Rindade enesekontrolli teostamist käsitletakse ka Eestis hetkel ainult naissoo kontekstis. Olemasolevad ja kättesaadavad materjalid selle kohta on illustreeritud naiste piltidega. Kui kasutada paralleelselt pilte enesekontrolli teostavatest meestest, tõuseks ühiskonna teadlikkust sellest, et rinnavähki võivad haigestuda ka mehed.

Meestel esineva rinnavähi riskiteguritest tuuakse välja vanus üle 60 aasta, rinnavähi esinemine lähisugulastel, östrogeeni taseme tõus, Klienefelteri sündroom, töötamine metalli- ja lihatööstuses, alkoholi liigtarbimine, rasvtõbi ning maksahaigused (Murphy ja Borgen 2005, American...2014). Lähtuvalt sellest, et haigus on harva esinev, ei ole meeste rinnavähi riskifaktoreid lihtne välja selgitada. Enamus erinevate autorite teostatud uurimistöödest on oma metoodikalt retrospektiivsed andmete analüüsid. Sellest lähtuvalt ei ole olnud alati võimalik kätte saada riskitegureid puudutavaid andmeid või ei ole neid dokumenteeritud. Lisaks on mitmete uurimistööde valimid väikesed ning seeläbi ei saa tulemusi alati üldistada. Eluviisist lähtuvad riskitegurid on nii meestel kui ka naistel üldtuntud terviseriskideks ning sealhulgas ka vähktõve tekkeks, olenemata konkreetsest paikmest. Hormonaalsed muutused

on rinnavähi riskiteguriks olenemata soost. Klienefelteri sündroomi esinemine tõstab meestel rinnavähki haigestumise riski 20–30 korda. Antud sündroom põhjustab meestel muu hulgas ka östrogeeni taseme tõusu (Brinton 2010). Rinnavähi esinemine lähisugulastel on samuti ühiseks riskiteguriks nii meeste kui naiste rinnavähki haigestumise korral. Lõputöö autoritele jääb ebaselgeks, kuidas töötamine eelnevalt nimetatud töökohtades ning rinnavähi esinemine meestel on omavahel seotud, sest vastavat informatsiooni läbitöötatud teaduskirjandusest välja ei tulnud.

Rinnavähki põdevad mehed on olukorras, kus neil diagnoositakse haigus, mida üldiselt käsitletakse kui „naiste haigust“. Patsientide, tervishoiutöötajate ja elanikkonna seas laiemalt on teadmised meeste rinnavähist väga kesised ning ka võimalus ja oskus leida spetsiifilist informatsiooni piiratud (McCaughan ja McKenna 2007, Thomas 2010, Miao jt 2011). Lõputöö autorid on meeste rinnavähiga patsientide õendusprobleemide käsitlemisel toonud esile just meeste rinnavähile spetsiifilised probleemid ja laialivalguvuse vältimiseks jätnud välja üldkirurgilised ja teised üldisemat laadi ning potentsiaalselt tekkida võivad probleemid.

Meeste rinnavähi korral, nagu ka naiste puhul, kasutatakse ravimeetoditena kirurgilist, süsteemset ja kiiritusravi. Kirurgilise ravi puhul eemaldatakse kas osa või kogu rind ning regionaalsed lümfisõlmed (Padrik jt 2007). Traumaatilisest ravist tulenevalt vajavad patsiendid pikka taastumisperioodi, mil õdede ja teiste tervishoiutöötajate abi, nõustamine ja juhendamine on ülimalt oluline. Kuna rinnavähiga meespatsientidel eemaldatakse lisaks rinnakoele ka kaenlaalused lümfisõlmed, siis enamasti on selle järgselt elukvaliteeti mõjutavateks probleemideks pikaajaline lümfiserooni eritus, kaenlaaluste jäikade liidete ja nendest tingitud jäseme liikumishäire ja lümfödeemi teke (Mayo 2011, Kallak ja Padrik 2013). Lisaks nimetatud probleemidele kogevad kirurgilist ravi saanud rinnavähiga meespatsiendid ka pikka aega kestvat haavavalu (Delbrück 2007). Lõputöö autorid leiavad, et õed peaksid juba ennetavalt patsiente õpetama ja nõustama kirurgilise ravi tagajärjel tekkivate probleemide osas. Õed vajavad teadmisi meeste rinnavähist üldiselt, aga ka patsientide toitumise ja liikumisalase nõustamise kohta kehakaalu vähendamiseks, mis on oluline

lümfoedeemi riski vähendamiseks, samuti traumeeritud käe ja õlavöötme võimlemise juhendamiseks.

Rinnavähi korral rakendatakse lokaalse ravina kiiritusravi (Padrik jt 2007). Kiiritusravi saavad rinnavähiga meestel on probleemiks suuremal või vähemal määral esinev kiirituspiirkonna nahakahjustus, mille ulatust on võimalik ennetava ja jätkuva naha niisutamisega vähendada (Franco jt 2013). Rinnavähi puhul võivad kiirguskahjustust saada ka rindkere organid, mis paiknevad kiirituspiirkonnas ja seeläbi põhjustada patsiendile kurnatustunnet ning kaasnevaid haigusi (Padrik jt 2007, Corner ja Bailey 2008, Kallak ja Padrik 2013). Lõputöö autorite arvates vajavad onkoloogiaõed teadmisi kiiritusraviga seonduvate õendusprobleemide lahendamiseks, nagu näiteks naha niiskuse ja terviklikkuse säilitamine ning hügieenist.

Rinnavähiga meespatsiendid, sarnaselt naispatsientidele, saavad enamikul juhtudel süsteemse ravina hormoonravi, mis kombineerituna kirurgilise ja kiiritusraviga tõstab meeste elulemust (Padrik jt 2007, Visram jt 2010, Dabakuyo jt 2012). Hormoonravi kõrvaltoimetest on meeste jaoks kõige sagedamini probleemiks kuumahood, libiido alanemine ja üldine halb enesetunne. Samuti võivad rinnavähiga meespatsiendid kogeda stigmatisatsiooni, kuna neil on „naiste haigus“. Raviga võivad kaasneda ka günekomastia ning näo ja kehakarvade vähenemine (Corner ja Bailey 2008, Visram jt 2010). Lõputöö autorite arvates tuleks rinnavähiga meespatsientide suhtes olla eriti tähelepanelik, et märkamatuks ei jääks probleemid, mida patsiendid võivad „mehelikust uhkusest“ alla suruda. Õed peaksid oma töös olema delikaatsed ja samas piisavalt tähelepanu pöörama patsientide hirmudele ja kahtlustele ning andma patsientidele teada, et probleemidest on soovitatav rääkida. Õdede roll on oma tegevuse ja kohaloluga aidata taastada hirmutavasse olukorda sattunud patsiendis turva- ja kontrollitunnet.

Rinnavähk on varasel avastamisel enamasti edukalt ravitav, kuid hilisel avastamisel ja ravile pöördumisel, nagu enamasti meeste rinnavähi korral juhtub, võib olla vähk sedavõrd kaugemale arenenud, et saab rakendada vaid palliativset ravi sümptomite kontrolliks ja elukvaliteedi parandamiseks (Giordano jt 2004, Padrik jt 2007, Fentiman 2013). Kaugele arenenud vähiga

patsientidel on sageli probleemiks emotsionaalne ja füüsiline kurnatus, üldine nõrkus ning seedeprobleemid. Patsientide poolt kõige enam kardetud probleemiks on valu (Sillaste ja Kuddu 2004, Suija ja Suija 2007, Corner ja Bailey 2008). Lõputöö autorid leiavad, et õed vajavad spetsiaalset väljaõpet töötamiseks palliatiivset ravi saavate ja terminaalsetes staadiumis olevate onkoloogiliste patsientidega. Ravimatu haigusega patsiendid seisavad silmitsi nii füüsiliste probleemide kui kogu elukontseptsiooni muutusega, millega võib olla väga keeruline kohaneda. Samuti on õed olukorras, kus nad ei saa patsientidele paranemiseks lootust anda, mis võib tekitada õdedes abituse tunnet ning olla neile suureks psüühiliseks koormaks. Lõputöö autorite arvates vajaksid nii palliatiivset ravi saavad patsiendid kui nendega töötavad õed psühholoogilist tuge ning spetsiifilisi teadmisi tekkivate probleemide lahendamiseks, et emotsionaalselt pingelise olukorraga paremini toime tulla.

