

Livet efter prostatacancer

En litteraturstudie om mäns upplevelse av
välbefinnande och livskvalitet i samband med och
efter behandling för prostatacancer.

FÖRFATTARE	Hanna Järbrink Malin Samuelsson
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng Examensarbete i omvårdnad Grundnivå VT 2012
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Birgitta Danielsson
EXAMINATOR	Monica Moene

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel (svensk):	Livet efter prostatacancer
Titel (engelsk):	Life after prostate cancer
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng Examensarbete i omvårdnad OM5250
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	22 sidor
Författare:	Hanna Järbrink Malin Samuelsson
Handledare:	Birgitta Danielsson
Examinator:	Monica Moene

SAMMANFATTNING (svenska)

Antalet män som drabbas av prostatacancer i Sverige och i världen ökar, och kommer fortsätta öka markant även i framtiden. Män som erhåller någon form av behandling för sin prostatacancer löper stor risk för att drabbas av biverkningar så som inkontinens, erektil dysfunktion och förlorad manlig självbild, detta kan påverka deras dagliga liv, livskvalitet och välbefinnande. Syftet med denna studie är därför att studera faktorer som påverkar livskvaliteten och välbefinnandet hos patienter som behandlas mot prostatacancer. Syftet är vidare att ta reda på hur männen hanterar livssituationen efter behandlingen. Litteraturstudien innefattar 13 kvalitativa och kvantitativa artiklar samt en avhandling. Alla är publicerade mellan 2002 och 2012. Det framgick i resultatet att impotens var ett mycket stort problem som bidrog till förlorad manlig självbild och osäkerhet hos männen. Inkontinensen blev ett hinder i deras vardag och ledde till social isolering. Författarna har dragit slutsatsen att biverkningar efter prostatacancer kommer att påverka livskvaliteten och välbefinnandet för många män samt att sexualiteten är ett stort bekymmer. Därför bör ämnet diskuteras tidigt i vårdförloppet och på vis förbereda männen fysiskt, psykiskt och emotionellt.

Nyckelord: Prostatacancer, livskvalitet, välbefinnande, sexualitet, inkontinens, manlighet

INTRODUKTION	1
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
<i>Prostatacancer</i>	1
Historik	1
Riskfaktorer	1
Prevention.....	2
Diagnostik.....	2
Behandling.....	3
Radikal prostatektomi.....	4
Aktiv monitorering.....	4
Strålbehandling	4
Hormonell behandling.....	5
Biverkningar	5
Livskvalitet och välbefinnande	6
Vårdteoretisk anknytning	7
Livskvalitet och välbefinnande vid prostatacancer	7
Upplevelse av att leva med prostatacancer	8
PROBLEMFÖRMULERING	9
SYFTE	9
METOD	9
<i>Literatursökning</i>	9
<i>Inklusionskriterier</i>	10
<i>Exklusionskriterier</i>	10
<i>Etiska överväganden</i>	10
RESULTAT	11
FAKTORER SOM PÅVERKAR LIVSKVALITETEN.....	11
<i>Sexualitet</i>	11
Impotens	11
Sexlust.....	12
Intimitet	12
<i>Inkontinens</i>	13
<i>Förlorad manlighet och förändrad självbild</i>	14
<i>Oro</i>	14
HUR HANTERAS LIVSSITUATIONEN EFTER BEHANDLING.....	15
<i>Isolering</i>	15
<i>Hopp, Stöd och tröst</i>	16
<i>Humor</i>	17
DISKUSSION	17
METODDISKUSSION	17
RESULTATDISKUSSION	18
<i>Sexualitet</i>	19
<i>Inkontinens</i>	19
<i>Förlorad manlighet</i>	20
<i>Hantering</i>	20
<i>Slutsats</i>	21
REFERENSER	21

INTRODUKTION

INLEDNING

Prostatacancer är den vanligaste cancerformen hos män och är också en cancerform som ökar i takt med att levnadsstandarden blir bättre i världen. Under verksamhetsförlagd utbildning har författarna stött på problem i omvårdnaden av män som genomgått behandling för prostatacancer. Det är inte omvårdnaden i sig som är bristande, utan kommunikation och information till männen, speciellt angående sexualiteten. I samband med behandling av prostatacancer utsätts männen för en risk att drabbas av en rad olika biverkningar och komplikationer som kan ha en påverkan i det dagliga livet. Vi vill med denna litteraturstudie belysa de faktorer som kan påverka männens livskvalitet och välbefinnande för att öka förståelsen för dem och kunna se till deras behov.

BAKGRUND

Prostatacancer

Prostatan är en liten körtel som normalt rymmer ca 20 ml. Den är belägen framför rektum, runt om urinröret samt fäst in under urinblåsan. Prostatan är inte livsviktig men är essentiell för reproduktionen. Det är inte själva sädesvätskan som produceras i prostatan utan hjälpämnen som bland annat enzymet PSA (prostata-specifikt antigen) som löser upp sperman för att underlätta befruktningen (1).

Cancer i prostatan innebär att det bildas en elakartad tumör i körteln (2), detta är generellt en långsam process vilket kan göra att det dröjer innan man känner av symptom. Symptomen är samma som vid benign prostatahyperplasi (BPH) och är även vanliga för män i allmänhet som är över 50 år. Därmed är dessa inte specifika för just prostatacancer vilket gör att många män ofta söker vård först när allmänna cancersymptom eller när symptom från metastaser uppträder. Symptom som kan förekomma är vattenkastningsbesvär som svag urinstråle och täta trängningar (3) medan allmänna cancersymptom kan vara smärta, långvarig feber, minskad aptit, viktnedgång och personlighetsförändringar (4).

Historik

Prostatacancer är den vanligaste cancerformen hos män och svarar för 30 % av alla diagnostiserade tumörer varje år (5). Drygt 540 000 män runt om i världen insjuknade år 2000 i prostatacancer, det är en kraftigt ökande cancerform och år 2050 tror forskare att 1,2 miljoner nya fall kommer upptäckas per år. Detta tros bero på att standarden i utvecklingsländerna förhoppningsvis kommer att förbättras. Då prostatacancer räknas som en vällivnadssjukdom är sannolikheten stor att fler då kommer att insjukna. Fördelningen av prostatacancer skiljer sig över världen, vanligast är den i norra Europa, Nordamerika och södra Afrika medan den är mer ovanlig i asiatiska länder (6). Knappt hälften av alla män med diagnostiserad prostatacancer dör av sin sjukdom, resterade dör av annan orsak (7).

Risikfaktorer

Risken att drabbas av prostatacancer har till stor del att göra med ålder och ökar väsentligt efter 65 års ålder, medelåldern vid insjuknandet är ca 70 år. Som tidigare nämnts är även etnicitet en riskfaktor (6). För att kunna utveckla prostatacancer behövs det manliga könshormonet testosteron och studier i USA visar att män med högre

testosteronhalt löper högre risk att drabbas av prostatacancer. Samtidigt som forskare vet att testosteronet spelar en stor roll när det gäller uppkomsten av prostatacancer är det oklart på vilket sätt. Risken att drabbas ökar även med åldern då testosteronhalterna hos männen sjunker (7).

Ca 10 % av all prostatacancer idag har en ärftlig faktor. Har individen en far eller bror med diagnosen är risken dubbelt så hög att drabbas. Risken är också stor om flera manliga släktingar har drabbats, speciellt om de var <60 år vid insjuknandet (7).

Trots att arv har en betydande roll vet forskare också att miljö och livsstilsfaktorer kan påverka risken att insjukna. Studier visar till exempel att samiska män löper mindre risk att både insjukna och dö i prostatacancer. De som jobbat som renskötare och sedan byter livsstil för att flytta in till storstaden ökar sin risk att drabbas markant (6). Det har också visat sig att högt kaloriintag och ett högt bodymass index (BMI) skulle kunna vara en bidragande orsak till insjuknandet av prostatacancer (3).

Prevention

Enligt socialstyrelsen är den aktuella forskningen otillräcklig då den inte kan visa på tillräckligt med underlag för att kunna rekommendera olika preventiva åtgärder som kan hindra uppkomsten av prostatacancer. Dock finns forskning som stödjer att rökstopp och ökad fysisk aktivitet samt ökat intag av tomater, vitamin E och selen möjligen kan minska risken att drabbas (5). Läkemedlet finasterid som egentligen används vid BPH har visat sig ha en viss skyddande effekt vad gäller att utveckla prostatacancer. Dock tyder det inte på att finasterid minskar risken för att få lågt differentierade tumörer (8), det vill säga tumörer som är aggressiva med dålig prognos (6). Även acetylsalicylsyra har visat sig ha ett visst skydd mot utvecklandet av prostatacancer (8).

Allmän screening för prostatacancer som skulle kunna vara en preventiv åtgärd är idag inte motiverat då risken är stor att få en så kallad överdiagnostik. Läkare kan då upptäcka prostatacancer hos män som inte annars hade fått några symptom. Detta skapar snarare oro hos patienterna och en risk att överbehandla. Redan idag är antalet upptäckta fall och kurativt syftade behandlingar större än antalet som dör i sjukdomen. Dessutom är det svårt att argumentera för att inte starta en kurativ behandling när det väl ställts en diagnos då det är svårt att veta säkert vilka tumörer som kommer att leda till ett mer allvarligt sjukdomstillstånd. Finns det en hereditet inom familjen att utveckla prostatacancer så är det upp till individen att ta kontakt med sjukvården för konsultation och eventuell påbörjad screening. Sjukvården i Sverige har idag inga krav på sig att ta kontakt med individer som ligger i en högriskgrupp för att drabbas av prostatacancer (8). Genetiken hos prostatacancer är också mycket komplicerad och det går därför inte att testa för en specifik gen som vid exempelvis bröstcancer, därför kan man inte urskilja anlagsbärarna utan får gå efter sjukdomshistorian i slakten (9).

Diagnostik

För att diagnostisera prostatacancer används fyra olika metoder; prostatapalpation, blodprov för PSA, transrektalt ultraljud (TRUL) och biopsi av prostata (8). Dessutom används ett graderingssystem som kallas Gleasonscore. Den baseras på mikroskopiska fynd av biopsier och graderas efter tumörens differentieringsgrad och kan vara ett steg i valet av behandling(9).

