



SAHLGRENKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

EREKTIL DYSFUNKTION EFTER PROSTATEKTOMI

— medelålders mäns upplevelser

Tobias Andersson & Malin Steinhof

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet/ Examensarbete i omvårdnad
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Vt 2019
Handledare:	Ivan Castillo
Examinator:	Linda Berg

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Titel (svensk):	Erekttil dysfunktion efter prostatektomi – medelålders mäns upplevelser
Titel (engelsk):	Erectile dysfunction after prostatectomy – middle age men's experience
Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet/ Examensarbete i omvårdnad
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Vt 2019
Författare	Tobias Andersson och Malin Steinhof
Handledare:	Ivan Castillo
Examinator:	Linda Berg

Sammanfattning

Bakgrund: Prostatacancer är den vanligaste cancerformen som drabbar män i hela världen och sjukdomen förväntas öka i Sverige. Ett kirurgiskt behandlingsalternativ är prostatektomi då hela prostatakörteln avlägsnas. En vanlig komplikation av prostatektomi som kan uppstå postoperativt är erektil dysfunktion. Den erektila dysfunktionen påverkar männens fortsatta liv på olika sätt framöver och kan leda till ett personligt lidande. **Syfte:** Belysa mäns upplevelser angående att drabbas av erektil dysfunktion efter prostatektomi vid prostatacancer i åldersgruppen 45–65 år. **Metod:** En litteraturstudie användes för att undersöka upplevelser av erektil dysfunktion med tio kvalitativa respektive tre kvantitativa artiklar. Artiklarna analyserades mot syftet och genererade ett resultat. **Resultat:** Personliga upplevelser kring erektil dysfunktion varierar med en känsla av förlust, försämrade självuppfattning och sexuell funktion. Detta kan relateras till sociala förväntningar och normer. Männens upplevelser av erektil dysfunktion som genant att samtala om. Preoperativt upplevde männen en brist kring kommunikationen gällande postoperativa komplikationer. Det gav upphov till missuppfattningar kring framtida erektila komplikationer och dess inverkan på känslolivet. Postoperativa upplevelser härleddes till bristande spontanitet där de realistiska förväntningarna blev ofullständiga, samtidigt som användandet av hjälpmedel kunde påverka männen positivt. **Slutsatser:** Det finns en brist kring riktad forskning till medelålders män som lider av erektil dysfunktion efter en prostatektomi. Medelålders män försvinner i ett större kluster av prostatacancerdrabbade män. Männens behöver bli mer delaktiga i sin vård för att komma till insikt om hur erektil dysfunktion kan påverka deras vardag samt hur de ska förhålla sig till sina känslor i lidandets olika faser.

Nyckelord: Prostatektomi, erektil dysfunktion, prostatacancer, sexualitet, självuppfattning, upplevelser, maskulinitet och medelålders män 45–65 år.

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	1
Prostatacancer.....	1
Behandlingsalternativ av prostatacancer	1
Erekttil dysfunktion samt andra vanligt förekommande komplikationer	2
Patienternas upplevelser av erektil dysfunktion	3
Sjuksköterskans roll pre- och postoperativt.....	3
Omvårdnadsteoretisk referensram	4
Problemformulering	5
Syfte	6
Metod	6
Sökmetoder.....	6
Urval	6
Analysmetod.....	7
Forskningsetiska avvägande	7
Resultat.....	8
Personliga upplevelser kring erektil dysfunktion	9
Känsla av förlust.....	9
Försämrade självkänsla, självförtroende och självbild	10
Upplevelser av skam	10
Sociala förväntningar och normer	11
Erfarenheter kring att få information gällande erektil dysfunktion.....	11
Männens behov av att få information.....	11
Bristande och rutinmässig information	12
Begränsning till reflektion och personliga uttryck	12
Upplevelser kring postoperativ behandling.....	12
Behov av kunskap och samtalsstöd med sjuksköterska	12
Förbättrad självkänsla	13
Realistiska förväntningar kring erektil dysfunktion.....	13
Brist på spontanitet.....	14
Heterosexuellt perspektiv riktat mot en typ av man.....	14
Diskussion	14
Metoddiskussion.....	14
Resultatdiskussion	16