Rinnavähki haigestunud mehed leiavad ennast hirmutavas ja tuleviku suhtes ebakindlas olukorras, millest nad sooviksid põgeneda ning mis tekitab neil ängistust. Rinnavähiga meespatsiendid ei pöördu meeleldi arsti juurde ja jõuavad enamasti vastuvõtule just naissoost pereliikmete ärgitusel, kelle käest saavad nad ka suure osa vähki puudutavast informatsioonist (Brian jt 2006). Vähipatsiendid võivad kogeda nii psüühilist kui füüsilist kurnatust, depressiivsust, haavatavuse, kasutuse ja lootusetuse tunnet. Vähiga kaasnevad probleemid võivad negatiivselt mõjutada nii patsiendi sotsiaalset lävimist kui abielusuhteid (Brian jt 2006, Bornemann jt 2012). Tervishoiutöötajad peaksid arvestama rinnavähiga meespatsientide haigusega toimetuleku ja informatsiooni hankimise eripärasid. Õed peaksid soodustama ja toetama patsientide kohanemist ja tervislike eluviiside omaksvõttu (Brain jt 2006, McCaughan ja McKenna 2007, Kvåle ja Bondevik 2010, Thomas 2010). Lõputöö autorid leiavad, et oma kiires igapäevatoos peaksid õed leidma tahtmist ja aega patsientidega vestlemiseks, nende kuulamiseks ja märkamiseks. Just õde võib olla patsiendi kohanemisel ja eksistentsiaalsetele ning sotsiaalsetele küsimustele vastuste leidmisel oluliseks positiivseks mõjutajaks ning turvatunde loojaks. Lõputöö autorid soovivad, et õed võtaksid piisavalt aega patsientide probleemide kuulamiseks, nende õpetamiseks ja juhendamiseks, et probleeme ennetada või neid leevendada. Oluline on tõsta õdede teadlikkust ja läbi koolituste valmisolekut oma teadmiste rakendamiseks ka rinnavähiga meespatsientide puhul.

7. JÄRELDUSED

Käesolevas lõputöös käsitletud teaduspõhise kirjanduse analüüsi tulemusena jõuti järgmistele järeldustele:

- 1) Meeste rinnavähk on harvaesinev haigus, mille esinemissagedus on keskmiselt 1% kõigist rinnavähijuhtudest. Üldine viie aasta elulemusmäär meeste rinnavähi korral jääb erinevate uurimistööde alusel vahemikku 43–75% ning kümne aasta elulemusmäär vahemikku 22,6–53,9%.
- 2) Meeste rinnavähi riskitegurid on pärilikkus, vanus üle 60 aasta, Klinefelteri sündroom, radioaktiivne kiirgus, alkoholi liigtarvitamine, maksahaigused, rasvtõbi ja kõrgeenenud östrogeenide tase. Ka naistel esineva rinnavähi riskiteguriteks on pärilikkus, rasvtõbi, alkoholi liigtarvitamine ning hormonaalsed muutused. Meeste puhul lisaks veel töötamine malmi- ja metallitööstuses, valtsimiskojas, lihatööstuses ning elektromagnetvälja alas. Sarnaselt naistega on kõige sagedasemaks meeste rinnavähi sümptomiks valutü sõlm või tihend rinnas. Võib esineda ka valu, haavandumist, rinnanibu- ja nahamuutuseid ning eritist rinnast.
- 3) Peamised õendusprobleemid meeste rinnavähi korral on kirurgilisest ravist tulenevad ebamugavustunne ja valu operatsiooniarmist ning lümfõdemist, kiiritusravist tulenev valulikkus tekkinud nahakahjustusest ja turses rinnas, süsteemse ravi tagajärjel esinevad kuumahood, libiido langus, günekomastia ja kehakarvade vähenemine, mis võivad põhjustada muutunud kehakuvandist tulenevalt meeleolu alanemise. Kaugelearenenud vähiga patsientide sagedasemad probleemid on väsimus-, nõrkus- ja valutunne. Rinnavähiga mehed võivad kogeda stigmatiseerimist, kui „naiste haigust“ põdejad, samuti ebakindlust ja ärevust tuleviku ees. Lisaks on meestele suunatud rinnavähialane teave raskesti kättesaadav.

Esitatud järeldustest tulenevalt on soovitatav tõhustada meeste rinnavähialast ennetus- ja teavitustööd Eestis nii tervishoiutöötajate kui elanikkonna seas laiemalt. Käesoleva uurimistöö tulemuste põhjal on võimalik kirjutada artikleid, sealhulgas näiteks ajakirja “Eesti Õde”, mille ilmumine laialt levinud meediaväljaannetes võimaldab tõsta tervishoiutöötajate ja elanikkonna teadlikkust meestel esinevast rinnavähist. Samuti on töö autorid valmis tutvustama oma töö tulemusi tervishoiutöötajate koolitustel ja seminaridel.

ALLIKALOEND

Aasma, A., Ulp, S. (2004). Rinnavähi varajase avastamise juhend. SA Eesti Vähifond.
<http://www.ravijuhend.ee/ravijuhendikasutajale/tegevusjuhendid/45/Rinnav%C3%A4hi%20varajase%20avastamise%20tegevusjuhend> (10.12.2014)

Al-Haddad, M. (2010). Breast Cancer in Men: The Importance of Teaching and Raising Awareness. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14:1
doi:10.1188/10.CJON.31-32
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20118022> (03.12.2014)

American Cancer Society. (2014). Breast Cancer in Men.
<http://www.cancer.org/cancer/breastcancerinmen/index> (12.12.2014)

Andrykowski, M. A. (2012). Physical and mental health status and health behaviors in male breast cancer survivors: a national, population-based, case-control study. *Psycho-Oncology*, 21:927–934
doi:10.1002/pon.2001
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21695746> (31.12.2014)

Blachier, M., Leleu, H., Peck-Radosavljevic, M., Valla, D. C., Roudot-Thoraval, F. (2013). The burden of liver disease in Europe: a review of available epidemiological data.
http://www.easl.eu/assets/application/files/54ae845caec619f_file.pdf (03.12.2014)

Borneman, T., Piper, B. F., Koczywas, M., Munevar, C. M., Sun, V., Uman, G. C., Ferrell, B. R. (2012). A Qualitative Analysis of Cancer-Related Fatigue in Ambulatory Oncology. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 16 (1).
doi: 10.1188/12.CJON.E26-E32

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=5bc74711-6cfb-491f-9d7e-38fb83151dd7%40sessionmgr4005&vid=2&hid=4201>
(13.12.2014)

Bouchardy, C., Rapiti, E., Fiorette, G., Schubert, H., Chappuis, P., Vlastos, G., Benhamou, S. (2013). Impact of family history of breastcancer on tumour characteristics, treatment, risk of second cancer and survival among men with breast cancer. *Swiss Medical Weekly*, 143:w13879.

doi:10.4414/smw.2013.13879

<http://www.smw.ch/content/smw-2013-13879/> (12.12.2014)

Brain, K., Williams, B., Iredale, R., France, L., Gray, J. (2006). Psychological Distress in Men With Breast Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 24:1.

doi: 10.1200/JCO.2006.10.064

<http://jco.ascopubs.org/content/24/1/95.full.pdf> (03.12.2014)

Brinton, L., A. (2010). Breast cancer risk among patients with Klinefelter syndrome. *Acta Pædiatrica*, 100: 814-818.

doi:10.1111/j.1651-2227.2010.02131.x

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4024394/pdf/nihms-579373.pdf> (20.12.2014)

Brinton, L., A., Richesson, D., A., Gierach, G., L., Lacey Jr, J., V., Park, Y., Hollenbeck, A., R., Schatzkin, A. (2008). Prospective evaluation of risk factors for male breast cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, 100 (20):1477-1481.

doi: 10.1093/jnci/djn329

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2720728/pdf/djn329.pdf> (12.12.2014)

Chen, X., Liu, X., Zhang, L., Li, S., Shi, Y., Tong, Z. (2013). Poorer survival of male breast cancer compared with female breast cancer patients may be due to biological differences. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 43 (10) 954-963.

doi:10.1093/jjco/hyt116

<http://jjco.oxfordjournals.org/content/43/10/954.full.pdf+html> (30.12.2014)

Contractor, K., B., Kaur, K., Rodrigues, G., S., Kulkarni, D., M., Singhal, H. (2008). Male breast cancer: Is the scenario changing. *World Journal of Surgical Oncology*, 6:58.

doi:10.1186/1477-7819-6-58

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2440380/> (05.12.2014)

Corner, J., Bailey, Ch. (toim.) (2008). *Cancer Nursing: Care in Context*. Oxford: Blackwell Publishing