PSA är ett enzym som bildas i prostatakörteln av normala prostataceller och som sedan finns i stor mängd i sädesvätskan. En låg halt finns även normalt i blodet, omkring ett mikrogram/liter. Denna halt ökar med åldern eller vid olika sjukdomar i prostatakörteln som inflammation, BPH och prostatacancer. Anledningen till att PSA-värdet i blodet ökar vid prostatacancer är att membranets barriärfunktion försämras och därmed läcker PSA ut i blodbanan. Vid ett förhöjt PSA-värde hos en äldre individ skall åldern vägas in vid diskussion om fortsatt utredning eftersom det då är sällsynt att cancer är botbar samtidigt som den kanske inte hinner bli livshotande för individen relaterat till åldern. Däremot ett lätt förhöjt PSA-värde hos en ung individ skall alltid utredas med misstanke om malignitet då unga aldrig skall ha förhöjda PSA-nivåer. Vid utredning görs även en rektalpalpation av prostatan. Läkaren palperar då prostatakörteln via ändtarmen och kan känna form, resistens och ojämnheter i körteln som kan tyda på maligna fynd (8).

Om dessa två första undersökningar skulle visa på onormala fynd görs ytterligare utredningar i form av TRUL och biopsi av prostatakörteln. Endast TRUL görs för att mäta storleken av prostatan men mycket mer går inte att fastställa (8). För att gå vidare görs istället en ultraljudsledd biopsi av prostatakörteln där kamerainstrumentet förs in via ändtarmen för att kunna visualisera prostatakörteln och provtagningsområdet. Läkaren tar då vävnadsprover från flera olika delar av körteln som sedan analyseras för att se om det finns några cancerceller och vilken differentieringsgrad tumören i sådana fall har. Biopsi av prostatan medför en hög infektionsrisk och patienten får därför antibiotika profylaktiskt i samband med ingreppet (6).

Behandling

En av huvudstenarna vid behandling av prostatacancer är att minska mortaliteten men också att inte överbehandla. Det finns vissa faktorer som ålder, trolig livslängd och det förväntade sjukdomsförloppet som är avgörande för om utredning av prostatacancer skall göras eller inte. Har patienten inte några symtom sedan tidigare är det än mer viktigt med extra eftertanke då vetskapen om en tumör kan skapa mycket oro och sänkt livskvalitet. Om behandling blir aktuellt skall val av behandling baseras på:

- Ålder
- Eventuell ärftlighet
- Eventuella sjukdomar i övrigt
- Patientens förväntade livslängd
- Tumörstadium
- PSA-nivå
- Gleasonscore
- Sexualfunktion och patientens värdering av denna
- Patientens benägenhet att acceptera eventuella biverkningar

Det är viktigt att patienten själv får möjlighet att sätta sig in i och vara delaktig i valet av behandlingsmetod. Nedan följer en beskrivning av de olika behandlingsalternativen för män med prostatacancer (3).

Radikal prostatektomi

Vid en radikal prostatektomi avlägsnas hela prostatakörteln (6). Detta är den mest vanliga kurativa behandlingen som används i Sverige. Ingreppet kan göras på flera olika sätt; som öppen kirurgi, retropubisk eller laparoskopisk. Vid en radikal prostatektomi finns det risk att skada de nerver som styr den erektila funktionen. Det är därför önskvärt att göra en så kallad nervsparande prostatektomi för att kunna behålla viss sexuell funktion. Detta måste dock övervägas gentemot att operationen inte då blir helt radikal vilket medför en risk för patientens framtida hälsa. Inför operationen är det viktigt att patienten är väl informerad om framtida risker för erektil dysfunktion (ED) och dess påverkan på det sexuella samlivet (3). Studier har visat att sexuell funktion efter radikal prostatektomi, förutom om man valt en unilateral eller bilateral nervsparande metod, också beror på preoperativ förmåga och ålder. Forskare har också kommit fram till tre faktorer som är relevanta för möjligheten att bota patienten (9).

- Ju större och mer palpabel tumören är desto större är risken att behandling inte blir radikal
- Med stigande PSA värde ökar risken för att kapselgenomträngning finns.
- Ju högre summa på Gleason score desto större risk för kapselgenomväxt och fjärrmetastasering (9).

Förutsättningen för denna behandlingsform är att patientens förutsatta överlevnad förväntas vara 10- 15 år (3).

Aktiv monitorering

Aktiv monitorering är en behandlingsstrategi för patienter som är i en lågriskgrupp. De får då genomgå regelbundna kontroller för att se tumörens utveckling. För många patienter innebär detta ett symptomfritt liv utan behandling. Skulle tumören bli mer aktiv så inleds kurativ behandling om patienten så önskar. Detta kan liknas med symptomstyrd behandling där patienten inte heller får någon primär behandling utan behandlas först om eller när symtom visar sig. Skillnaden är att patienterna i den här behandlingsgruppen inte påbörjar kurativ behandling utan hormonell. Om patienterna erbjuds aktiv monitorering eller symptomstyrd behandling beror på förväntad livslängd där de som förväntas leva >10 år erbjuds aktiv monitorering (9). Fördelarna med aktiv monitorering och symptomstyrd behandling är många då det går att undkomma biverkningar och komplikationer. Vetskapen om tumören kan dock skapa en stor oro och mycket lidande för individen (6).

Strålbehandling

Strålbehandling är den andra formen av kurativ behandling för prostatacancer som sjukvården kan erbjuda i dagsläget. Studier har visat att strålbehandling och radikal prostatektomi har likvärdiga behandlingsresultat men förutsättningen för ett gott resultat är att cancer är lokaliserad till prostatakörteln. Förutsättningen för kurativ behandling är att patientens förväntade livslängd är 10-15 år. Det finns två alternativ vad gäller val av strålning, extern och brakyterapi (3).

Den externa strålformen är den mest dominerande formen (3). Med extern menas att själva strålningen sker utanför kroppen. Dessutom inkluderas en säkerhetsmarginal utanför körteln på ca 10 mm för att vara säker på att all cancer tas bort. Detta är en

behandling som kan skötas polikliniskt och patienten kan då komma in för behandling och sedan leva sitt liv som vanligt (9).

Brakyterapi är en inre form av strålning och sker genom att läkaren opererar in strålkällor in i prostatan, dessa strålkällor är så kallade seeds/frön eller metallstavar som båda är radioaktiva strålkällor. Fröna opereras in i prostatan permanent och under ca tre månader avger dessa en lokal strålning i körteln (9). Metallstavarna opereras istället in temporärt i prostatan och behandling ges endast vid två tillfällen och ofta med ett par veckors mellanrum. Båda dessa strålbehandlingsalternativ kan ges i kombination med den externa strålningen (3).

Hormonell behandling

Hormonell behandling är inte en kurativ behandlingsform utan syftar till att bromsa upp sjukdomsförloppet (9). Hormonell behandling ges främst till patienter där canceren har metastaserat (2). Det är viktigt att patienten förstår detta innan behandling startas. Skulle patienten senare önska en kurativ behandlingsform går det inte att göra en adekvat bedömning av vilket stadie tumören är i (9). Målet med hormonbehandling är att sänka testosteronvärdet i blodet till en nivå som är densamma som vid kirurgisk kastrering, då testosteronet har en betydande inverkan vad gäller utvecklandet av canceren. Under behandlingen blir testosteronvärdena initialt förhöjda, ca 2-3 gånger normalvärdet, detta bidrar till att patienten blir sämre de första veckorna då tumören gynnas av de förhöjda nivåerna testosteron. Efter ett par veckor upphör stimuleringen helt och testiklarna slutar då att producera testosteron. En kapsel med läkemedlet injiceras i underhuds fett. Det är ett långtidsverkande preparat som byts ut var tredje månad. Behandlingsformen är starkt kopplat med biverkningar som bland annat liknar kvinnans klimakterium (7).

I vissa fall används en kombinationsbehandling för att förhindra den initiala försämringen. Patienten ordinerar då ett läkemedel i tablettform som tillägg under de första veckorna. Detta läkemedel förhindrar stimulering av testosteronet. De flesta läkarna i Sverige anser att kombinationsbehandling på detta sätt har lyckats förbättra överlevnaden (7). Enligt socialstyrelsens nationella riktlinjer för behandling av prostatacancer finns det inget vetenskapligt stöd i att överlevnaden skulle vara högre vid kombinationsbehandling och kan därför inte rekommenderas som behandlingsalternativ (8).

Biverkningar

En av de vanligaste biverkningarna och den som för många män har en stor påverkan på livet är erektil dysfunktion (ED, benämns även synonymt med impotens). Statistiken på hur många som drabbas är svår att tyda och många studier visar på olika resultat, men tydligt är att det är mycket vanligt (9). En patientbaserad studie som gjorts i USA visar att 60-93 % av männen som genomgått radikal prostatektomi och 67-85 % av de som genomgått strålbehandling drabbats av ED. Många sammankopplar inte livskvalitet med ED men i flera studier har män berättat att de förlorat sin självkänsla och känner sig nedstämda över sin situation (10) och enligt socialstyrelsen finns det starkt vetenskapligt stöd för att både erektionsförmåga och den sexuella funktionen påverkas och därmed också livskvaliteten (8).

Vid behandling av prostatacancer är inkontinens en vanlig biverkan som kan leda till sänkt livskvalitet för många män. Detta är vanligare vid vissa behandlingar än andra (9).

Vid hormonell behandling stoppas bildningen av det manliga testosteronet vilket kan leda till biverkningar som svettningar, förlust av könsdrift, impotens, minskad behåring och minskad muskelmassa. För patienter som behandlas en kortare tid blir dessa biverkningar inte så uttalade och för de palliativa och mycket sjuka patienterna kan biverkningarna kännas mer acceptabla. För de som kommer att behandlas under en längre tid kan däremot biverkningarna bli en tung belastning och ha en stor inverkan på deras självbild och livskvalitet (7).

Livskvalitet och välbefinnande

Enligt WHO definieras livskvalitet som: *“Individuals perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns”* (11, sid 1). Livskvalitet kan beskrivas som ett subjektivt och dynamiskt begrepp där individens upplevelse av sin livskvalitet kan variera beroende på välbefinnande för stunden, erfarenheter och händelser. Livskvalitet skall i största möjliga mån beskrivas av patienten själv då det i studier visat sig att det finns stora skillnader i individens och utomstående bedömningar av individens livskvalitet. WHO beskriver även sexuell hälsa som *“Sexual health is a state of physical, emotional, mental and social well-being in relation to sexuality; it is not merely the absence of disease, dysfunction or infirmity. Sexual health requires a positive and respectful approach to sexuality and sexual relationships, as well as the possibility of having pleasurable and safe sexual experiences, free of coercion, discrimination and violence. For sexual health to be attained and maintained, the sexual rights of all persons must be respected, protected and fulfilled”* (12, sid 5). För prostatacancer patienter och människor i allmänhet är den sexuella hälsan starkt sammankopplat med välbefinnande (12).