Tabubelagt ämne	16
Information och delaktighet	17
Rehabilitering ur ett normativt perspektiv	18
Manlighet och maskulinitet.....	19
Männens lidande kring erektil dysfunktion.....	20
Kliniska implikationer för omvårdnad	20
Vidare forskning	21
Konklusion	21
Referenslista	22
Bilaga 1: Söktabeller	
Bilaga 2: Mall för bedömning av relevans	
Bilaga 3: Mall för kvalitetsgranskning för kvalitativa studier	
Bilaga 4: Mall för kvalitetsgranskning för kvantitativa studier	
Bilaga 5: Översiktstabell av valda artiklar	
Bilaga 6: Analysschema för temaindelning	

Inledning

Att drabbas av prostatacancer och genomgå en prostatektomi är något som vi båda har stött på, både privat och inom vården som yrkesverksamma undersköterskor. Det som hänförde oss mest var hur lite vårdpersonal, anhöriga och de drabbade männen pratar om erektil dysfunktion. Mustaschkampen är en årlig kampanj som syftar till att öka allmänhetens kunskap kring prostatacancer. Fokus ligger på diagnos och forskning men trots detta berörs inte följderna av en eventuell behandling (Prostatacancerförbundet, 2018). Emotionella aspekter relaterat till erektil dysfunktion belyses inte. Om inte mustaschkampen belyser detta ämne, vem skall då göra det? Det är många som drabbas och det behandlar ett ämne som ännu ses som tabubelagt att prata om i vårt samhälle och kan leda till att männen lider i tystnad. Därav, är det av vikt för omvårdnadsforskningen att få kännedom om hur dessa mäns vardagsliv påverkas och vilka konsekvenser det kan få för deras självkänsla och självbild.

Bakgrund

Prostatacancer

Prostatacancer är den vanligaste cancerformen som drabbar män i världen (Partridge, 2011). I Sverige har antalet som insjuknat under de senaste 35 åren ökat och en tredjedel av alla cancerfall hos män är prostatacancer (Socialstyrelsen, 2018a). Orsaken till den ökade prevalensen är en åldrande befolkning. En av åtta män ligger i riskzonen att drabbas av sjukdomen innan de fyllt 75 år (Socialstyrelsen, 2018a). Sverige hör till de länder som har högst förekomst av prostatacancer och sjukdomen är sällsynt innan 50 års ålder. Över 20 % av svenska män som är 80 år eller äldre har sjukdomen och hälften av alla män som obduceras har tecken på prostatacancer. Fler män dör därmed med sjukdomen än av den (Bratt, Myhrman & Thulin, 2016).

Prostata-specifikt antigen (PSA) är ett ämne som produceras i prostatakörteln och utsöndras i sädesvätskan (Socialstyrelsen, 2014a). Vid en inledande undersökning mäts PSA-koncentrationen i blodet, som en indikator på om det föreligger cancer. Efter ett PSA-prov svar som påvisar förhöjning finns det riktlinjer för vidare behandling beroende på koncentrationen och symtombilden (Socialstyrelsen, 2014b). PSA-testning har utvidgats inom sjukvården och män lever idag längre med sin cancerdiagnos än tidigare, detta till följd av förbättrade behandlingsmetoder (RCC, 2019). I Sverige har Socialstyrelsen (2014b) utarbetat nationella riktlinjer för när PSA-testning är motiverat. Under 2018 beslutade Socialstyrelsen att inte införa ett allmänt screeningprogram med hänvisning till att de negativa effekterna inte överväger de positiva av att få ett cancerbesked (Socialstyrelsen, 2018b). Om patienterna inte uppvisar några symtom kan ett besked leda till onödigt lidande (RCC, 2019).

Behandlingsalternativ av prostatacancer

Vid val av behandling av prostatacancer skall patientens önskemål utgöra grunden för vidare utredning. Behandlingsalternativen styrs av mannens ålder, tumörens stadium samt aggressivitet och om det föreligger spridning till andra vävnader utanför prostatan (Karolinska Institutet, 2008).

Vid ett kirurgiskt ingrepp, radikal prostatektomi, avlägsnas hela prostatan, sädesblåsorna och urinblåsan sys ner till urinröret på bäckenbotten. Ingreppet genomförs antingen genom en öppen eller laparoskopisk titthålsoperation (Adding, Nilsson, Hosseini, Carlsson, Endler & Wiklund., 2012). Val av operationsteknik har enligt tidigare studier ingen inverkan vad gäller det onkologiska eller funktionella resultatet (RCC, 2019). Operationstekniken, radikal prostatektomi, benämns som en "golden standard" procedur med målet att bota patienten från cancersjukdomen samt bibehålla urin- och erektionsförmågan (Adding, et. al., 2012). Enligt Hugosson, Stranne och Carlsson (2011) är operationstekniken säker och ger en lägre risk för biverkningar förutom sett till erektil dysfunktion, det vill säga avsaknad av erektionsförmåga tillika impotens.