Dabakuyo, T. S., Dialla, O., Gentil, J., Poillot, M.-L., Roignot, P., Cuisenier J., Arveux, P. (2012) Breast cancer in men in Cote d'Or (France): epidemiological characteristics, treatments and prognostic factors. *European Journal of Cancer Care*, 21: 809–816

doi:10.1111/j.1365-2354.2012.01365.x

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22642448> (01.12.2014)

Delbrück, H. (2007). *Rehabilitation and palliation of cancer patients*. Paris: Springer

Ellis, H., Mahadevan, V. (2010). *Clinical Anatomy. Applied anatomy for students and junior doctors*. Wiley-Blackwell

Fentiman, I. S. (2013). Endocrine Therapy for Male Breast Cancer. *Journal Steroids & Hormonal Science*, 4:1.

doi:10.4172/2157-7536.1000112

<http://omicsonline.org/endocrine-therapy-for-male-breast-cancer-2157-7536.1000112.pdf> (20.12.2014)

Franco, R., Sammarco, E., Calvanese, M. G., Natale, F., Falivene, S., Lecce, A., Giugliano, F. M., Murino, P., Manzo, R., Cappabianca, S., Muto, P. (2013). Preventing the acute skin side effects in patients treated with radiotherapy for breast cancer: the use of corneometry in order to evaluate the protective effect of moisturizing creams. *Radiation Oncology*, 8:57.
doi:10.1186/1748-717X-8-57
<http://www.ro-journal.com/content/8/1/57> (30.12.2014)

Giordano, S. H., Cohen, D. S., Buzdar, A. U., Perkins, G., Hortobagyi, G. N. (2004). Breast carcinoma in men. A population-Based Study. *Cancer*, 101:1.
doi: 10.1002/cncr.20312
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncr.20312/pdf> (30.12.2014)

Harding, M. (2012). Health-Promotion Behaviors and Psychological Distress in Cancer Survivors. *Oncology Nursing Forum*, 39:2.
doi: 10.1188/12.ONF.E132-E140
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22374501> (30.12.2014)

Hill, T. D., Khamis, H. J., Tyczynski, J. E., Berkel, H. J. (2005). Comparison of male and female breast cancer incidence trends, tumor characteristics and survival. *Annals of Epidemiology. The Official Journal of American College of Epidemiology*, 15:773–780.
doi:10.1016/j.annepidem.2005.01.001
<http://www.genderbias.net/docs/resources/guideline/Comparison%20of%20Male%20and%20Female%20Breast%20Cancer%20Incidence.pdf> (30.12.2014)

Iredale, R., Brain, K., Williams, B., France, E., Gray, J. (2006). The experiences of men with breast cancer in the United Kingdom. *European Journal of Cancer*, 42 (3): 334-41.
doi:10.1016/j.ejca.2005.09.027
<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=6&sid=613872bd-c03c-4704-9db5-2be1201921c0%40sessionmgr4002&hid=4214&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=2009328452> (12.08.2014)

Jackevičius, A., Šarakauskienė, L., Ostapenko, V., Kurtinaitis, J., Bružas, S., Mudėnas, A. (2009). Male breast cancer: Temporal trends and treatment in Lithuania. *Acta Medica Lithuanica*, 16 (3-4): 119-123.

doi: 10.2478/v10140-009-0017-5

<http://www.lmaleidykla.lt/ojs/index.php/actamedicalituanica/article/view/1781/691>
(30.12.2014)

Kallak, K., Padrik, P. (2013). Tõendus põhine rinnavähi kiiritusravi. *Eesti Arst*, 92(10):575–580.

<http://www.eestiartst.ee/static/files/051/ea1311lk575-580.pdf> (02.12.14)

Kvåle, K., Bondevik, M. (2010). Patients' perceptions of the importance of nurses' knowledge about cancer and its treatment for quality nursing care. *Oncology Nursing Forum*, 37 (4): 436-42.

doi:10.1188/10.ONF.436-442

<http://ons.metapress.com/content/405834685h218v0g/fulltext.pdf> (04.12.2014)

Liukkonen, S., Saarto, T., Mäenpää, H., Sjöström-Mattson, J. (2010). Male breast cancer: A survey at the Helsinki University Central Hospital during 1981-2006. *Acta Oncologica*, 49:322-327.

doi: 10.3109/02841861003591723

<http://informahealthcare.com/doi/pdf/10.3109/02841861003591723> (27.12.2014)

McCaughan, E., McKenna, H. (2007). Information-seeking behaviour of men newly diagnosed with cancer: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 16(11):2105-13

doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01785.x

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17331096> (04.12.2014)

Miao, H., Verkooijen, H. M., Chia, K. S., Bouchardy, C., Pukkala, E., Larønningen, S., Mellekjær, L., Czene, K., Hartman, M. (2011). Incidence and outcome of male breast cancer: An International population-based study. *Journal of Clinical Oncology*. 29 (33): 4381-4386.

doi: 10.1200/JCO.2011.36.8902

<http://jco.ascopubs.org/content/29/33/4381.full.pdf+html> (12.12. 2014)

Mayo Foundation for Medical Education and Research. (2011). Diseases and Conditions. Lymphedema.

<http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/lymphedema/basics/definition/con-20025603> (23.12.2014)

OECD (2013), Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing.

doi :10.1787/health_glance-2013-en

http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en (27.12.2014)

Padrik, P., Eelma, E., Lehtsaar, J. (2007). Rinnavähi ravi arengusuunad. *Eesti Arst*, 86 (11): 819–822.

http://www.eestiarst.ee/static/files/001/rinnavahi_ravi_arengusuunad.pdf (02.12.14)

Padrik, P., Everaus, H. (2013). Onkoloogia õpik. Tartu:Tartu Ülikooli Kirjastus.

Rahvatervishoiu eesti-inglise seletav sõnastik. Tartu Ülikooli tervishoiu instituut.

<http://rahvatervis.ut.ee/terms/terminid.php?lk=1> (05.12.2014)

Roses, D., F. (2005). Breast Cancer. Elsevier Inc.

Quintyne, K., I., Woulfe, B., Merrigan, A., Keane, R., M., O'Brien, P., Finn, S., Gupta, R., K. (2010). Male breast cancer: 9 year experience and review in Mid- Western Ireland. *The Open Breast Cancer Journal*, 2: 38-41.

<http://www.benthamscience.com/open/tobcanj/articles/V002/38TOBCANJ.pdf> (12.12.2014)

Saunders, M., C., Jassal, S. (2009). Breast cancer. 1. ed. Oxford: Oxford University Press.

Sillaste, P., Kuddu, M. (2004). Vähivalu. Ravijuhend. Tallinn

Suija, K., Suija, K. (2007). Palliatiivne ravi. Tartu: Tartumaa Trükikoda.

Tervise Arengu Instituut. (2013). Toitumine. Tallinn.

<http://www.tai.ee/et/tegevused/tervise-edendamine/toitumine-> (27.12.2014)

Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. (2013). Registreeritud esmashaigestumus.

<http://pxweb.tai.ee/esf/pxweb2008/Database/Haigestumus/01Esmashaigestumus/01Esmashaigestumus.asp> (27.12.2014)

Thomas, E. (2010). Men's awareness and knowledge of male breast cancer. *American Journal of Nursing*. 110(10):32-40.

doi: 10.1097/01.NAJ.0000389672.93605.2f.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20885124> (30.12.2014)

Visram, H., Kanji, F., Dent, S. F. (2010). Endocrine therapy for male breast cancer: rates of toxicity and adherence. *Current Oncology*, 17:5.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2949363/pdf/conc17-5-17.pdf> (30.12.2014)

Williams, B. G., Iredale, R., Brain, K., Barret-Lee, P., Gray, J. (2003). Experiences of men with breast cancer: An exploratory focus group study. *British Journal of Cancer*, 89(10): 1834-1836.

doi:10.1038/sj.bjc.6601305

<http://www.nature.com/bjc/journal/v89/n10/full/6601305a.html> (30.12.2014)

World Health Organization. Health for All Database.

<http://data.euro.who.int/hfad/> (05.12.2014)

World Health Organization. (2013). Obesity and overweight. Fact sheet No 311.

<http://tinyurl.com/ys95a7> (10.12. 2014)

World Health Organization. (2013). Palliative care.