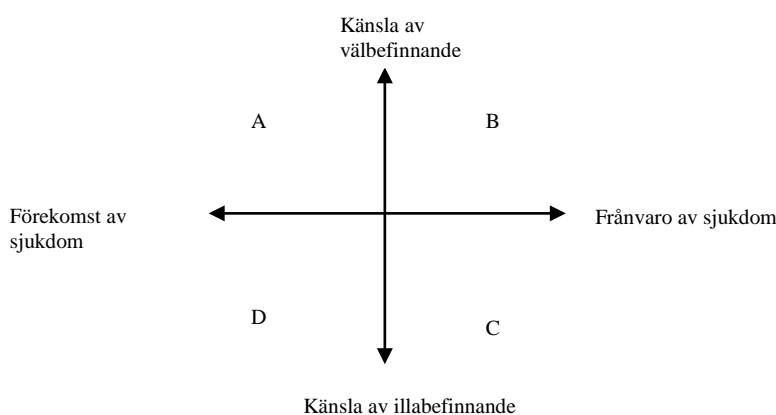
I sjukvårdssammanhang används den nyare termen ”hälsorelaterad livskvalitet” då hälsa är sammankopplat med begreppet livskvalitet. Hälsorelaterad livskvalitet innebär en inriktning på hur individens livskvalitet påverkas av biverkningar och konsekvenser från sjukdom och behandling (13). Mätning av hälsorelaterad livskvalitet brukar bygga på fyra olika komponenter; fysisk, psykisk och social hälsa samt förmågan att utföra dagliga aktiviteter. Ofta innefattar mätningen av livskvalitet också att man uppskattar individens specifika sjukdomssymptom och biverkan av eventuell behandling (13).

- Fysisk hälsa kan innefatta allmäntillstånd, rörlighet och aktivitet
- Psykisk hälsa kan innefatta känslor, stämningsläge, ångest och kognitiv förmåga
- Social hälsa kan innefatta socialt umgänge, personliga relationer och fritidsaktiviteter (13).

Det finns flera olika mätinstrument för att mäta hälsorelaterad livskvalitet. Dessa delas upp i generella och sjukdomsspecifika. De generella kan användas för att jämföra individer i olika sjukdomsgrupper och de specifika kan användas för att jämföra individer med samma sjukdom, som till exempel prostatacancer. De sjukdomsspecifika brukar användas för att mäta vanliga symptom och biverkningar som är specifika för sjukdomen, dessa kallas för ”core questionnaire”. Dessa kan användas ensamma eller med komplimenterande mätinstrument för exempelvis ett symptom. Det finns också en form av mätning som mäter individuell livskvalitet som tagits fram för att kunna se vilka faktorer som individen anser vara viktiga i sitt eget liv. Dessa instrument bygger på definitioner av livskvalitet och vad individen anser vara livskvalitet och hur bra eller mindre bra det stämmer in i dennes aktuella livssituation (13).

Vårdteoretisk anknytning

Enligt Eriksson (14) är välbefinnande en betydande faktor i att ha hälsa. Hon menar att hälsobegreppet består av sundhet, friskhet och välbefinnande då dessa tre komponenter också är synonymer till hälsa som begrepp. Tillståndet välbefinnande kan också beskrivas som att ha en känsla av välbehag eller välmåga. Till skillnad från de andra komponenterna i hälsobegreppet är välbefinnande en subjektiv känsla som infinner sig hos individen, en känsla av välbefinnande. Välbefinnande är ingenting som individen har, utan känner, och ingen utomstående kan veta individens känslor kring begreppet då det är högst individuellt. För att förstå välbefinnande måste också det motsatta begreppet illabefinnande förklaras. Illabefinnande infinner sig hos individen som en känsla av ohälsa. För att vidare förklara hälsa och välbefinnande som individer kan uppleva kan hälsokorset demonstreras:



Figur 1: Hälsokorset K. Eriksson(14, sid 46).

Hälsokorset demonstrerar de olika hälsopositionerna som en individ kan befinna sig i. I situation A har individen en sjukdom men känner välbefinnande, individen har kanske accepterat sin sjukdom och kan känna välbefinnande i livet ändå. I situation B har individen frånvaro av sjukdom och känsla av välbefinnande. I situation C har individen ingen verklig sjukdom men har en känsla av illabefinnande. Dessa individer söker sig till sjukhus för förekomst av olika symptom som de tycker sig ha. I situation D har individen förekomst av sjukdom samt känsla av illabefinnande (14).

Livskvalitet och välbefinnande vid prostatacancer

Män med diagnostiserad prostatacancer står inför ett stort och viktigt beslut när de skall göra sitt val av behandling. Valet behöver vara noga genomtänkt och vägas gentemot individens livskvalitet och värdet av behandling (15). I många fall sänks individens livskvalitet redan vid diagnostillfället då vetskapen om en malign tumör kan vara mycket känslomässigt och psykiskt jobbigt (16).

Eftersom livskvalitet kan beskrivas som hur tillfredsställd individen är med sitt liv som helhet är det viktigt att personen i fråga är medveten om behandlingens bieffekter och kan tänka sig att leva med dessa. Behandlingar för prostatacancer har som tidigare nämnts med sina respektive bieffekter som kan komplicera livet och påverka livskvaliteten. Vad männen tycker har en påverkan på deras livskvalitet skiljer sig från person till person då alla prioriterar olika saker i livet. Vissa har till exempel lättare att

hantera nedsatt sexuell funktion då sex inte har varit av högsta prioritet tidigare i deras liv (15). Andra säger att de inte haft svårt att hantera det på grund av att de varit impotenta redan innan sin behandling. Vissa anser dock att deras brist på sexuell funktion och minskad lust till sexuellt umgänge påverkar livskvalitén och hur de ser på sin egen manlighet (16).

Upplevelse av att leva med prostatacancer

I en självbiografi beskriver Kjell-Olof Feldt och hans fru Birgitta von Otter Kjell-Olofs kamp mot prostatacancer och dess förlopp. Från att få de första symtomen och undersökningarna på vårdcentralen till att välja behandling och ta sig igenom denna. Vidare beskrivs även biverkningarna av behandlingen och de förändringar i livet och vardagen som dessa medför (17).

På en årlig hälsokontroll tas PSA-värde utan att förklaras varför och vad det visar. Ett svar kommer sedan hem på posten som beskriver ett förhöjt PSA-värde. Detta beskrivs tydligt i boken som en stor källa till oro och ångest. Flera läkare ”pratar bort” det förhöjda PSA-värdet och pekar på andra orsaker istället för att gå vidare med ordentlig utredning. Kjell-Olof beskriver läkarnas bortförklaringar till viss del oroslindrande då de får honom att tro på dem men tankarna om cancer låg fortfarande kvar och gnagde i hans undermedvetna. Detta ledde efter en tid till nedstämdhet och lättare depression som påverkade hans livskvalitet. Bland annat ställdes en planerad resa in och många frågor rörde sig i huvudet (17).

När han sedan stod inför undersökningen där läkaren skulle ta biopsier från hans prostata dök existentiella frågor upp som: Vill jag verkligen veta om jag har cancer? För sjukvården var detta en del i utredningen men för honom betydde det mycket mer. All väntan bidrog till mer ångest och han beskriver ett ”cancerspöke” som fanns inom honom. För honom var det också viktigt att få ett avtalat besök där han skulle få beskedet och inte över telefonen. När beskedet sedan visade på cancer i prostatan beskriver han det som ”ett hårt slag i magen” (17).

När Kjell-Olof påbörjade sin hormonbehandling varnade läkaren om två biverkningar och dessa förutsägelser visade sig också stämma. Efter några veckor kände Kjell-Olof av svettningar, kraftiga men korta som kom någon gång i timmen. Han förlorade också sin sexuella funktion och inte bara förmågan utan även lusten. Kjell-Olof beskriver att han kände sig könlös. Även om den sexuella aktiviteten avtagit något på äldre dagar så var den fortfarande en viktig del i deras kärleksfulla förhållande. Att Birgitta var så otroligt förstående och helt och hållet hade accepterat dessa biverkningar var enligt honom den största kärleksförklaringen han kunde få. När sedan strålbehandlingen påbörjades i form av både extern strålbehandling och brakyterapi tillkom även urininkontinens på listan av biverkningar hos Kjell-Olof, många tankar för genom huvudet, hur skulle han nu kunna röra sig ute bland folk? För en mycket arbetsam och aktiv person var detta en rejäl motgång. Kjell-Olof fick lära sig att leva med biverkningarna efter behandlingen och detta påverkade hans livskvalitet och välbefinnande på många sätt, han var nu tvungen att anpassa sig efter sin kropp och dess förmågor (17).

PROBLEMFÖRMULERING

Prostatacancer är den vanligaste cancerformen hos män och ökar runt om i världen. I och med att behandlingsmetoderna utvecklats och blivit bättre så lever många män längre med sin sjukdom. Detta bidrar till att många också lever med biverkningar och komplikationer efter behandlingarna såsom impotens, inkontinens och förlorad manlighet och självbild. Dessa biverkningar har visat sig ha en stor inverkan på männens livskvalitet och välbefinnande.

SYFTE

Syftet med denna studie är att studera faktorer som påverkar livskvaliteten och välbefinnandet hos patienter som behandlas mot prostatacancer. Syftet är vidare att ta reda på hur männen hanterar livssituationen efter behandlingen.

METOD

En litteraturstudie syftar till att forma en överblick av det aktuella kunskapsområdet inom ett visst ämne som författarna har av intresse. Studien baseras på kvalitativ och eller kvantitativ forskning som sökts fram systematiskt i form av vetenskapliga artiklar, rapporter och avhandlingar (18).

Literatursökning

Denna litteraturstudie bygger på vetenskapliga artiklar som är framtagna från två databaser som är rekommenderade av Göteborgs universitet. Den ena är Cinahl som är en databas främst för sökningar gällande omvårdnad och den andra är PubMed som främst är en medicinsk databas. Sökorden är valda efter problemformuleringarna i syftet och sökningen skedde i två omgångar. Vid första tillfället var sökorden "Prostate cancer" och "sexuality" både i Cinahl och PubMed. I en andra sökning i Cinahl så användes sökorden "prostate cancer" och "quality of life". Då författarna fått reda på att en avhandling inom ämnet publicerats i december 2011 eftersöktes denna i Libris genom författarens namn och med en begränsning till endast avhandlingar. Samtliga sökningar gjordes mellan 12-03-27 och 12-04-17. I varje sökning granskades samtliga titlar. Abstrakt lästes sedan igenom i de artiklar som ansågs vara mest relevanta för syftet. Därefter gjordes ett första urval som innefattar de artiklar som lästs i fulltext av båda författarna. Det andra urvalet innefattar de artiklar som stämde överens med det valde syftet och de analyserades för att användas i resultatet. Hela litteratursökningen presenteras i tabell 1.