Vid icke botbar cancer eller om canceren är spridd, är ett av behandlingsalternativen hormonell behandling (Karolinska Institutet, 2008). Behandlingen syftar till att minska tumören och öka patienternas livskvalitet. Det manliga könshormonet testosteron behövs för att canceren skall kunna växa. Testosteronet hämmas därför via läkemedel med hjälp av en injektion och tabletter, antiandrogener. Läkemedlen ges oftast i kombination och syftar till att minska testosteronets effekt, så kallad medicinsk kastrering (Gourdin, 2019). Även kirurgisk kastrering, det vill säga avlägsnandet av testiklar, kan bli aktuellt då dessa producerar testosteron. Om canceren är spridd eller om patienterna inte avlider av en annan sjukdom kommer canceren troligtvis blomma upp igen, trots hormonbehandlingen (Bratt et al., 2016). Komplettering med cytostatika kan användas om patientens allmäntillstånd tillåter, då i smärtlindrande eller i ett palliativt syfte. Vid osäkerhet om behandling är nödvändig kan aktiv monitorering användas, som innebär att tumörens utveckling följs upp i flera år. Vid förändring av tumörens utveckling gör läkaren ett ställningstagande om aktiv monitorering skall övergå i kurativ behandling i samråd med patienten (Karolinska Institutet, 2008).

Om tumören inte har spridit sig, är de rekommenderade behandlingarna strålbehandling eller kirurgiskt ingrepp (Karolinska Institutet, 2008). Strålbehandlingen genomförs med yttre eller inre strålning. Behandling med yttre strålning pågår varje dag i upp till åtta veckor. Inre strålning använder radioaktiva isotoper som förs in i eller placeras invid prostatan vid ett till två tillfällen (Bratt et al., 2016).

Erektil dysfunktion samt andra vanligt förekommande komplikationer

Nationella prostatacancerregistret (RCC, 2017) genomförde mellan 2007 och 2016 en enkätundersökning med cirka 5100 män med en prostatacancerdiagnos, som senare genomgick operation eller strålbehandling. Resultatet påvisade de vanligaste komplikationerna; tarmsymtom 1 %, urinläckage 12 % och svår erektil dysfunktion 82 %.

Efter radikal prostatektomi är urininkontinens och erektil dysfunktion de vanligaste komplikationerna. Bevarandet av nerverna i anslutning till prostatan är avgörande för komplikationsrisken. Läkaren skall innan operation väga in ålder, cancerens utformning samt den preoperativa erektionsförmågan tillsammans med patienten. För att vidare bestämma vilken nervsparande teknik, uni- eller bilateral teknik, som skall användas. Det är de närliggande nerverna, vid prostatan, som styr erektionsförmågan och påverkar urinblåsan som kan komma att skadas vid en operation. (RCC, 2017).

Efter operation får patienten en urinkateter i cirka en till två veckor. När urinkatetern tas bort har de flesta urinläckage under de första veckorna. Läckaget avtar successivt, dock är ålder en bidragande faktor till om besväret är kvarstående eller inte (RCC, 2019). Enligt RCC (2017) är det 12 % som har bestående urinläckage ett år efter operationen.

Rekommendationerna är att hela nervknippet avlägsnas vid hög risk för spridd cancer, vilket kan leda till erektil dysfunktion. Enligt RCC (2019) kommer det vid bilateral teknik bli bestående erektionsbesvär. Det påvisades i RCC kvalitetsrapport från 2017 års sammanställning av omfattningen av problematiken. 82% av alla män som genomgått en radikal prostatektomi hade besvär ett år efter operationen av erektil dysfunktion. Patienter som genomgår prostatektomi bör räkna med erektionsbesvär, dock kan erektionsbesvären gå tillbaka om nerverna inte skadats under operationen. I anslutning till prostatektomi är urinvägsbesvär, gasbildning och lös avföring samt blödning från ändtarmen vanliga biverkningar. Kvarstående komplikationer är erektil dysfunktion, trängningsbesvär och hematuri (RCC, 2019).