<http://www.who.int/cancer/palliative/en/> (27.12.2014)

Lõputöös kasutatud teadusartiklite väljavõtuleht

Autor, aasta, väljaanne, riik	Pealkiri	Uurimisprobleem, keskne küsimus	Eesmärk, ülesanded	Uurimistöö tüüp	Valim	Andmete kogumise meetod	Andmete analüüsi-meetod	Olulisemad tulemused ja järeldused
1. Al-Haddad, M.(2010). Clinical Journal of Oncology Nursing, 14:1, Kanada	Breast Cancer in Men: The Importance of Teaching and Raising Awareness.	Vähene teadlikkus elanikkonna seas üldisemalt ja ka õdede hulgas ning sellest tulenev liiga hiline meeste rinnavähi diagnoosimine	Õdede teadlikkuse tõstmine meeste rinnavähist, eesmärgiga, et nad tõstaksid meespatsientide teadlikkust rinnavähi sümptomite äratundmiseks.	Teoreetiline uurimistöö kirjandus-ülevaade	11 kirjandusallikat	Kasutati eriala-eriala-kirjanduse ja tunnustatud organisatsioonide kodulehtede andmeid	Eriala-kirjanduse analüüs	Õed peavad tõstma oma teadlikkust meeste rinnavähi kohta, selle riskifaktoritest ning õpetama meestele enesekontrolli meetodeid võimalike muutuste tuvastamiseks rinnas.
2. Andrykowsk, M. A.(2012). Psycho-Oncology, 21: 927-934, USA	Physical and mental health status and health behaviors in male breast cancer survivors: a national, population-based, case-control study.	Tuvastada, milline on rinnavähi põdenud meespatsientide füüsiline ja vaimne tervis.	Võrrelda rinnavähiga meespatsientide ja kontrollgrupi tervisekäitumist ning füüsilist ja vaimset seisundit.	Retro-spektiivne andmete analüüs	Võrreldi 66 meeste rinnavähi juhtumit kontrollgrupi 198 mehe andmetega, kellel rinnavähki ei olnud	Kasutati elanikkonna populatsiooni <i>Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS)</i> uuringut.	t-test and regressioonianalüüs	Rinnavähi üle elanud mehed olid märgatavalt tõenäolisemalt rasvunud, neil esines sagedamini kaasnevaid haigusi ja tegutsemise piiranguid ning nad olid vähem rahul oma elu ja üldise tervisega kui kontrollgrupp. Samas, võrreldes rinnavähiga meeste grupi ja kontrollgrupi tervisekäitumist, olulist erinevust ei leitud, mis tähendab, et tubaka- ja alkoholitarbimine, toitumine, füüsiline treening ja tervise eest hoolitsemine olid sarnased

3. Blachier, M., Leleu, H., Peck-Radosavljevic, M., Valla, D. C., Roudot-Thoraval, F. (2013), Šveits	The burden of liver disease in Europe: a review of available epidemiological data.	Kuigi viimase 30 aasta jooksul on maksahaguste ravis ja diagnoosimisel toimunud suur progress, siis sellele vaatamata kannatab umbes 29 miljonit Euroopa Liidu kodanikku krooniliste maksahaiguste käes. Probleemiks on erinevate EL liikmesriikide andmed ei ole võrreldavad või võrreldud, mis ei võimalda metatasandil planeerida ennetus- ja ravitegevust.	Anda 260 epidemioloogilisele uuringule baseeruv ülevaade viimaste aastate maksahaiguste esinemisest ja põhjustest Euroopa Liidu riikides	Teoreetiline uurimistöö	260 epidemioloogilise uurimistöö ülevaade.	EL liikmesriikide andmebaaside ja teadusallikate kasutamine	Süsteemiline uurimistööde lugemine ning analüüs	Alkoholhepatiit kui ka alkoholsirroos on nii Euroopas kui ka Eestis sagenevad haigused, samal ajal on ka maksatsirroosi haigestumuse ja levimusega.
4. Brain, K., Williams, B., Iredale, R., France, L., Gray, J. (2006). Journal of Clinical Oncology, 24:1, Suurbritannia	Psychological Distress in Men With Breast Cancer.	Psühholoogilise negatiivse stressi määr rinnavähiga meeste hulgas.	Uurida rinnavähiga meespatsientide psühholoogilise stressi olemasolu ja sellega seonduvaid asjaolusid	Empiiriline uurimistöö	161 rinnavähi diagnoosiga meest	Suurbritannias kutsuti 2002. a. oktoobrist 2003. a. detsembrini rinnavähiga meespatsiente osalema uuringus. Kasutati küsimustikku ja kliinilisi ning demograafilisi andmeid.	Andmete statistilisel analüüsil kasutati SPSS versioon 12.0	6% meestest esines kliinilist depressiooni ja 1% ärevushäire, samas 23% meestest esines kõrge vähiga seonduv stressitase. Ängistustunne oli oluliselt seotud vältimiskäitumisega ning hirmu ja ebakindlusega tuleviku ees. Depressiooni sümptomid olid enamasti seotud muutunud kehakuvandiga. 51% vähiga seotud stressist oligi seletatav negatiivse kehakuvandi muutusega, vältimiskäitumisega, vajadusega arsti poole pöörduda, hirmu ja ebakindlusega ning sooviga saada rohkem soospetsiifilist informatsiooni.

5. Borneman, T., Piper, B. F., Koczywas, M., Munevar, C. M., Sun, V., Uman, G. C., Ferrell, B. R. (2012). Clinical Journal of Oncology Nursing. 16 (1), USA	A Qualitative Analysis of Cancer-Related Fatigue in Ambulatory Oncology.	Vähiga seotud kurnatuse mõju patsientide elukvaliteedile	Kirjeldada patsientide vähiga seotud sümptomite, põhjuste, kergendust pakkuvate asjaolude, tähenduse ja kannatuste tajumist.	Empiiriline kvalitatiivne fookus-grupi uurimistöö	252 rinnakopsu-, käärsoole- ja eesnäärme vähiga mees- ja naispatsienti	Andmed saadi Piper <i>Fatigue Scale-Revised</i> seitsmele avatud küsimuse antud vastuste analüüsist	Seitsmele avatud lõpuga küsimusele saadud vastused gupeeriti alamkategoriasse. Saadud tulemused analüüsiti sisu analüüsi (content analysis) tehnikaid kasutades.	Vähiga seonduv kurnatus avaldas olulist mõju patsientide füüsilisele, sotsiaalsele ja vaimsele heaolule. Kurnatus vähendas patsientide igapäevast toimetulekut, samuti ka sotsialiseerumist ning varem nauditavate tegevustega tegelemist. Leiti, et emotsionaalsete probleemide teke vähiga seonduva kurnatuse tagajärjel on sagedane. Uuringus osalejate väitel olid unehäired sageli seotud muude sümptomite nagu näiteks valuga. Paljud uuringus osalenutest leidsid, et kurnatuse tõttu ei suudavad olla aktiivsed ja ei tunne enam rõõmu füüsilistest tegevustest, mistõttu nad leidsid, et nende elukvaliteet on langenud. Vähipatsiendid tundsid, et ei ole enam võimelised elama produktiivset ja nauditavat elu, et on haavatavad ja kasutud. Kurnatus mõjutas negatiivselt nii nende tööelu kui sotsiaalset lävimist ja abielusuhteid. Patsiendid kirjeldasid lootusetuse tunnet, depressiooni ja elu mõtte kadumist ning emotsionaalseid kannatusi. Uuringus osalejad kirjeldasid kehaliste muutuste ja aja möödumise tunde seotud sügavat kaotusetunnet. Vähiga seonduva kurnatusega paremaks toimetulekuks kasutati nii lõõgastust, puhkamist kui füüsilist aktiivsust, aga ka vajadusel füüsilise aktiivsuse piiramist ja ka paremat toitumist. Samuti leidsid osalejad kasu olevat tähelepanu mujale suunavatest tegevustest, nagu näiteks meditatsioon, lugemine või käsitöö.
6. Bouchardy, C., Rapiti, E., Fiorette, G., Schubert, H., Chappuis, P., Vlastos, G., Benhamou, S. (2013). Swiss Medical Weekly, 143:w13879, Sveits	Impact of family history of breast cancer on tumour characteristics, treatment, survival among men with breast cancer.	Kas perekonnas esinenud rinnavähk või munasarjavähk mõjutab meestel, kellel diagnoositud rinnavähk, sekundaarse vähikolde teket.	Välja selgitada kas ja kuidas mõjutab geneetiline risk meestel esineva rinnavähi kliinikat, sekundaarsete kollete teket ning elulemust	Retro-spektiivne andmete analüüs	46 mehe andmed, kelle kohta olid teada andmed perekonnas esinenud munasarja- ja rinnavähi kohta. Andmed pärinesid aastatest 1970- 2009	Andmed pärinesid Geneva vähi-registrist	Andmete statistiline analüüs, kasutades hiirruut testi, Kaplan-Meieri meetodit	Meeste (perekondliku vähi esinemise taustaga võrrelduna ilma perekondliku taustata) vanuses, haiguse staadiumis, kasvaja histoloogilises tüübis ja hormoonretseptorite statuses olulisi erinevusi ei esinenud. 13% patsientidest duagnoositi sekundaarne vähi kolle. Elulemuse näitajad olid paremad perekondliku haiguse anamneesiga patsientidel.