Tabell 1. Litteratursökning

Databas	Datum	Sökord	Begränsningar	Träffar	Urval 1	Urval 2	Ref.nr
Cinahl	120327	"prostate cancer" AND "sexuality"	Peer reviewd och research article och från 2002	58	7	4	24, 21, 27, 19
Pubmed	120327	"prostate cancer" AND "sexuality"	Från 2002	307	7	5	29, 26, 32, 28, 20
Cinahl	120417	"prostate cancer" AND "quality of life"	Peer reviewd och research article och från 2005	231	8	4	22, 31, 23, 30
Libris	120418	Kick Klaeson	"Avhandlingar"	1	1	1	25

Inklusionskriterier

Sökningarna i Cinahl begränsades med peer- reviewd och research article. I PubMed gjordes ingen begränsning då alla artiklar där är peer-reviewd. Endast artiklar som är skrivna på engelska valdes. Både kvalitativa och kvantitativa studier inkluderades. Studien innefattar artiklar som är publicerade mellan år 2002 och 2012. Resultatet innehåller även en aktuell avhandling inom ämnet.

Exklusionskriterier

De artiklar som står som Review exkluderades då de är sekundärkällor. De artiklar som inte gick att få tag på genom universitetsbiblioteket eller på annat håll exkluderades också på grund av bristande åtkomlighet. Artiklar skrivna före 2002 exkluderades då de ansågs vara för gamla. I den andra sökningen exkluderades artiklar skrivna före 2005 då sökningarna gav för många träffar. Artiklar har även exkluderats efter att de lästs i fulltext på grund av orelevant innehåll för studiens syfte.

Etiska överväganden

Alla artiklarna som utgör resultatet har noggrant granskats av författarna. Alla utom en har också varit godkända av någon form av granskningsnämnd. Författarna anser ändå efter diskussion att alla artiklarna kunde inkluderas. Den artikel som inte nämner någon (19) granskning av granskningsnämnd för ändå en etisk diskussion som författarna anser vara etiskt acceptabel. Resultatet har tagits fram med hjälp av artiklarnas resultat utan egna vinklingar från författarnas sida.

Analys

Efter de artikelsökningar som gjordes påbörjades en analys enligt Fribergs (18) metod för litteraturstudie. En del artiklar exkluderades efter titlarna och abstrakt lästes sedan igenom i de artiklar som tycktes stämma in med det valda syftet. Sammanlagt lästes 219 abstrakt igenom och av dessa valdes 23 artiklar ut för att läsas i fulltext. Dessa lästes noggrant igenom av båda författarna därefter exkluderades ytterligare nio artiklar på

grund av orelevant innehåll. De 14 återstående sammanfattades och stycken ur artiklarna placerades in under olika teman som återkom i flera artiklar. Rubriker skapades sedan utefter de olika teman som tagits ut, två huvudrubriker med tillhörande underrubriker.

RESULTAT

Resultatet bygger på 13 kvalitativa och kvantitativa artiklar samt en avhandling. I tabell 2 presenteras huvudrubriker samt underrubriker som utgör resultatet. I tabellens högra kolumn går att utläsa vilka artiklar de olika underrubrikerna bygger på. Resultatet kommer att presenteras under följande rubriker

Tabell 2. Resultatpresentation

FAKTORER SOM PÅVERKAR LIVSKVALITETEN
Sexualitet
<i>Impotens</i>
<i>Sexlust</i>
<i>Intimitet</i>
Inkontinens
Förlorad manlighet och förändrad självbild
Oro
HUR HANTERAS LIVSSITUATIONEN EFTER BEHANDLING
Isolering
Hopp, stöd och tröst
Humor

FAKTORER SOM PÅVERKAR LIVSKVALITETEN

Sexualitet

Impotens

Nedsatt sexuell funktion var en komplikation som förekom efter alla behandlingarna och har visat sig ha en stark negativ påverkan på männens livskvalitet (20). Även fast individer upplevde olika faktorer som påverkade sexualiteten fanns det gemensamma nämnare. Dessa var impotens eller svårighet att bibehålla erektion, minskad ejakulation, minskad sexlust och otillräcklig tillfredsställelse (19, 21-23).

Att drabbas av impotens väckte mycket känslor hos männen som ilska, frustration och nedstämdhet. Några kände sig helt förkrossade och sökte hjälp för depression (21). En man drabbades av en så svår depression att han hade gjort en suicidalplan för att ta sitt eget liv (19). Några män menade att det inte var den sexuella aktiviteten som var värst att förlora utan förmågan att utföra den, sitt självbestämmande (21). Starkt kopplat till impotensen kom också en känsla av osäkerhet hos männen (24). I Fergus et.al (21) studie menade några män att de valde livet över sex. Livet tog en annan vändning och

kom med en prislapp och priset att betala var sin sexuella funktion. En man beskrev det som:

”hellre ta behandlingen och överleva än behålla prostatan och cancer och få ha sex i två år till och sedan dö”(21, sid 309).

Efter att ha genomgått behandling tycktes den sexuella uppoftningen inte vara så lätt som de först trodde. De såg det mer som en funktion de kunde klara sig utan men insåg efteråt att det snarare var en del av varje mans identitet och livsstil (21).

Liknande resultat presenterades i Klaesons (25) avhandling från 2011. Där menade männen att den sexuella förmågan var en så stor del av livet att när den sexuella förmågan delvis försvann kändes det som att hela livet hotades. Deras syn på dem själva förändrades och likaså deras livsvärld (25). Impotensen bidrog också till skam och nedsatt självständighet, männen kunde uppleva sexuella situationer som pinsamma och därför undvika att försätta sig i dem (20, 24, 25). Impotensen bidrog därför i många fall till att männen helt och hållet slutade att vara sexuellt aktiva eller att de inte hade samlag lika ofta som innan behandlingen (19, 24) vilket kunde upplevas som mycket frustrerande (22).

Sexlust

Minskad sexlust var en annan av biverkning som männen kunde uppleva efter behandling (19, 23, 26). Navon et.al (27) beskrev mäns känslor kring förlorad sexlust. De menade att männen blev bekymrade när de fick veta att behandlingen kunde resultera i sexuell dysfunktion och minskad sexlust. Vissa hoppades på att problemet skulle vara temporärt och andra trodde att de kunde njuta av sex utan erektion. Efter en kort tid förstod de dock att behandlingen inte bara hade försämrat deras förmåga att ha en sexuell relation utan också tagit deras sexlust och fantasier (27).

En man berättade att han fortfarande skulle vilja men då han visste att han inte kunde tappade han lusten till sex (19). Tvärtom upplevde många män att de hade sexlusten kvar men ingen förmåga till att prestera och detta upplevdes som mycket frustrerande vilket bidrog till en lägre livskvalitet (19, 28, 29). De flesta männen hade fortfarande förmågan att bli attraherade (19, 29).

Intimitet

Många män upplevde att mängden ömhet i relationen med sin partner som att hålla handen, kramar och att gosa inte förändrades efter behandling (19). Samtidigt som att de själva inte tog initiativ till att visa ömhet i form av fysisk närhet då de var rädda för att deras beteende skulle tolkas som att de ville ha samlag med sin partner (19, 24, 29).

Klaesons (25) avhandling visade på att intimitet symboliserade en del av den erotiska biten i männens liv. Före sin diagnos och behandling var samlag med sin partner ett sätt att få intimitet. När förmågan till att utföra samlag försvann och därmed också den sexuella tillfredsställelse de var vana vid, kunde männen uttrycka och visa sin sensualitet och uppskattning på andra sätt än tidigare, vilket kunde skapa närhet och intimitet. Intimitet kunde också uttryckas genom den dagliga uppmärksamheten som paren visade varandra (25).

Inkontinens

En stor bieffekt efter prostatacancerbehandling var tarm- och urininkontinens, detta var två tillstånd som påverkade individens livskvalitet och välbefinnande (20, 30). Att läcka från blåsa och tarm gjorde det nödvändigt för männen att använda blöja. Detta gjorde att de fick planera en stor del av sina liv. Innan de gick ut eller skulle gå och lägga sig för natten fick de tänka på vad de åt och drack för att kunna ha någon kontroll över sin mage. De var också väldigt beroende av att alltid ha en toalett nära till hands var de än befann sig (30), detta bidrog för många till frustration över att inte ha kontroll (20). Att planera sitt vardagliga liv utefter detta påverkade männens livskvalitet på så vis att de inte alltid kunde göra de saker de tidigare gjort (30). De män som fick mest problematik med inkontinens efter behandling var de som genomgått olika former av strålbehandling (23, 31). De som upplevde minst besvär efteråt var de som genomgått radikal prostatektomi (23). En studie av Johansson et.al (22) visade på att patienter som valt att vänta ut förloppet och se vad som hände istället för att behandla sin prostatacancer hade mycket mindre besvär med olika former av urinläckage. Till exempel så var det bara ca en fjärdedel av de som valt att vänta jämfört med de som genomgått behandling som hade urinläckage en gång om dagen eller mer. Dock var det fler av de som valt att vänta som hade två eller fler blåstömningar per natt (22).

Urinläckaget kopplat till sexualiteten fick männen att uppleva en känsla av hjälplöshet. Männen upplevde att det fortfarande hade lusten till sex kvar, men blev frustrerade av att inte kunna få en tillräcklig erektion eller att kunna hålla tätt (29). Det förekom också ett oavsiktligt urinläckage vid orgasm hos vissa av männen, även detta var mycket påfrestande för hälften av männen men inte tillräckligt för att sluta ha sex (26).

”Jag kan inte ha en sexuell relation med min fru när min penis läcker urin... jag skäms så och vänder mig om, det är fruktansvärt. Så vill inte längre. Jag skäms för att ligga där i sängen och försöka ha sex med min fru när jag inte kan” (29, sid 91).

Männen i De Moraes Lopes et.al (29) studie berättade att inkontinensen bidrog till rädsla och oro samt besvikelse, inte bara att de svek sin partner utan också familjen, vänner och dem själva. De kände sig hjälplösa på grund av sin inkontinens och det påverkade deras livsstil. En av männen berättade att han tidigare varit mycket aktiv men att han nu drog sig tillbaka på grund av oron över inkontinensen. En annan berättade att han måste förlita sig på andra som kunde hjälpa honom och att det var något av det jobbigaste, att ha varit van vid ett självständigt liv. En tredje beskrev hur han inte kunde dricka något och sedan gå upp för en trappa utan att kissa på sig. De beskrev inkontinensen som en läckande kropp. En man valde att hantera sitt urinläckage med att be andra om hjälp för att han inte skulle behöva resa sig och sedan spendera hela dagen droppandes (29). Dessa situationer som männen ställs inför påverkade deras dagliga liv på många vis och därmed också deras livskvalitet och välbefinnande. Trots detta visade Johanssons et.al (22) studie att ca 35 % av männen som valt behandlingsmetoden radikal prostatektomi eller att vänta ut förloppet ansåg sig ha en hög självskattad livskvalité (22).