Patienternas upplevelser av erektil dysfunktion

När glädjen över att ha överlevt cancer har lagt sig och urininkontinensen har upphört kommer männens uppmärksamhet riktats mot erektil dysfunktion (Partridge, 2011). Prostatacancer är den vanligaste icke-smittsamma sjukdomen som har mest inverkan på livskvaliteten sett till de biologiska, sociala och psykosociala faktorerna. Män som genomgått en prostatektomi upplever en osäkerhet kring hur deras tillfrisknande kommer se ut och de har en rädsla att drabbas av erektil dysfunktion. Vilket i sin tur leder till att männen oroar sig för framtiden (De Oliveira, Lavinhas Santos, Rocha, Batista Braga & Alves e Souza, 2014).

Enligt De Oliveira et al. (2014) upplever 75 % av de män som genomgått en prostatektomi en ökad oro och stress till följd av erektil dysfunktion. Den erektila dysfunktionen medförde en minskad upplevd manlighet hos männen och gav en förändring sett till deras sexualliv. Det uppstod en rädsla kring att tappa förmågan att tillfredsställa sin partner, som i sin tur skapade en oro för att bli lämnad. Den erektila dysfunktionen skapade även obehagskänslor då det kan uppstå urinläckage under samlag samt att orgasmen blev fördröjd och utlösningen upphör. Därutöver upplevde män med erektil dysfunktion en frustration över de behandlingsmöjligheter som fanns. Bratt et al. (2016) menade att läkemedelsbehandlingen bidrog till att männen blev fixerade kring sin oförmåga till erektion och gav upphov till prestationsångest.

Sjuksköterskans roll pre- och postoperativt

Sjuksköterskan har en avgörande roll för patienterna vad gäller förberedelser inför prostatektomin. Då sjuksköterskan har ett holistiskt synsätt och tillbringar mest tid tillsammans med patienterna får hen ett stort förtroende. Sjuksköterskan blir då den som har ansvaret att beröra frågor kring erektil dysfunktion tillsammans med patienterna (Kaplan & Pacelli, 2011). Sjuksköterskan skall ge saklig och korrekt information om prostatektomin och erektil dysfunktion. Om information ges både muntligt och skriftligt till patienterna, under mer än ett tillfälle, ökar deras förmåga att hantera de postoperativa komplikationerna hemma (Da Mata, Napoleao, 2010).

De vanligaste omvårdnadsåtgärderna som dokumenterades preoperativt var att kontrollera vitalparametrar, administrera läkemedel och informera om vikten av fasta inför operation. Postoperativt är läkemedelstillförsel, kontroll av vitalparametrar och diuresmätning de vanligaste omvårdnadsåtgärderna. Det är ingen större skillnad mellan de pre- och postoperativa omvårdnadsåtgärderna. Inget fokus låg på den stress och oro som patienterna känner inför en operation. Sjuksköterskorna behöver lägga mer tid på att utbilda patienterna vad operationen innebär och om komplikationerna för att bättre kunna hjälpa och förstå (Da Mata, Ferreira & De Carvalho, 2013). Det finns ett samband mellan patienterna som inte är tillräckligt förberedda innan prostatektomin och hur de upplever erektil dysfunktion som ett problem postoperativt. Lite förberedelser ger ett större upplevt problem kring erektil dysfunktion. Som också avspeglar sig i männens självförtroende, om de är sämre förberedda får de en lägre självkänsla efter prostatektomin (Derogar, 2016).

Många patienter kände en stor oro över att få komma hem efter prostatektomin. Därav behöver omvårdnadsåtgärder relaterat till hemgången vara i fokus (Da Mata et. al., 2013). Omvårdnadsåtgärderna skall syfta till att ge patienterna individanpassad information, om vad som behövs för att förstå tillståndet och hur de kan hantera erektil dysfunktion i hemmet. Detta kan leda till en förbättring kring sina egenvårdskunskaper, synen på egenvårdsåtgärder och att de bättre känner igen symtom till erektil dysfunktion (Fredericks, Guruge, Sidani & Wan, 2010).

Medicinsk behandling kan till exempel vara förskrivning av potenshöjande läkemedel som kräver delvis bevarad nervfunktion för att verka. Om utebliven effekt av potenshöjande läkemedel kan prostaglandinkräm förskrivas alternativt ges som injektion. Då dessa alternativ är oberoende av nervfunktion för effekt. Alternativt kan ett implantat, med konstgjorda svällkroppar, opereras in om patienten är mycket angelägen att återfå sin erektionsförmåga. I egenvårdssyfte kan patienterna själva prova vakuumpump eller penisring (Bratt et. al., 2016).