7. Brinton, L., A.. (2010) Acta Pædiatrica, 100: 814-818, USA	Breast cancer risk among patients with Klinefelter syndrome	Milline on seos meestel esineva rinnavähi ning Klinefelteri sündroomi vahel.	Hinnata rinnavähi riski Klinefelteri sündroomiga meestel ning leida võimalikke selgitusi	Kirjandus-ülevaade.	29 teadusartiklit	Teadus-kirjanduse andmebaaside süsteemne kasutamine	Kasutati erinevaid kirjandusallikaid kriitiliselt hinnates nende tugevaid külgi ning piiranguid	Urrimistöö tulemusena selgub, et Klinefelteri sündroomiga meestel on suurem risk haigestuda rinnavähki. Seda riski hinnatakse koguni 20-30 kordseks, mis siiski jääb siiski oluliselt madalamaks, kui naiste haigestumise risk. Autorid ei pea vajalikuks teostada klinefelteri sündroomiga meeste profülaktilist mastektomiat, kuid leiavad, et nad peaksid tegema igakuidelt korrektset enesekontrolli ning käima regulaarses kontrolli tervishoiu asutuses. Riski suurenemist seostatakse hormonaalsete muutustega.
8. Brinton, L., A., Richesson, D., A., Gierach, G., L., Lacey Jr, J., V., Park, Y., Hollenbeck, A., R., Schatzkin, A. (2008). Journal of the National Cancer Institute, 100 (20): 1477-1481, USA	Prospective evaluation of risk factors for male breast cancer.	Senised teadmised meeste rinnavähi riskitegurite kohta on laialivalguvad /oletatavad	Töö eesmärgiks on tuua välja konkreetsed riskitegurid, mis võivad põhjustavad meestel rinnavähi tekkimist.	Empiirilise uurimistöö	324920 meest, kelle hulgas 121 rinnabähki põdevat meest.	Osalejad saadi läbi National Institutes of Health-AARP(American Association of Retired Persons) Diet and Health Study. 1995-1996 saadeti küsimustikud.	Cox proportsional hazards regressioon.	Rinnavähi esinemine esimese astme sugulaste seas, suurendab meestel riski haigestuda rinnavähki, eriti kui haigestunud oli õde ja ema. Klinefelteri sündroom tõstab riski haigestuda. Diabeet, sapikivid, südamehaigused ja jämesoole polüübid riski ei mõjuta. Uue faktina toovad töö autorid välja luumurdude esinemise ning riski tõusu, mida seostatakse hormonaalse kõrvalekaldega. Riski tõusu põhjustab ülekaalus ja seda samuti läbi hormonaalsete muutuste. Lisaks tuuakse välja füüsilise aktiivsuse olulisus puberteedieas. Nendel, kes siis olid füüsiliselt aktiivsed, oli haigestumise risk väiksem. Seost alkoholi tarbimise ja rinnavähi tekke ei leitud. Konkreetseid seoseid suitsetamisega töö ei andnud.
9. Chen, X., Liu, X., Zhang, L., Li, S., Shi, Y., Tong, Z. (2013). Japanese Journal of Clinical Oncology, 43 (10) 954-963, Hiina	Poorer survival of male breast cancer compared with female breast cancer patients may be due to biological differences.	Puudub informatsioon selle kohta, kas meestel ja naistel esinev rinnavähk on olemuselt erinev või sarnane	Võrrelda haiguse kliinikat, patoloogiat, ravi, meeste ja naiste haigusvaba elulemust ning üldist elulemust Leida võimalikud ravist ja soost tingitud erinevused.	Retro-spektiivne andmete analüüs	150 meest, kes viibisid ühes hiina haiglas ravil ning iga mehe kohta leiti 2 samade kliiniliste näitajatega naist	Andmed pärinesid Hiina haigla andmebaasist 1980-2010	t-test Kaplan-Meier Log-rank test SPSS	Vanus meeste ja naiste haigestumisel on sarnane. Erinevus on kasvaja piknemise hormoonretseptorite statuses ning molekulaarses alatüübis. Meeste elulemus on kehvem, kui naistel, kuid seda võib seostada ka kaasuvate haigustega.

10. Contractor, K., B., Kaur, K., Rodrigues, G., S., Kulkarni, D., M., Singhal, H. (2008). World Journal of Surgical Oncology, 6:58, UK	Male breast cancer: Is the scenario changing.	Anda ülevaade meeste rinnavähi erinevatest aspektidest, kuna senised uuringud on olnud limiteeritud ning seeläbi saada uut informatsiooni	Kirjeldada meeste rinnavähi etioloogiat, patofüsioloogiat, kliinikat, ravi, prognoosi ja elulemust	Teoreetiline uurimistöö kirjandusülevaade	Kasutati Pubmedi ja MEDLINE andmebaase ning Cancer Mondial andmebaasi	Kasutati artikleid, mis pärinesid ajavahe- mikust 1975-2000	Süste- maati- line teadus- kirjan- duse luge- mine ja analüüs	Haigusjuhud on sagenenud, kuid põhjus selleks jäb arusaamatuks. Meestel esinev rinnavähk erineb oma patofüsioloogialt, fenotüübilt, ravil, prognoosilt ning elulemuselt naistel esinevast rinnavähist. Haigestumine esineb enamasti kõrgemas vanuses, Riskiteguritena tuuakse välja varasemalt vähi esinemise perekonnas, Klinefelteri sündroomi ning BRCA-2 geeni mutatsioon. 80% esineb infiltratiivne duktaalne kartsinoom. Meestel esineb rohkem ER retseptor positiivsust, mis loob sootsa prognoosi tamoxifen ravile. Haiguse hilist avastamist seostatakse kõige enam haigusest teadmatusena. Ravis kasutatakse kõige enam mastektomiat, kuid ka hormoon- ja keemiaravi.
11. Dabakuyo, T. S., Dialla, O., Gentil, J., Poillot, M.-L., Roignot, P., Cuisenier J., Arveux, P. (2012). European Journal of Cancer Care, 21: 809–816, Prantsusmaa	Breast cancer in men in Cote d'Or (France): epidemiological characteristics, treatments and prognostic factors.	Madal elulemus tingituna liiga hilisest diagnoosimisest.	Kirjeldada meeste rinnavähi epidemioloogilisi karakteristikuid, ravi ja prognostilisi faktoreid.	Retro- spektiivne andmete analüüs	75 invasiivse rinnavähiga meest, kes diagnoosi saamisel olid keskmise vanusega 66 aastat.	Populatsiooni- valimil läbi viidud uuringu andmed saadi Cote d'Or rinna- ja günekoloogilise vähi registrist. Andmed diagnoositud meeste rinnavähi kohta on aastatest 1982-2008	Kvanti- tatiivsed tulemu- sed on esitatud kesk- mise, standard hälbe, mediaani ja raadius- tena ning kvalita- tiivsed tulemu- sed on esitatud protsen- tidena. Ravi ja vähi staadiu mite kirjelda misel kasutati Fisher's exact või Pearson teste..	Viimase paarikümne aasta jooksul kasvas kemoterapia ning hormoonteraapia kasutamine meeste rinnavähi ravis. Kusjuures elulemus oli kõrgem patsientidel, kes said nii kirurgilist ravi, kiiritusravi kui hormoonteraapiat. Meeste rinnavähi varasem diagnoosimine ja sellest paremad teadmised aitavad kaasa paremale prognoosile.