Förlorad manlighet och förändrad självbild

Relaterat till impotensen och förändrade kroppar var det många av männen som upplevde en förlorad manlighet och förändrad självbild. Att förlora sin sexuella funktion blev en stor utmaning och förändring jämfört med männens tidigare erfarenheter om sin maskulinitet (20, 21, 24-27). Att förlora sin sexuella förmåga och att därmed få en förändrad syn på sig själv och på sin manlighet var något som kom att påverka männens upplevelse av livskvalitet och välbefinnande till det negativa (20). En man menade att om en mans sexuella funktion var hotad så hotades mannen i sig och att han inte kände sig som en komplett man längre (21). Manlighet kopplades också till ungdomlighet och med en bristande känsla av manlighet förlorade de också sin ungdomlighet, vilket gjorde att detta hade en mycket stor påverkan på männens livskvalitet (25).

Förmågan till spontana erektioner och samlag sågs av männen som ett bevis på manlighet och manlig identitet. Enligt sociala konstruktioner och normer var det mannens roll att vara den som var drivande i sexuella aktiviteter. Och om männen inte klarade av detta så föreföll de vara mindre manliga. Vissa män ansåg däremot att manligheten låg i att kunna tillfredsställa sin partner och inte själva förmågan till samlag. En av männen menade att om han kunde tillfredsställa sin partner på andra sätt så har han lyckats och det är där manligheten låg, att kunna få feedback på det han gjorde (32).

En annan form av bevis på förlorad manlighet ansåg männen vara det faktum att de blivit mer sårbara. Enligt den stereotypa manligheten skall inte män visa känslor och sårbarhet, men dessa män upplevde nu det motsatta. Detta kunde visa sig i form av att de inte var lika aggressiva och inte stod på sig lika mycket vid diskussioner (32).

Det var inte bara impotensen som bidrog till förlorad manlighet. De män som genomgått endokrin behandling kunde uppleva kroppsliga förändringar i form av förstörade bröst, muskelförtviningar, viktuppgång och urin/tarmläckage. Förändringarna av deras kroppar var ett hot mot deras manlighet, det sätt de var vana att presentera sina kroppar på var nu borta. Alla kroppsliga förändringar hos männen gjorde att de formade en ny identitet för att återuppbygga sitt självförtroende (25).

Oro

Hedestig et.al (30) beskrev i sin studie att cancerdiagnosen för många av männen blev en vändning i det liv som de tidigare levt. Många beskriver sina erfarenheter efter behandling som att de tappade kontrollen och fick sedan kämpa för att ta tillbaka den i sin nya livssituation och försonas med tanken på den. Männen sa att det var lättare att försonas och acceptera sina nytillkomna brister om de fått dela det med andra patienter i samma situation. Många utav männen kontaktade andra behandlade patienter när de skulle göra sitt val av behandling. Att välja behandling beskrev de som att välja mellan ”pest eller kolera”. Även om de fick stöd av andra patienter så kände de sig ändå väldigt ensamma i sitt val då de inte diskuterade valet av behandling med sina fruar. Många drogs med tankar av rädsla för spridning av sjukdomen och att sjukdomen skulle bli slutet på livet (30). Trots att många ansåg att det var svårt att välja behandling var det få som efter behandling ångrade sitt beslut (20, 24). De som var mest oroliga var de som hade valt att vänta ut förloppet då oro för att cancers skulle sprida sig fanns (20).

Efter behandling hade männen en stor rädsla och oro för vad deras PSA- värde skulle visa. De beskrev PSA- värdet som ett sätt att ha kontroll över sin sjukdom och något de kunde lita på. På uppföljningskontrollerna efter behandling så tyckte männen att PSA- värdet var det viktigaste att få reda på (20, 30).

HUR HANTERAS LIVSSITUATIONEN EFTER BEHANDLING

Isolering

Männen gjorde tappra försök att dölja det de var med om för alla utom sin läkare och partner. De kamouflerade sig med stora kläder, långa byxor och långärmade tröjor. När vänner frågade dem om deras kläder, viktuppgång eller svettningar så svarade de med olika ursäkter. Detta resulterade också i att de började tacka nej till inbjudningar och spenderade hellre sin tid hemma än ute i en social tillvaro bland vänner och bekanta. De undvek att vara på platser som badhus, stranden eller butiker med omklädningsrum som inte låg helt avskilt (27). En annan anledning till att männen blev isolerade var att de valde att vara själva med sina emotionella upplevelser av det som hänt dem. Detta var en självvald strategi som kunde handla om en ovilja att prata om sina känslor och tankar kopplade till sina besvär efter behandlingen och en rädsla inför sitt fortsatta liv och framtiden (30). Männen sa att detta var deras egna problem och ingen annan skulle ändå förstå hur det kändes. En man sa också att män över lag inte pratade om sina känslor, de led hellre i tysthet och delade inte med sig av sina problem, om det var någon gång som de hade pratat om det så var det i början när de precis fått sin diagnos men de ville själva inte ta initiativet till det utan svarade på frågorna och försökte sedan byta samtalsämne (19).

En man berättade:

”de sexuella problemen är det enda jag inte kan prata om. Ingen verkar heller vilja veta om det. Eller jag menar jag berättar ju inte för alla runt om mig, bara två tre stycken, för det är pinsamt. Du vet man känner sig otillräcklig, jag är inte den jag brukade vara, jag kan inte prestera, så därför går jag inte ut till ställen för att träffa folk. Jag har många vänner och blir bjuden på fester, men jag tackar nej, det hade jag aldrig gjort innan, det är för att jag inte är sexuellt aktiv längre. Mitt sociala liv har verkligen förändrats på grund av detta, för att jag inte kan göra ”det” längre. Jag skulle inte klara att stanna hela natten. Jag tror att det kanske vore annorlunda om folk visste. Då skulle de veta att jag inte var bra i sängen, och är man singel så är det en stor del av livet. Och jag blir inbjuden till festerna men jag går inte för att jag inte kan prestera. Jag brukar säga att det är för att jag är trött, och hitta på någon ursäkt för att slippa gå, och slippa oroa mig” (32, sid 261).

För den här mannen i Gannons et.al (32) artikel var den sexuella förmågan en central roll i hans liv och identitet, och när den sexuella funktionen försvann förlorade han också sin identitet och detta gjorde att han drog sig undan från sitt sociala liv. Pressen på män att prestera sexuellt är beroende på sociala föreställningar och förväntningar (32).

För många blev urinläckaget en stor bidragande faktor till den sociala isoleringen. När de väl tog sig till en fest eller bjudning vågade de inte dricka något själva ifall de inte skulle hinna till toaletten. En del av männen fick börja använda blöja vilket de såg som ett stort hinder i deras vardagliga liv. Många slutade med sina vardagliga aktiviteter då

de inte kände sig trygga. Detta hade en stor påvekans på männens välbefinnande och livskvalitet då de inte kände att de kunde fortsätta sina liv som tidigare (29, 30).

Hopp, Stöd och tröst

Att förlora sin erektionsförmåga var för de flesta av männen den största förlusten och mest stressgivande. Trots detta kände ändå en del av männen en sexlust och detta tyckte de ingav hopp för framtiden. De hoppades att eftersom de fortfarande kände en lust skulle de någon gång få tillbaka sin erektionsförmåga också och kunna genomföra ett samlag. Resterade män såg det istället som en börda att inte kunna göra något åt lusten de kände inom sig (19).

Många män skapade inställningen att skjuta bort påminnelser om sin sexuella dysfunktion och de rekonstruerade delar av sin identitet och avgränsade sex till en tidigare del av deras liv eller såg sig själva som asexuella. Några av männen lyckades med detta genom att begränsa sina sexuella reflektioner till vissa datum som till exempel årsdagen för sitt senaste samlag eller det datum då de började sin behandling. På så sätt kunde de då tänka tillbaka och minnas vid dessa tidpunkter och däremellan gick de vidare med sitt dagliga liv (27).

Ett av de vanligaste sätten att handskas med sin sexuella förlust var att övertala sig själva om att impotens är naturligt och vanligt förekommande hos äldre män och att alla de fysiska förändringarna var värt att offra för att överleva. Vissa kände till och med tröst genom att förvränga de fysiska förändringarna som att krympandet av deras könsorgan var ett tecken på att de hade blivit botade. Detta visade sig dock inte vara tillräckligt (27). Andra män hanterade impotensen genom att finna tröst i att uttrycka en tacksamhet för det de haft tidigare i livet och försökte se bortom detta, istället för att hänga upp sig på vad de inte längre kunde göra kunde de blicka framåt för att hitta andra vägar att uttrycka sin kärlek på (21).

”mitt problemområde, trots att det bara är ett partiellt problem då jag är ensamstående, är den erektila dysfunktionen. Jag har inte haft en erektion sedan efter operationen alls. Informationen som doktorn gav mig fick mig att tro att jag ska vara glad om jag får någon erektion inom ett år efter operationen. Men det beror mycket på åldern också, ju äldre man är desto svårare är det att få erektion, så som jag förstår det försvinner den förmågan med åldern ändå” (32, sid 261).

Av de som hade partner valde flertalet män att inte prata med sin partner om sina sexuella förändringar som de upplevde (19). De som gjorde det och fick stöttning kände sig skyldiga att leva upp till sin partners förväntningar medan de som berättade och fick ett avvisande kände sig tvingade att anpassa sig och bevisa att de fortfarande var kapabla att ta hand om familjen och barnen. Det kunde gå så långt att de gick med på vad som helst deras partner föreslog och låtsades tycka om det. Några löste den stela stämningen genom att sova i skilda sovrum och utvecklade ett helt nytt förhållande till varandra som bästa vänner genom att hålla intimiteten utanför hemmet och samarbetade när det gällde familj och hushållsfrågor (27).