Sjuksköterskor behöver vara medvetna om riskfaktorerna för erektil dysfunktion och känna en trygghet i att diskutera sexuella hälsoproblem. Då det finns en stark koppling mellan patientens välmående och den sexuella funktionen (Etherton, 2013). Sjuksköterskans förmåga att lyssna, förstå och sätta sig in i patienternas situation är central för att se och bekräfta patienterna. Om detta genomförs kommer sjuksköterskan kunna ge individuellt anpassade lösningar och behandlingsalternativ, som är en viktig del i rehabiliteringsprocessen. Detta kan hjälpa patienterna att minimera sin erektila dysfunktion och hjälpa dem att anpassa sig till sin nya livssituation (Lombraña, Izquierdo & Alcaraz, 2012).

Omvårdnadsteoretisk referensram

Sjuksköterskan har fyra stycken grundläggande ansvarsområden; att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande (ICN, 2012). Lidandet är ett centralt begrepp inom omvårdnad som är sammankopplat med grunden för vårdandet. Det finns en önskan om att lindra eller eliminera lidandet som en grundtanke i vårdandets handlingar (Arman & Rehnsfeldt, 2011).

Lidandet är en kamp mellan det goda och det onda som kan upplevas i olika tillstånd, känslor och situationer. Graden av lidande bestäms utifrån händelserna som orsakar lidandet. Där lidandets mångfald och utveckling kan ge ett sammanhang och mening till det upplevda. Utan den ständiga rörelsen mellan gott och ont, lidandet och lust, är livet tomt och saknar

meningsfullhet. Den lidande människan kan genom reflektion till varför lidandet finns, hitta nya möjligheter till att hantera sitt lidande. Att sätta ord på sitt lidande kan vara svårt då det saknas uttryck som beskriver lidandets karaktär på ett förståeligt sätt. Människan blir därmed tvungen att omformulera sitt lidande till en begriplighet som omvandlar lidandet till en förklaring och därmed ger påtagliga uttryck såsom smärta, ångest och fysiska besvär. Människan kan inte förändra skeendet men att se lidandet från ett annat perspektiv kan ge nya infallsvinklar till att komma vidare i sitt lidande (Eriksson, 2015).

Förloppet av hur lidandet ser ut hos patienter beskrivs i fyra olika faser; förnekande, insikt, kamp och försoning. Målet med kampen är lindring och försoning med sitt lidande. Med lidande menas patientens upplevelser av något oönskat eller något ont, som besvärar dem i deras liv samt att upplevelsen av lidandet associeras med smärta, död eller förluster. Dock är det inte orsaken till lidandet som bestämmer lidandets karaktär. Utan det handlar om det samspel som finns mellan det patienten förlorat, det som hotar och patienten själv (Arman & Rhensfeldt, 2011).

Enligt Arman och Rhensfeldt (2011) är lidandet och dess inneboende innebörd ett laddat begrepp. Sjukvårdspersonal har en oro kring att de kan initiera till ett lidande om de bjuder in till samtal som berör problematiken. Dock finns det en längtan och ett behov hos patienter att dela med sig av och berätta om sitt lidande i relation till sina upplevelser. Om lidandet förblir instängt kan det leda till oro och en påverkan på livskvaliteten sett till en känsla av hopplöshet och meningslöshet. Dock kan sociala och kulturella hinder avgöra patienternas benägenhet till samtal om sitt lidande. Det vill säga hur normer samverkar kring att samtala om vissa ämnen, inom vissa befolkningsgrupper råder en samstämmighet om vad som är socialt accepterat att föra samtal kring. Vidare resonerar Arman och Rhensfeldt (2011) att vårdlidande är när patienter upplever att de har fått ett ökat lidande vid kontakt med hälso- och sjukvården. Orsaken kan vara en biverkan eller en komplikation efter till exempel en operation. Patienternas behov och/eller förväntningar på vården har därmed inte uppfyllts och kan ge upphov till ett vårdlidande. Det komplexa i dessa situationer är att patienter skyddar sig själva mot nya besvikelser genom att inte delge vårdpersonal eller andra i deras närhet om problemen eller lidandet.