12. Fentiman, I. S. (2013). Journal Steroids & Hormonal Science, 4:1, Suurbritannia	Endocrine Therapy for Male Breast Cancer.	Enam kui 90% meeste rinnavähist on östrogeen-retseptor-positiivsed, mis tähendab, et õigeaegsel avastamisel on edukalt võimalik rakendada hormoonravi. Kahjuks diagnoositakse üle 40% juhtudest alles kolmandas või neljandas staadiumis.	Kirjeldada meeste rinnavähi puhul kasutatava hormoonravi võimalusi ning juhtida tähelepanu mahukamate uuringute vajadusele meeste rinnavähi hormoonravi arendamiseks	Teoreetiline uurimistöö kirjandus-ülevaade	42 teadusartiklit (ilmunud 1983 - 2013)	Teaduskirjanduse andmebaaside süsteemne kasutamine	Teaduskirjanduse analüüs	Kuna meeste rinnavähki diagnoositakse üle 40% juhtudest alles kolmandas või neljandas staadiumis, siis oluline osa patsientidest saab hormoonravi vaid palliatiivse ravi osana. Tamoxifen-ravi on kõige laialdasemalt kasutusel olev ja ka uuritud esmasravi nii adjuvantses kui palliatiivses ravis.
13. Franco, R., Sammarco, E., Calvanese, M. G., Natale, F., Falivene, S., Lecce, A., Giugliano, F. M., Murino, P., Manzo, R., Cappabianca, S., Muto, P. (2013). Radiation Oncology, 8:57, Itaalia	Preventing the acute skin side effects in patients treated with radiotherapy for breast cancer: the use of corneometry in order to evaluate the protective effect of moisturizing creams.	Kas ja millistest niisutavatest kreemidest on abi rinnavähiga patsientidel, et vähendada kiiritusega seonduvat nahakahjustuste ulatust. On ebaetiline oodata kiiritusravi kõrvaltoimena nahakahjustuste tekkimist ning mitte ennetada ja vähendada neid kahjustusi.	Hinnata niisutavate kreemide kaitsvat efekti ennetavalt ning kiiritusravi ajal.	Empiiriline uurimistöö	100 rinnavähiga naispatsienti vanuses 29 kuni 75 eluaastat	Patsiendid jagati viide gruppi testimaks viie erineva niisutava kreemi toimet kiirituspiirkonna nahale. Iga grupp sai erinevat kreemi. Dermatoloogid hindasid patsientide naha seisundit korneomeetriga enne ja kiiritusravi ajal.	Onkoloogid hindasid naha kiirguskahjustuste ulatust RTOG skaala abil, dermatoloogid mõõtsid naha niiskustaset korneomeetriga.	Leiti, et naha niisutava kreemiga kreemitamine nii ennetavalt kui kiiritusravi järgselt vähendab olulisel määral nahakahjustuste tekke riski. Positiivse efekti andsid kõik katses kasutatud niisutavad kreemid

14. Giordano, S. H., Cohen, D. S., Buzdar, A. U., Perkins, G., Hortobagyi, G. N. (2004). <i>Cancer</i> , 101:1, USA	Breast carcinoma in men. A population-Based Study.	Vähesead teadmised meeste rinnavähist, mis on tingitud haiguse harvast esinemisest ning seeläbi on erinevad uurimistööd, millele tugineda, läbiviidud väikeste valimitega	Anda ülevaade meestel esinevast rinnavähist ning teha kindlaks meestel ja naistel esineva rinnavähi erinevus	Retro-spektiivne andmete analüüs	Kasutati 2537 rinnavähki põdeva mehe andmeid, mida võrreldi 383 146 rinnavähki põdeva naise andmetega.	Andmed saadi National Cancer Institutes Surveillance, Epidemiology and End Results (SEER) prog-rammist ning need pärinesid aastatest 1973-1998	International Classification of Disease coding system, Cochran Armitage trend test, SEER*S TAT tarkvara, Kaplan–Meier Two-sided log-rank test, Cox test, SAS tarkvara, STATA tarkvara	Meeste haigestumise sagedus vanuse tõustes ning see on sarnane naiste haigestumise tendentsiga. Meeste haigestumine on uurimistöö kohaselt viimase 26 aastaga sagenunud, kuid see on siiski protsentuaalselt väiksem tõus, kui naistel. Keskmise vanuse haigestumisel oli meestel 67 a ja naistel 62 a. Meestel esines rohkem lümfisõlmede haaratust, kui naistel. Metastaaside olemasolu oli samuti meeste seal sagedasem. Nii meestel kui ka naistel esines kõige sagedasemalt duktaalset kartsinoomi. ER positiivseid kasvaja esines meestel rohkem kui naistel ning vanuse tõustes see protsent suurenes. Meeste üldist 5aastast elulemust hinnati 63% ning 10 aasta elulemust 41% ning elulemus on seotud patsiendi vanuse, kasvaja suuruse ning lümfisõlmede haaratusega.
15. Harding, M. (2012). <i>Oncology Nursing Forum</i> , 39:2, USA	Health-Promotion Behaviors and Psychological Distress in Cancer Survivors.	Hüpotees, et vähihaiguse üle elanud inimesed elavad tervislikumalt ja kogevad rohkem negatiivset stressi kui need, kes seda haigust pole põdenud.	Välja selgitada, kas vähist paranenud inimesed elavad tervislikumalt hinnata psühholoogilise distressi taset ning uurida tervisekäitumise ja psühholoogilise stressi vahelist suhet nendel inimestel.	Empiiriline uurimistöö	1784 varasema vähi diagnoosiga isikut (1123 naist ja 661 meest)	2009 aasta <i>National Health Interview Survey</i> andmeid kasutati, et uurida varasemalt vähi diagnoosi saanud ja paranenud patsiente. Uuringus osalejatele saadeti küsimustikud, mille andmeid hiljem analüüsiti	Kasuati veebi-põhist <i>National Health Interview Survey</i> Documentation and Analysis (SDA) statistilise analüüsi tarkvara, mis oli spetsiaalselt loodud komplekssete uuringutulemuste analüüsimiseks	Leiti, et vähi üle elanud inimesed suutsid sama palju kui keskmine elanikkond. Enamik neist ei kogunud psühholoogilist distressi küsimustiku täitmise ajal. Erinevatel vanusegruppidel oli tervisekäitumine ja distressi tajumine märgatavalt erinev. Vähihaigete ja paranenute populatsioon on järjest suurem, elatakse kauem, seda seoses ka elanikkonna üldise vananemisega. Vähist paranemise perioodi võib vaadelda kui eraldiseisvat vähikogemuse faasi, mille käigus tehtavad tegevused mõjutavad tevist ja elukvaliteeti. Tervishoiutöötajad peaksid märkama ja hõlbustama paranemise tervise eluviise ning toetama patsientide pingutusi oma elu ja tervise toime tulla. Tervise eluviiside omaksvõtt aitab vähi üle elanud patsientidel tunda, et neil on kontroll oma tervise üle ning aitab paremini toime tulla vähiga kaasnevate piirangute ja psühholoogilise stressiga.

<p>16. Hill, T. D., Khamis, H. J., Tyczynski, J. E., Berkel, H. J. (2005). Annals of Epidemiology . The Official Journal of American College of Epidemiology , 15:773–780, USA</p>	<p>Comparison of male and female breast cancer incidence trends, tumor characteristics and survival.</p>	<p>Vähesed teadmised meeste rinnavähist, mis on saadud väikeste valimitega teostatud uuringutest.</p>	<p>Võrrelda meestel ja naistel esineva rinnavähi omadusi ning elulemust</p>	<p>Retro-spektiivne andmete analüüs</p>	<p>Rinnavähi diagnoosiga meeste (n=2923) ja naiste (n=442500) andmed</p>	<p>Andmed saadi Surveillance, Epidemiology and End Results registrist (SEER) aastatel 1973-2001</p>	<p>Join-point Regression program SPSS v10, SAS v9,0 Cox test</p>	<p>Meeste haigestumine rinnavähki on alates 1978 aastast hakanud sagenema. Keskmine vanus haiguse diagnoosimisel oli meestel 64,8 aastat ning naistel 60,9. Meeste seas esines nooremas eas haigestumist harvem kui naiste seas. Nii meestel kui ka naistel esines kõige rohkem duktaalset kartsinoomi. Meestel esines regionaalselt levinud pahaloomulisi kasvajaid rohkem kui naistel.Meestel esines rohkem ER positiivseid kasvajaid.Naiste seas on langustendents kaugele arenenud rinnavähi esinemises, mida seostatakse skriiningute teostamisega. Elulemust mõjutavate aspektidena tuuakse uurimistöös välja vanus, perekonnaseis ning rass. Elulemust mõjutavad negatiivselt üksinda elamine ning tumedanahalisus.</p>
--	--	---	---	---	--	---	--	--