I Tamlyns et.al (19) artikel fick de flesta information innan behandling om förekomst av erektil dysfunktion men att det inte drabbar alla. Andra fick ingen eller bristande

information innan eller efter behandling trots att de själva försökt lyfta frågan. Detta ledde till att männen blev besvikna och frustrerade, en del menade att de kunnat hantera situationen bättre om de från början visste att det kunde bli såhär. Generellt påverkade de sexuella förändringarna männen negativt, men det var olika hur starkt de reagerade. Några män berättade att de inte var oroliga, några att de var arga och frustrerade medan några ansågs sig vara deprimerade. En av männen var så deprimerad att han hade planerat ett självmordsförsök. Samma känsla fanns hos de män som fått information men som istället blev hoppfulla då läkarna sagt att detta inte är fallet för alla, dessa män kände sig också besvikna och frustrerade. Många av männen vittnade om att läkarna inte verkade villiga att diskutera ämnet trots att männen tog upp frågor. En man berättade att när han tog upp frågan innan behandlingen hade läkaren sagt att det inte är hans jobb att se till att han har sexuell funktion utan hans jobb är att rädda hans liv. Alla männen hade velat ha ett samtal om de sexuella förändringarna som är på en realistisk nivå och där männen kunde få ställa vilka frågor de ville utan att det skulle kännas svårt eller pinsamt (19).

Humor

Humor var också en flyktväg för att kunna hantera sin impotens, männen ville inte tycka synd om sig själva utan istället gå vidare (21). Navon et.al (27) beskriver i sin artikel att på samma sätt som männen handskades med sina fysiska kroppsliga förändringar så berättade de sällan om sina sexuella problem för släktingar och vänner. De fortsatte att hänga med i ”manligt snack”, att skämta om impotens och flirta när någon visade intresse för dem. Några kunde till och med skämta om sex på deras eget initiativ när vänner var närvarande för att kunna leva vidare som ”vanliga män”. De erkände dock att de kunde göra sig själva upprörda ibland då de blev påminnda av gamla minnen från tidigare upplevda romantiska stunder och äventyr (27).

”för att vara ärlig så kunde jag inte bry mig mindre. Dessvärre blev min fru förskräckt som du säkert förstår, hon undrade hur jag kunde skratta, och då sa jag: jag har fått det och vad skall vi göra åt saken? Man har två val antingen så får man det eller inte, om man får det så är det tufft, om inte så får man tacka gud. Så det hade ingen effekt på mig” (32, sid 262).

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Att göra en litteraturstudie tyckte författarna var en bra metod för det valda ämnet då målet var att undersöka upplevelser. För att få en blick över det aktuella forskningsläget, inkluderades både kvalitativa och kvantitativa artiklar passade bra i en litteraturstudie.

Sökningarna gjordes i databaserna Cinahl och PubMed. Vid en första sökning användes sökorden ”Prostate cancer” och ”Sexuality” i båda databaserna. I Cinahl fick författarna ett begränsat antal träffar som de valde att gå igenom. I PubMed gavs ett högre antal träffar trots att sökningen begränsats med årtal. Författarna ansåg det rimligt att gå igenom dessa då många kunde exkluderas bara genom att läsa titlarna. Författarna läste igenom resterande artiklars abstract och även där kunde många exkluderas. Då syftet med studien var att undersöka livskvalitet och välbefinnande ansågs det relevant att göra en kompletterande sökning med sökorden ”Prostate cancer” och ”quality of life”.

Sökningen gjordes i Cinahl då det är en databas främst för artiklar inom omvårdnad. Även här fick författarna ett stort antal träffar trots begränsningar till årtal, och många av artiklarna kunde exkluderas genom titlar och abstract. Författarna är medvetna om att sökningarna har gett ett mycket stort antal träffar men har ändå valt att gå igenom dessa då fler begränsningar hade lett till för få träffar och begränsade områden.

Artiklarna i studien är publicerade mellan 2002 och 2012. Eftersom syftet med studien är att undersöka patienters upplevelser och erfarenheter ansåg författarna att tidspannet var rimligt då upplevelser inte förändras med tiden på samma sätt som till exempel medicinsk forskning. I resultatet finns också många nyare studier presenterade.

I studien presenteras artiklar från åtta olika länder: USA, Canada, Brasilien, Sverige, Spanien, Frankrike, Israel och Storbritannien. Att artiklarna är gjorda i många olika länder anser författarna ge en bredd och styrka i resultatet. Då svensk sjukvård innefattar människor från många olika länder och kulturer är studiens resultat applicerbart i den svenska sjukvården.

Under analysen av artiklarna till resultatet gjordes en etisk granskning. Författarna ansåg att alla artiklar hade ett etiskt förhållningssätt och att de genomförts med en professionell metod. Alla artiklar utom en (19) var också granskad av en etisk nämnd vilket stödjer etiken i artiklarna. Den artikel som inte nämner något om granskning, anser författarna ha ett etiskt förhållningssätt och de är för etiska diskussioner i texten. Författarna kan inte utläsa att det skulle vara något oetiskt med artikeln och har därför valt att använda denna som en del i resultatet ändå.

En del av artiklarna innehöll material från andra perspektiv som inte stämde in på syftet. Som exempel tog vissa artiklar upp partnerns upplevelser och avhandlingen handlar också om bröstcancer. Dessa delar har författarna valt att inte ta med i resultatet då de inte var relevant.

RESULTATDISKUSSION

Idag lever många män med prostatacancer. Det är en diagnos som ökar i takt med välfärden runt om i världen (6). Detta fick författarna att vilja undersöka hur dessa män upplever sin livskvalitet och sitt välbefinnande med tanke på de många biverkningar och komplikationer som kan uppkomma i samband med behandling mot prostatacancer.

Förväntningarna inför skrivandet av studien var att impotensen skulle vara ett stort problem efter behandling. Det var först efter analysen av artiklarna som det framgick hur omfattande problemet var och hur mycket det påverkade männens livskvalitet och vardag. Författarna förvånades över att männen i stor mån slutade ha ett aktivt sexliv och vara intima med sin partner. Något som också förvånade var att manligheten gick förlorad hos många av männen. Sexualiteten och erektioner visade sig vara otroligt viktig för dem och ett slags bevis på deras manlighet. Förhoppningen inför studien var att kunna få en bra förståelse för hur komplikationerna efter prostatacancerbehandling påverkade männens livsvärld och välbefinnande. Efter att ha sammanställt resultatet anser författarna att de har fått en tydlig inblick i männens vardag och förståelse för deras upplevelser och känslor. Artiklarna i resultatet har stärkt syftet och kunnat besvara ställda frågeställningar.

Sexualitet

Samtliga artiklar tog upp sexualiteten som ett stort problem efter männens behandling. Impotensen visade sig bidra till ett försämrat självförtroende och i flera fall depressioner. Männerna såg på sig själva på ett annat sätt än tidigare och i vissa fall som en helt annan person och identitet. Det försämrade självförtroendet ledde ofta till rädsla till att ta första steget till intima stunder och för att visa kärlek till sin partner. Detta visade sig skapa en ond cirkel då färre intima stunder ledde till att en del istället utvecklade en vänskapsrelation där de sov i separata sovrum men hade hushållet och familjen gemensamt. Många av männen hade sexlust men kunde inte fullfölja ett samlag vilket skapade en stor frustration och därmed rädslan för att vara intim (19, 23, 24, 28, 29). Sjuksköterskors roll i detta bör vara att öppna upp till samtal och våga prata om sexualitet med patienten. Författarna har av egen erfarenhet märkt att det ute på avdelningarna pratas för lite om sexualiteten och problemen som behandlingen medför. Om det skulle föras mer öppna samtal kring detta skulle det kunna bidra till att patienten har lättare att hantera sin situation och även har lättare att ta upp sina problem med sin partner. Det skulle kunna bidra till en mer öppen hemsituation och en större trygghet i sig själv.

Även om det i alla artiklar framgår att många män anser att den förändrade sexualiteten efter behandling är ett stort problem kan det inte förutsättas att alla känner likadant. I flera artiklar framgår även att en del av männen kan finna sig i sin nya situation. De ser det som en naturlig del av livet och hittar sätt att hantera det (27). Författarnas första tanke var att de som ser impotensen som en naturlig del av livet är de äldre männen men vid närmare eftertanke drogs slutsatsen att det inte är sjuksköterskans roll att bedöma. Det viktigaste är att ta upp frågan med alla berörda för att ge dem en chans att få prata om det.

Enligt Eriksson (14) kan individer trots sjukdom känna olika grader av välbefinnande, detta har tidigare förklarats med hjälp av hälsokorset (14)(se figur 1). Exempelvis var det en man som kände att han hellre blev opererad, riskerade att få tillkommande biverkningar och överlevde än att ha kvar prostatan, sin sexualitet och sedan dö (21). Denna man skulle i hälsokorset befinna sig på position A med förekomst av sjukdom (biverkningar) men med en känsla av välbefinnande. Medan en annan man lika gärna skulle kunna befinna sig på position D med förekomst av sjukdom men med en känsla av illabefinnande.

Inkontinens

Inkontinensen som drabbade många av männen efter behandlingen påverkade dem genom att de var tvungna att planera sina liv på ett annat sätt, de kunde inte vara spontana, de behövde alltid veta vart närmsta toalett fanns, många hade svårt att ha sex då de läckte urin och en del fick använda blöja. Detta ledde till frustration och många upplevde skam och hjälplöshet på grund av sin inkontinens. Några av männen blev sexuellt inaktiva medan en del inte ansåg det vara ett tillräckligt stort problem för att sluta ha sex (20, 26, 29, 30). Som sjuksköterska anser författarna att det finns flera olika sätt att stötta och hjälpa männen som drabbats av inkontinens. Hen bör vara öppen för samtal då många patienter kan tycka det är pinsamt att ta upp frågan själv. Hjälptjänst kan också erbjudas i form av olika inkontinensskydd vilket också kan vara en jobbig fråga för patienten att ta upp själv.

Förlorad manlighet

Förlorad manlighet och förändrad självbild var för många män ett stort problem, speciellt sammankopplat till sexualiteten (20, 21, 24-27). Manlighet som social konstruktion förknippas med vissa normer som självsäkerhet, sexualitet, den drivande delen i det sexuella spelet och den som har kontroll. Många av männen ansåg också att manligheten ligger i det faktum att kunna få en erektion. Det ansågs också vara viktigt att kunna tillfredsställa sin partner. Många tyckte att de endast kunde tillfredsställa sin partner vid samlag och då de inte klarade av detta förlorade de sexlusten och tron på sig själva (32). Författarna tror att detta beror på de sociala konstruktionerna som finns i samhället. Männen känner därmed en press av att de måste leva upp till förväntningar och normer. Många män valde att göra narr av sig själva då de kände sig utanför. Sjuksköterskan har ett ansvar av att behandla alla människor lika utan värderingar kring genus och kön. Det är därför viktigt att se patienten som en person och inte som en kropp. Som sjuksköterska ser författarna att hen skall delge denna känsla till patienten. Han skall kunna känna att han duger som han är och inte behöver prestera efter dessa normer, utan efter sina egna nya förutsättningar.