<p>17. Iredale, R., Brain, K., Williams, B., France, E., Gray, J. (2006). European Journal of Cancer, 42 (3): 334-41, Suurbritannia</p>	<p>The experiences of men with breast cancer in the United Kingdom.</p>	<p>Meeste suunatud rinnavähi alase infomaterjali puudumine</p>	<p>Selgitada välja millised on rinnavähi diagnoosi saanud meeste kogemused: emotsioonid diagnoosi saades, haigusega seotud info kättesaadavus igapäevased emotsioonid. Lisaks tuua välja ettepanekuid tervishoiuteenuste parendamiseks.</p>	<p>Empiiriline uurimistöö</p>	<p>Töö koosnes neljast etapist : 1 etapis : osales 9 meest, 13 naist ja 5 tervishoiutöötajat 2 etapis: 161 meest 3 etapis: 30 meest eeslmses etapist 4 etapis: 7 meest ja 10 naist</p>	<p>1 etapi andmed koguti 2002 juulist kuni 2003 detsembrini ning viidi läbi intervjuud 2 etapi andmed koguti küsimustikele vastates ajavahe- mikus oktoober kuni 2002 detsember 3 etapi andmed saadi läbi intervjuude ajavahe- mikus 2003 aprill kuni 2003 august 4 etapi andmed koguti 2003 aasta oktoobris läbi intervjuude</p>	<p>Kõik intervjuud lindistati ning hiljem transkribeeriti. Küsimustikke analüüsi kasutades SPSS v. 12.0 ning QSR NVivo 2</p>	<p>Uurimistööst selgub, et meeste jaoks ei olnud üllatav saada vähidiagnoosi, kuid üllatav oli fakt, et tegemist on rinnavähiga, sest nad pidasid seda soost lähtuvaks haiguseks ehk siis naistel esinevaks haiguseks. 40% meestest oli kuulnud haiguse võimalikkusest ka meestel. Enamik meestest (80%) andis oma haigusest lähedastele pereliikmetele teada. Tuttavatele ja kollegidele rääkis oma haigusest 37% osalenutest. 4% ei rääkinud haigusest kellelegi. 16% osalenutest tundis diagnoosi tõttu piinlikkust ning 2 % tunnistasid, et haiguse nimetus võiks olla mmidagi muud. Nooremaid mehi häiris nende muutunud keha rohkem kui vanemaid. Infot oma haiguse kohta said osalejad põhiliselt verbaalselt. Tervishoiutöötajatelt saadud info materjal oli aga suunatud naistele ning kandis endas informatsiooni, mis on suunatud siiski naistele. 56% osalejatest oleks soovinud põhjalikum informatsiooni oma haigusest. Toetust pakkusid meestele nende partnerid, sest ametlikud igakülgset toetust pakkuvad teenused puuduvad. Distressi põhjustavateks faktoriteks on uurimistöö kohaselt, hirm tuleviku ees, muutunud minapilt ning puudulik informatsioon haigusest. Et tõsta ühiskonna teadlikkust meestel esinevast rinnavähist tuuakse välja järgmised aspektid: üldise informatsiooni jagamine, pildimaterjal mehest, kellel teostatud mastektomia, infotelefonid, teema kajastamine meedias,</p>
---	---	--	---	-------------------------------	--	---	--	--

18. Jackevičius, A., Šarakauskienė, L., Ostapenko, V., Kurtinaitis, J., Bružas, S., Mudėnas, A. (2009). Acta Medica Lithuanica, 16 (3-4): 119-123, Leedu	Male breast cancer: Temporal trends and treatment in Lithuania.	Puudulik informatsioon meestel esineva rinnavähi kohta Leedus.	Ülesandeks kirjeldada haiguse esinemist, kliinilist pilti, ravi, elulemust.	Retro-spektiivne andmete analüüs	100 rinnavähi põdenud mehe andmed.	Andmed saadi kahe meditsiini asutuse andmebaasidest ning kasutatud andmed pärisnesid aastatest 1988-2006	Ei ole välja toodud	Keskmine vanus haigestumisel oli 67,5 aastat. Enamusel esines haigus kolle nibu piirkonnas ning kõige enam esines duktaalsel kartsinoomi. hormoonretseptor-positiivseid kasvajaid oli 78%. 10 patsiendil esines tugev perekondlik soodumus, 24 osalejat olid põllumehed, 3 elektrikud ning 5 töötasid ebasoovituslikes tingimustes (millistes ei täpsustatud). Kõige sagedasem ravimeetod oli mastektomia lisaks kasutati ka kiiritus ja keemiaravi ning erinevate ravimeetodite kombinatsioone. 100-st osalenust oli 2007 aastaks surnud 66. Elulemus on haiguse staadiumeid silmas pidades erinev. Üldine viie aasta elulemus on 42,7% ning 10 aasta elulemus 22,58%. Töö autorid järeldavad, et rinnavähk meestel avastatakse liiga hilja, mistõttu on ka viieaasta elulemus madal.
19. Kvåle, K., Bondevik, M. (2010). Oncology Nursing Forum, 37 (4): 436-42, Norra	Patients' perceptions of the importance of nurses' knowledge about cancer and its treatment for quality nursing care.	Millised on patsientide ootused ja taju onkoloogia õdede suhtes.	Parandad ausaamist kuidas ja miks patsientide taju õdede teadlikkusest vähist ja selle ravist on seotud õenduse kvaliteediga.	Empiiriline kvalitatiivne uurimistöö	10 vähihaiget meespatsienti ja 10 vähihaiget naispatsienti, kes said elukestvat ja sümptomeid leevendavat ravi ning vaid neljal oli paranemisl lootus.	Intervjuud (fenomenoloogiline lähene mine)	Intervjuud salvestati, kirjutati ümber ja analüüsiti. Teksti vaadeldi kui tervikut, jaotati tähenduslikeks ühikuteks, klasterdati teemade tähtsuse järgi.	Patsiendid eeldasid ja pidasid iseenset mõistetavaks, et onkoloogiaõdedel on teadmised nii vähihaiguse olemusest, ravist kui ka väga head õendusoskused. Õdedelt oodati, et nad leevendaksid patsientide kehalisi ning eksistentsiaalseid kannatusi ning tekitaksid kindlus- ja turvatunnet

20. Liukkonen, S., Saarto, T., Mäenpää, H., Sjöström-Mattson, J. (2010). Acta Oncologica, 49:322-327., Soome	Male breast cancer: A survey at the Helsinki University Central Hospital during 1981-2006.	Vähesead teadmised meestel esinevast rinnavähist	Analüüsida rinnavähiga meeste andmeid (keskmine vanus, võimalikud riskifaktorid, ravi, haiguspilt) et saada rohkem teada meestel esineva rinnavähi kohta.	Retrospektiivne andmete analüüs	58 mehe andmed	Andmed saadi ühe Soome haigla andmebaasist aastatest 1981-2006	Andmete analüüsiks kasutati Kaplan-Meieri meetodit	Keskmine vanus 63. Riskitegurite kohta kõikidel patsientidel andmed puudusid, kui nendel kellel need olemas olid esines 41% ülekaalusust, 30st suitsetamist puudutavale küsimusele vastanutest 8 suitsetas ning 8 osalejat 19 olid aktiivsed alkoholi tarvitajad. 19% osalejatest esines kaasuvana ka teine pahaloomuline kasvaja. Ühel osalejal oli diagnoositud Klienefelteri sündroom. Rinnavähi sümptomina esines enamusel valutu tükk, mille nad ise leidsid. Pooltel osalenutest esines lümfisõlmede haaratus. Kugmetastaasidest esines luu, kopsu ja mediastiinumi lümfisõlmede metastaase. 97% tesooti mastektomia. 60% teostati pärast operatsiooni kiiritusravi. Hormonaalset ravi tesostati 65% (n=56) osalejatest, kellel puudusid kaugmetastaasid. Viie aasta elulemus oli 75% .
21. McCaughan, E., McKenna, H. (2007). Journal of Clinical Nursing, 16(11): 2105-13, Suurbritannia	Information-seeking behaviour of men newly diagnosed with cancer: a qualitative study.	Vähahaigete meeste vajadusi on vähem uuritud kui naistel.	Uurida vähidiagnosi meespatsientide informatsiooniotsimise viisi ning vajadust.	Empiiriline kvalitatiivne uurimistöö	13 hiljuti vähidiagnosi saanud meest ja 5 tervishoiutöötajat	Intervjuud (fenomenoloogiline lähenemine)	Intervjuude analüüsimisel kasutati Miles'i ja Hubermanni tehnikaid. Intervjuu teksti tähenduslikud lõigud grupeeriti ja jaotati teemade järgi.	Mehed tundsid ennast tervishoiuasutustes ebamugavalt ega saanud sellist informatsiooni, mida vajadis ning soovisid, et kõik oleks jälle tagasi normaalne. Leit, et partnerid on nende jaoks olulised infoallikad. Tervishoiutöötajad peaksid olema teadlikud soolistest erinevustest vähiga toime tulemisel ning info hankimisel haiguse kohta
22. Miao, H., Verkooijen, H. M., Chia, K. S., Bouchardy, C., Pukkala, E., Larønningen, S., Mellemkjær, L., Czene, K., Hartman, M. (2011). Journal of Clinical Oncology. 29 (33): 4381-4386.	Incidence and outcome of male breast cancer: An International population-based study.	Vähesead läbi viidud uurimistööd on hinnanud meeste rinnavähi riskifaktoreid ning prognoosi	Anda ülevaade meestel esineva rinnavähi kulust ning võrrelda tulemusi naistega	Retropektiivne andmete analüüs	2665 rinnavähi haigestunud mehe andmed ning 459 846 rinnavähi haigestunud naise andmed	Andmed saadi kuue erineva riigi (Taani, Soome, Norra, Rootsi, USA, Singapur) andmebaasidest. Kasutati andmeid aastatest 1970-2007	Mann-Whitney U test, Hii-ruut test, Kaplan-Meieri meetod	Esinemissageduseks saadi antud töös 0,6%. Naiste keskmine vanus haiguse diagnoosimisel oli noorem, kui meestel. Meestel esines sagedamini kauglearenenud vähki. Töö kohaselt kasutati meeste raviks vähem mastektomiaat ning kiiritusravi. Meeste elulemuse näitajad olid madalamad välja arvatud kauglearenenud haiguse korral, kui näitajad olid nii meestel kui ka naistel sarnased. Meeste madalamaid elulemuse näitajaid seostatakse korrektsete meeste suunatud ravijuhiste puudumisega.