Förändrad självbild kan leda till att männen ändrar sin identitet och synen på sig själva på olika sätt. Detta kan leda till att den psykiska hälsan som innefattar känslor, stämningsslag och ångest påverkas negativt (13). Författarna tror att en förändrad självbild kan skapa en inre oro hos männen på så sätt att de blir osäkra och rädda att göra människor i sin närhet besvikna. Att konstant ha en känsla av oro och att känna en press inför andra människor till exempel sin partner påverkar den psykiska hälsan och leder till en försämrad livskvalitet.

Hantering

För att hantera sitt sjukdomstillstånd användes olika former av kamouflage och isolering. Att gömma sig i stora kläder och att isolera sig från sociala situationer (27) tror författarna kan kännas som en lättare väg att gå än att prata om sina besvär och berätta om dem för folk i sin omgivning. Eftersom flera av männen hanterade situationen genom att skjuta bort tankarna kring sina problem vill de nog inte heller riskera att någon annan tar upp ämnet och andra sidan är det kanske just det som en del vill, att någon annan tar initiativet och pratar om det.

Den sociala hälsan anses vara en viktig komponent i hälsorelaterad livskvalitet. Isolering av denna form kan därmed påverka den sociala hälsan och livskvaliteten negativt (13). Det känns därför viktigt att försöka stötta männen till ett socialt liv trots motgångar. Det kan också vara en bra början att tipsa om föreningar för män med prostatacancer där de kan prata med andra män i samma situation, detta kan kanske underlätta för att senare ta upp ämnet med sina nära och kära.

Det framgick i resultatet att männen reagerade på väldigt olika sätt vad gäller sin förändrade livssituation. Några kunde finna hopp och en tillfredsställelse över situationen och vara tacksamma för det de tidigare haft. Andra kände ren frustration och en otillräcklighet (19, 27). Det är viktigt för oss som sjuksköterskor att känna till att de kan reagera på många olika sätt för att vi skall kunna bemöta varje enskild man efter hans behov.

Något som förvånade författarna var att det fanns de män som inte fick något stöd från sin partner. En del började sova i separata sovrum då de inte längre delade en intim

relation. Detta kan givetvis bidra till mer osäkerhet och en minskad livskvalitet för dessa män.

Många män kände att informationen angående impotens och sexualitet var bristande från sjukvårdens sida. De hade önskat mer information inför behandlingen om vad som kan ske med kroppen för att kunna hantera situationen efteråt på ett bättre sätt (19). Detta fick författarna att fundera på vart bristerna i sjukvården ligger. Är det läkaren eller sjuksköterskans ansvar att ta upp detta med patienten? Och vem är det i sådana fall som brister i sitt vårdande? Författarna anser att det till viss del är båda parternas ansvar och att man skall arbeta som ett team med god kommunikation för att ge patienten bästa möjliga omvårdnad.

Slutsats

Genom denna litteraturstudie har författarna kunnat dra slutsatsen att män som genomgår behandling mot prostatacancer löper en stor risk att drabbas av biverkningar som kommer att påverka deras välbefinnande och livskvalitet. Den största faktorn angås vara impotens som också ledde till en känsla av förlorad manlighet och en förändrad självbild. Författarna anser att sjuksköterskor som behandlar män med dessa problem kan få en större förståelse för deras situation genom att ta del av denna studie. I dokumentationen används i nuläget sökordet sexualitet mycket sällan vilket är väldigt konstigt med tanke på att dessa män har impotens som ett av sina största problem. Författarna rekommenderar att sjuksköterskan i ankomstsamtalen obligatoriskt skall ta upp frågan om sexualitet för att kunna få en bild av hur viktig sexualiteten var för patienten innan behandlingen och för att kunna se behov av fortsatta samtal och stöd kring ämnet. Det är också viktigt att ta upp det vid ankomsten för att patienten skall få tid på sig att komma med eventuella frågor under vårdtiden. Vid ett samtal kan även broschyr lämnas med information och nummer dit patienten kan vända sig med eventuella frågor. Alternativt skulle även ett uppföljningssamtal kunna bokas in då patienten kan komma med frågor och funderingar.

Förslagsvis kan studier göras som undersöker hur informationen om biverkningar efter prostatacancerbehandling når fram till patienten samt dennes upplevelser av kommunikationsbrister inom detta ämne. Intressant vore också att göra fortsatta studier som innefattar partners upplevelse och känslor av att leva med en man som har prostatacancer.

REFERENSER

1. foundation Pc. About the prostate. [2012; cited 20120404]; Available from: http://www.pcf.org/site/c.leJRIROrEpH/b.5802023/k.B322/About_the_Prostate.htm.
2. Cancerfonden. Prostatacancer. [120104; cited 20120404]; Available from: <http://www.cancerfonden.se/sv/cancer/Cancersjukdomar/Prostatacancer/>.
3. Damber J-E, Pecker R. Urologi. Lund: Studentlitteratur; 2006.
4. Cancerfonden. Symptom och sjukdomstecken. [110209; cited 20120404]; Available from: <http://www.cancerfonden.se/sv/cancer/Vad-ar-cancer/Symtom-och-sjukdomstecken/>.
5. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för bröst-, kolorektal- och prostatacancer: beslutsstöd för prioriteringar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.

6. Adami H-O. Prostatacancer. Stockholm: Karolinska institutet University Press; 2006.
7. Norlén BJ, Schenkmanis U. Prostatacancer. Västerås: Ica; 2004.
8. Sverige S. Nationella riktlinjer för prostatacancersjukvård: medicinskt och hälsoekonomiskt faktadokument. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007. Report No.: 9789185483075, 9185483079 Contract No.: Document Number|.
9. Andersson L, Damber J-E, Nilsson S, Widmark A. Urologisk cancer. In: Ringborg U, Henriksson R, Dalianis T, editors. Onkologi. Stockholm: Liber; 2008.
10. Bokhour BG, Clark JA, Inui TS, Silliman RA, Talcott JA. Sexuality after treatment for early prostate cancer: exploring the meanings of "erectile dysfunction". J Gen Intern Med. 2001 Oct;16(10):649-55.
11. World health organisation. WHOQOL Measuring quality of life. 1997 [updated 1997; cited 20120411]; Available from: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf
12. organisation Wh. Defining sexual health. 2002 [updated 2002; cited 120427]; Available from: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf.
13. Carlsson Mr. Psykosocial cancervård. Lund: Studentlitteratur; 2007.
14. Eriksson K. Hälsans idé. Stockholm: Almqvist & Wiksell; 1993.
15. Albaugh J, Hacker ED. Measurement of quality of life in men with prostate cancer. Clinical Journal of Oncology Nursing. 2008;12(1):81-6.
16. Katz A. Quality of life for men with prostate cancer. Cancer Nursing. 2007;30(4):302-8.
17. Feldt K-O, Otter Bv. I cancers skugga: ett år av förtvivlan och hopp. Stockholm: Ekerlid; 2003.
18. Friberg F. Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. Lund: Studentlitteratur; 2006.
19. Letts C, Tamlyn K, Byers ES. Exploring the impact of prostate cancer on men's sexual well-being. Journal of psychosocial oncology. 2010;28(5):490.
20. Clark JA, Inui TS, Silliman RA, Bokhour BG, Krasnow SH, Robinson RA, et al. Patients' perceptions of quality of life after treatment for early prostate cancer. Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology. 2003;21(20):3777-84.
21. Fitch MI, Gray RE, Fergus KD. Sexual Dysfunction and the Preservation of Manhood: Experiences of Men with Prostate Cancer. Journal of Health Psychology. 2002;7(3):303-16.
22. Johansson E, Steineck G, Holmberg L, Johansson J-E, Nyberg T, Ruutu M, et al. Long-term quality-of-life outcomes after radical prostatectomy or watchful waiting: the Scandinavian Prostate Cancer Group-4 randomised trial. The lancet oncology. 2011;12(9):891-9.
23. Fransson P. Quality of life for members of Swedish Prostate Cancer Patient Associations. Cancer Nursing. 2008;31(1):23.
24. Thornton AA, Perez MA, Oh S, Crocitto L. A prospective report of changes in prostate cancer related quality of life after robotic prostatectomy. Journal of psychosocial oncology. 2011;29(2):157-67.

25. Klaesson K, Omvårdnad, Institutionen för medicin och h, Linköpings u, Hälsouniversitetet. Sexuality in the aftermath of breast and prostate cancer [Elektronisk resurs]: Gendered experiences. Linköping; 2011.
26. Messaoudi R, Menard J, Ripert T, Parquet H, Staerman F. Erectile dysfunction and sexual health after radical prostatectomy: impact of sexual motivation. *International journal of impotence research*. 2011;23(2):81-6.
27. Navon L, Morag A. Advanced prostate cancer patients' ways of coping with the hormonal therapy's effect on body, sexuality, and spousal ties. *Qualitative health research*. 2003;13(10):1378-92.
28. Dahn JR, Penedo FJ, Gonzalez JS, Esquiabro M, Antoni MH, Roos BA, et al. Sexual functioning and quality of life after prostate cancer treatment: considering sexual desire. *Urology*. 2004;63(2):273-7.
29. de Moraes Lopes MHB, Higa R, Cordeiro SN, Rodrigues Estapê NA, Levi D'ancona CA, Turato ER. Life experiences of Brazilian men with urinary incontinence and erectile dysfunction following radical prostatectomy. *Journal of wound, ostomy, and continence nursing : official publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society / WOCN*. 2012;39(1):90-4.
30. Hedestig O, Sandman P-O, Tomic R, Widmark A. Living After External Beam Radiotherapy of Localized Prostate Cancer. *Cancer Nursing*. 2005;28(4):310-7.
31. Pardo Y, Guedea F, Aguiló F, Fernández P, Macías V, Mariño A, et al. Quality-of-life impact of primary treatments for localized prostate cancer in patients without hormonal treatment. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2010;28(31):4687-96.
32. Gannon K, Guerra-Blanco M, Patel A, Abel P. Re-constructing masculinity following radical prostatectomy for prostate cancer. *The aging male : the official journal of the International Society for the Study of the Aging Male*. 2010;13(4):258-64.