23. Padrik, P., Eelma, E., Lehtsaar, J. (2007). Eesti Arst, 86 (11): 819–822, Eesti	Rinnavähi ravi arengusuunad	Tänapäevased rinnavähi ravisuunad.	Kirjeldada rinnavähi ravi hetkeseisu ja arengusuundi.	Kirjandus-ülevaade	16 teadusartiklit	Teadus-kirjanduse andmebaaside kasutamine.	Kirjandus-allikate analüüs.	Kirurgilises ravis on peamiseks muutuseks nn valvur-lümfisõlme biopsia rakendamine, medikamentoosne ravi on arenenud hormoon-, keemia- ja bioloogilise ravi kompleksse ja individualiseeritud kasutuse suunas. Ehkki metastaseerunud rinnavähk on endiselt raskesti ravitav haigus, annab uute bioloogiliste ravimite areng lootust muuta ravi tõhusamaks.
24. Quiltyne, K., I., Woulfe, B., Merrigan, A., Keane, R., M., O'Brien, P., Finn, S., Gupta, R., K. (2010). The Open Breast Cancer Journal, 2: 38-41. Iirimaa	Male breast cancer: 9 year experience and review in Mid- Western Ireland.	Teadmatus konkreetse populatsioonis esineva meeste rinnavähi tendentsi osas	Selgitada välja meestel esineva rinnavähi erinevaid aspekte ning võrrelda neid mujal maailmas saadud uurimistulemustega.	Retro-spektiivne andmete analüüs	7 rinnavähi haigestunud mehe andmed	Andmed saadi Mid-Westwrn Regional Hospital andmebaasi ja dokumentatsiooni ning Mid-Westwrn Cancer Centre Oncology andmebaasi. Kasutati ajavahe- mikust 2000- 2009	Andme- te süste- maa- tiline analüüs.	Keskmine vanus haigestumisel oli 66,6 aastat. Esimeseks sümptomiks oli valutu tükk, mille patsiendid ise avastasid. Kõikidel osalejatel oli duktaalne kartsinoom ning samuti oli tegemist 100% ER positiivsete kasvajatega. Haiguskolde suurused jäid vahemikku 2-5cm. Tamoxifen ravi sai 6 osalejat, viiel teostati mastektoomia ning kaks said keemiaravi. Neljal uuringus osalenud mehest oli perekonnas vähkkasvajaid esinenud.
25. Thomas, E. (2010). American Journal of Nursing. 110(10): 32-40, USA	Men's awareness and knowledge of male breast cancer.	Informatsiooni puudujääk nii tervishoius kui hariduses.	Uurida teadlikkust ja teadmisi meeste rinnavähi kohta. Kirjeldada uuringus osalejate teadlikkust ja teadmisi meeste rinnavähist.	Empiiri- line kvalita- tiivne uurimistöö	28 meest, kelle esimese astme emapoolsel lähisugulasel oli diagnoosi- tud rinnavähk.	15 küsimu- sega intervjuu	Interv- juud salvesta- ti, kirjutati ümber ja analüü- siti. Teksti vaadeldi kui tervikut, jaotati tähendus likeks ühiku- teks, klaster- dati teemade tähtsuse järgi.	80% osalejatest ei teadnud, et ka mehed võivad haigestuda rinnavähki, kuigi neil kõigil oli kõrge haigestumisrisk pärilikkuse tõttu. 43% meestest väljendasid muret, et rinnavähi diagnoos võiks nende mehelikkuse küsimärgi alla seada.

<p>26. Visram, H., Kanji, F., Dent, S. F. (2010). Current Oncology, 17: 5, Kanada</p>	<p>Endocrine therapy for male breast cancer: rates of toxicity and adherence.</p>	<p>Enamik meeste rinnavähi liikidest on hormoonretseptor-poitiivsed, mistõttu rakendatakse hormoonravi. Samas on vähe avaldatud andmeid hormoonravi saanud rinnavähiga meeste poolt kogetud ravi kõrvaltoimetest. Kas hormoonravi toksilisuse tõttu on meespatsiendid olnud sunitud ravist loobuma?</p>	<p>Analüüsida Ottawa haigla meeste rinnavähi juhtumeid aastatel 1981-2003 hormoonravi toksilisuse ja ravi jätkamise suhtes.</p>	<p>Retro-spektiivne uurimistöö</p>	<p>59 meeste rinnavähijuhtu, keskmine vanus 68 aastat.</p>	<p>1981 - 2003 a. registree-ritud meeste rinnavähijuhtude andmete võrdlev analüüs</p>	<p>Kogutud andmed sisaldasid patsiendi vanust, hormoonretseptori staatust, ravist kinnipidamist patsiendi kogetud kõrvaltoimeid, hormoonravi kestust ja tüüpi.</p>	<p>Hormoonravi kõrvaltoimetest esines kõige sagedamini kuumahoogusid, libiido alanemist, üldist halba enesetunnet. Uurimistöö koostajad leidsid, et kõrvaltoimete tõttu ravi katkestamist esines kokku 23,7% juhtudest, mis on sarnane naiste rinnavähi populatsiooni näitajaga.</p>
<p>27. Williams, B. G., Iredale, R., Brain, K., Barret-Lee, P., Gray, J. (2003). British Journal of Cancer, 89(10): 1834-1836. Inglismaa</p>	<p>Experiences of men with breast cancer: An exploratory focus group study.</p>	<p>Meeste rinnavähki käsitletakse lähtuvalt naistel esinevast rinnavähist.</p>	<p>Võrrelda meeste ja naiste kogemusi rinnavähiga ning tuua välja meeste spetsiifilised aspektid, mida tuleks silmas pidades</p>	<p>Empiiriline uurimistöö</p>	<p>Osales 27 isikut, kelle seas oli nii rinnavähki põdevaid mehi, naisi ning lisaks tervishoiutöötajaid, kes rinnavähki põdevate patsientidega kokku puutuvad</p>	<p>Intervjuud.</p>	<p>Osalejatega viidi läbi intervjuud ning hiljem kuulati lindistused üle ning transkribeeriti.</p>	<p>Vestlustest tuli esile neli teemat: diagnoosimine, diagnoosi avalikustamine, toetus, soospetsiifiline informatsioon. Uuringust selgub, et konkreetsete osalejate ei viivitanud arsti poole pöördumisega, kuid seda tänu oma naistele, kes julgustasid neid seda tegema. Kuuldes oma diagnoosi jäid mehed rahulikumaks, kui naispatsiendid. Reaktsioonist lähtuvalt käituvad aga tervishoiutöötajad erinevalt. Mehed, kes uuringus osalesid, ei varjanud oma diagnoosi, kuid ometi olid neid, kes näiteks hakkasid vältima oma ülakeha paljastamist. Kõige enam pakkus meestele tuge partner. Mmestest osalejad tunnistasid, et on kahju, et nad ei saa oma mõtteid teiste rinnavähi diagnoosi saanud meestega vahetada. Paljud mehed olid pettunud, et puudub neile suunatud infomaterjal. Kätesaadav materjal oli suunatud naistele. Ka tervishoiutöötajad tunnistasid, et peaks olemas olema meestele suunatud materjal.</p>