Bilaga 1

Författare	Jack A. Clark, Thomas S. Inui, Rebecca A. Silliman, Barbara J. Bokhour, Steven H. Krasnow, Richard A. Robinson, Monica Spaulding och James A. Talcott
År	2003
Titel	Patients' perception of quality of life after treatment for early prostate cancer
Tidskrift	Journal of clinical oncology
Land	USA
Syfte	Undersöka psykosociala faktorer/ biverkningar efter tidigt diagnostiserad prostatacancer
Urval	349 män med tidigt diagnostiserad prostatacancer som hade erhållit behandling de senaste 12 till 48 månaderna valdes ut tillsammans med 398 personer i en referensgrupp ingick i studien
Metod	Kvantitativ studie där frågeformulär skickades ut till männen. Svaren jämfördes sedan i skalor för livskvalitet och symptomindex för att skapa tabeller.
Antal referenser	24
Referensnummer	19

Författare	Karen D. Fergus, Ross E. Gray och Margaret I. Fitch
År	2002
Titel	Sexual dysfunction and the preservation of manhood: Experience of men with prostate cancer
Tidskrift	Journal of health psychology
Land	Canada
Syfte	Att presentera en kvalitativ studie om mäns erfarenheter om förlorad sexual funktion efter behandling för prostatacancer
Urval	18 män mellan 57 och 75 år som fått prostatacancer diagnos för minst ett år sedan.
Metod	Kvalitativ studie med semistrukturerade djupintervjuer med öppna frågor som var designade för att beröra specifika områden. Analysen är gjord med en konstant komparativ metod för att utveckla en grundad teori.
Antal referenser	41
Referensnummer	20

Författare	Cindy Letts, Karren Tamlyn och E. Sandra Byers
År	2010
Titel	Exploring the impact of prostate cancer on men's well-being
Tidskrift	Journal of psychosocial oncology
Land	Canada
Syfte	Bättre förstå prostatacancer och hur behandlingar påverkar en mängd olika aspekter av mäns sexuella välbefinnande
Urval	19 män som var mellan 49 och 74 år som alla hade genomgått behandling mellan ett och fem år tillbaka
Metod	Deltagarna fick först fylla i ett frågeformulär som följdes av en intervju. Analysen av data skedde genom så kallad "framework analysis"
Antal referenser	44
Referensnummer	21

Författare	Eva Johansson, Gunnar Steineck, Lars Holmberg, Jan- Eric Johansson, Tommy Nyberg, Mirja Ruutu och Anna Bill- Axelsson
År	2011
Titel	Long term quality of life outcomes after radical prostatectomy or watchful waiting: the Scandinavian prostate group-4 randomised trial
Tidskrift	The Lancet
Land	Sverige
Syfte	Att undersöka hur män anser att deras livskvalitet förändras efter antingen radikal prostatektomi eller att ha väntat ut behandling samt att identifiera psykiska och fysiska faktorer som är av stor vikt
Urval	166 män alla under 75 som diagnostiserats med lokaliserad prostatacancer med en förväntad överlevnad på över tio år
Metod	Kvantitativ där männen fyllde i ett frågeformulär med frågor som utforska psykiska symptom, välbefinnande och livskvalitet med hjälp av en sju gradig visuell digital skala. Dataanalysen gjordes efter "intention-to-treat (ITT) metoden.
Antal referenser	30
Referensnummer	22

Författare	Per Fransson
År	2007

Titel	Quality of life for members of Swedish prostate cancer patient associations
Tidskrift	Cancer nursing
Land	Sverige
Syfte	Att utvärdera livskvaliteten hos patienter som är medlemmar i PCPAs
Urval	1301 medlemmar i föreningen i Sverige med prostatacancer
Metod	Två frågeformulär fylldes i, ett som handlade om prostatacancersymptom och ett som handlade om livskvalitet. Data sammanfattades genom att använda sig av medelvärde och standardavvikelser
Antal referenser	27
Referensnummer	23

Författare	Andrea A. Thornton, Martin A. Perez, Sidy Oh, Laura Crocitto
År	2011
Titel	A prospective report of changes in prostate cancer related quality of life after robotic prostatectomy
Tidskrift	Journal of psychosocial oncology
Land	USA
Syfte	Undersöka skillnader i kognitiva, emotionella och mellanmänniska faktorer i prostatacancer relaterad livskvalitet
Urval	71 män mellan 49 och 82 år som är diagnostiserade med lokaliserad prostatacancer som skall göra en radikal prostatektomi
Metod	Kvantitativ studie med frågeformulär som männen självständigt fyllde i. Svaren analyserades sedan efter skalan PCQoL. Samma frågeformulär fylldes sedan i tre månader och ett år efter operationen
Antal referenser	16
Referensnummer	24

Författare	Kicki Klaeson
År	2011
Titel	Sexuality in the aftermath of breast and prostate cancer, gender experiences
Tidskrift	Linköping University medical dissertations
Land	Sverige

Syfte	Att beskriva sexualiteten och det som påverkar den, inom två cancergrupper.
Urval	Kvinnor med bröstcancer och män med prostatacancer i alla stadier av sjukdomen erbjöds att vara med. De var mellan 45 och 65 år gamla. Sammanlagt deltog 46 personer i studien.
Metod	Studien är kvalitativ med fenomenologiska intervjuer och fokusgrupper. I de fenomenologiska intervjuerna använde man sig av EPP metoden och i fokusgrupperna ”qualitative kontent analysis”
Antal referenser	121
Referensnummer	25

Författare	R Messaoudi, Menard, T Rippert, H Parquet F Staerman
År	2011
Titel	Erectile dysfunction and sexual health after radical prostatectomy: impact of sexual motivation
Tidskrift	International journal of impotence research
Land	Frankrike
Syfte	Att fastställa den påverka radikal prostatektomi har på patienters sexuella hälsa och tillfredsställelse
Urval	63 patienter som genomgått radikal prostatektomi. Medelåldern på männen var 63,9 år.
Metod	Först fick männen fylla i ett frågeformulär med demografisk data och sedan skedde en konsultation där data samlades in angående upplevelser kring sexualiteten. För analysen användes chitvåfördelning och ANOVA.
Antal referenser	30
Referensnummer	26

Författare	Liora Navon och Amira Morag
År	2003
Titel	Advanced prostate cancer patient´s ways of coping with the hormonal therapy´s effect on body, sexuality and spousal ties
Tidskrift	Qualitative health research
Land	Israel
Syfte	Utvärdera copingstrategier som används av patienter med prostata cancer som erhåller hormonbehandling för att lära mer om deras erfarenhet om eventuella lösningar på deras icke-medicinska behov

Urval	15 patienter som är mellan 57 och 85 år gamla och som har avancerad prostatacancer och erhåller hormonbehandling för den.
Metod	Kvalitativ studie med djupintervjuer gjordes i patienternas hem i två omgångar och pågick under två timmar varje gång. Dataanalysen är gjord efter en konstant komparativ metod
Antal referenser	44
Referensnummer	27

Författare	Jason R. Dahn, Fank J. Penedo, Jeffery S. Gonzales, Maria Esquiabro, Michael H. Antoni, Bernard A. Roos och Neil Schneiderman
År	2003
Titel	Sexual functioning and quality of life after prostate cancer treatment: considering sexual desire
Tidskrift	Elsevier
Land	USA
Syfte	Att undersöka sambandet mellan sexlust, sexuell funktion och livskvalitet hos män som nyligen behandlats för prostatacancer
Urval	91 män som behandlats inom de senaste 18 månaderna, de var 45 år eller äldre och vara i ett förhållande
Metod	Männen fick först fylla i demografisk data och sedan genomfördes telefonintervjuer. Hierarkisk multipel regressionsanalys användes för att utvärdera sambanden mellan livskvaliteten, sexuell funktion och sexlust.
Antal referenser	21
Referensnummer	28

Författare	Maria Helena Baena de Moralez Lopez, Rosângela Higa, Sílvia Nogueira Cordeiro, Nuri Aparecida Rodeigues Estapê, Carlos Arturo Levi D' Ancona, Egberto Ribeiro Turato
År	2012
Titel	Life experiences of brazilian men with urinary incontinence and erectile dysfunction following radical prostatectomi
Tidskrift	J Wound ostomy continence nurses society (J WOCN)
Land	Brasilien
Syfte	Att utforska den psykosociala meningen och påverkan på livsstilen kopplat till den erektila dysfunktionen och inkontinensen efter radikal prostatektomi

Urval	Tio män från Brasilien som genomgått prostatektomi
Metod	Kvalitativ studie som använt sig utan semistrukturerade frågor. Varje man spelades in en gång. Data från intervjuerna delades in i teman för att bygga resultatet.
Antal referenser	23
Referensnummer	29

Författare	Oliver Hedestig, Per- Olof Sandman, Radisa Tomic och Anders Widmark
År	2005
Titel	Living after external beam radiotherapy of localized prostate cancer
Tidskrift	Cancer nursing
Land	Sverige
Syfte	Att få en djupare förståelse för hur män lever efter behandling av lokaliserad prostatacancer
Urval	Tio män som var mellan 61 och 69 som hade behandlats för lokaliserad prostatacancer. Urvalet skedde genom en databas som innehöll registreringar av patienter med prostatacancer i norra Sverige
Metod	Männen genomgick narrativa intervjuer i deras hem som var mellan 35 och 60 minuter långa. Datan analyserades genom en kvalitativ kontentanalys
Antal referenser	35
Referensnummer	30

Författare	Yolanda Pardo, Ferran Gueda, Ferrán Aguílo, Pablo Fernández, Victor Macías, Alfonso Marino, Asunción Hervás, Ismael Herruzo, Maria José Ortiz, Javier Ponche de León, Jordi Craven- Bratle, José Francisco Suárez, Ana Boloderas, Ángels Pont, Adriana Ayala, Gemma Sancho, Evelyn Martínez, Jordi Alonso och Monstserrat Ferrer.
År	2010
Titel	Quality of life impact of primary treatment for localized prostate cancer in patients without hormonal treatment
Tidskrift	Journal och clinical oncology
Land	Spanien
Syfte	Att jämföra de mest förekommande behandlingarnas påverkan på livskvaliteten på de patienter som inte får hormonbehandling

Urval	435 män som blev behandlade med radikal prostatektomi, strålbehandling och brachyterapi.
Metod	Livskvaliteten skattades med hjälp av indexen: "short form 36" och "The extended prostatecancer index composite" innan och efter behandlingen. Analysen
Antal referenser	36
Referensnummer	31

Författare	Kenneth Gannon, Monica Guerro- Blanco, Anup Patel och Paul Abel
År	2010
Titel	Re- constructing masculinity following radical prostatectomy for prostate cancer
Tidskrift	Informa health care
Land	Storbritannien
Syfte	Denna studie vill undersöka hur män återuppbygger manlighet efter radikal prostatektomi för att behandla prostatacancer
Urval	Sju män valdes ut från en urologmottagning, de hade alla genomgått en radikal operation för lokaliserad prostatacancer, att de inte hade några andra sjukdomar som påverkar sexualiteten
Metod	En kvalitativ studie där männen intervjuades på sjukhuset mellan 45 min upp till två timmar. Intervjuerna var semistrukturerade. Analysen är gjord efter männens erfarenheter och presenteras i form av citat.
Antal referenser	21
Referensnummer	32