Problemformulering

Män som genomgår en prostatektomi står inför flera känslomässiga faktorer där det finns ett samband mellan erektil dysfunktion och ett känslomässigt lidande. Erektil dysfunktion påverkar männens livskvalitet, upplevda hälsa och självkänsla. Medelålders män upplever erektil dysfunktion som ett ännu större problem än äldre män, där medelålders män hoppas i större utsträckning kunna återfå sin erektionsförmåga. Det finns en utmaning för sjukvården att hantera problematiken kring att erektil dysfunktion uppfattas som personligt och generande att samtala om. Erektil dysfunktion är en vanlig komplikation men det är få av männen som söker hjälp. I samband med ett lidande är män mer restriktiva med att uppsöka hjälp vid upplevelser av psykologiska dilemman. Det finns ett behov och en vilja till att berätta om sin oro kring erektil dysfunktion men att män är relativt ovilliga till att prata om sina känslor. Männen upplever erektil dysfunktion som generande. Tidigare forskning antyder ett problem kring att medelålders män inte avspeglas som en specifik grupp. Om deras upplevelser inte belyses kan medelålders mäns upplevelser av erektil dysfunktion efter prostatektomi hamna i skymundan.

Syfte

Syftet är att belysa mäns upplevelser angående att drabbas av erektil dysfunktion efter prostatektomi vid prostatacancer i åldersgruppen 45–65 år.

Metod

En litteraturstudie valdes för att undersöka ett specifikt avgränsat omvårdnadsrelaterat område. Medelålders mäns upplevelser av erektil dysfunktion efter prostatektomi. Designen skapade en översikt och en helhetssyn över det nuvarande forskningsläget kring erektil dysfunktion. Analysen av den tidigare forskningen genomfördes strukturerat och behandlade redan färdigställd forskning och berörde ingen analys av rådata (Friberg, 2017a).

Sökmetoder

Författarna använde både kvalitativa och kvantitativa artiklar för att få kunskap om både bredd och djup inom upplevelsorna kring erektil dysfunktion efter prostatektomi. Studien är baserad på vetenskapliga artiklar från databaserna Cinahl och PubMed. Cinahl är inriktat på omvårdnadsrelaterade vetenskapliga artiklar och PubMed har en medicinsk inriktning. Sökningar i båda databaserna genererade ett helhetsperspektiv (Östlundh, 2017). Författarna använde ämnesordlistor, Mesh respektive Cinahl headings, för en korrekt översättning av sökord och hittade lämpliga synonymer för att inkludera alla väsentliga vetenskapliga artiklar. Vidare togs det del av artiklarnas nyckelord för att hitta ytterligare möjliga sökord och ingångar till ämnet. Använda sökord var prostatectomy, erectile dysfunction, prostatic neoplasms, sexuality, psychosocial och self concept samt olika synonymer (bilaga 1). Boolesk söklogik användes för att i olika kombinationer kombinera och markera sökorden för ett relevant och begränsat antal sökträffar. AND och OR var de sökoperatorena som tillämpades och kombinerades i olika formationer (Östlundh, 2017). Dubletter av artiklar i de olika sökningarna valdes bort och presenteras endast första gången de hittades i söktabellen. Sökningarna utökades efter deltagande på workshop gällande informationssökning. Det kan ses i söktabellen (bilaga 1) att sökningarna efter den fjärde mars påvisar fler sökord i form av synonymer samt blocksökningar. I dessa sökningar hittades många av författarnas tidigare valda artiklar. Sökningar genererade en mer översiktlig bild av forskningsläget. Avgränsningarna som användes var att de skulle vara publicerade mellan år 2008–2019. Tidsgränsen valdes utifrån en önskan om aktuell forskning.

Urval

Först lästes abstrakt och om det svarade mot syftet lästes hela artikeln med utgångspunkt i SBU:s (2017) mall (bilaga 2) för bedömning av relevans. Om innehållet svarade mot syftet och hade en hög relevans granskades de vetenskapliga artiklarna med hjälp av granskningsmallar. SBU:s (2017) granskningsmall, mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik (bilaga 3), användes vid granskning av kvalitativa artiklar. Mallen valdes därför den fokuserar på patientupplevelser och litteraturstudien har använt artiklar med kvalitativ inriktning till största del. De kvantitativa artiklarna granskades med hjälp av röda korsets granskningsmall (2005) (bilaga 4). Författarna valde tio kvalitativa och tre kvantitativa artiklar och samtliga artiklar höll en god kvalitet.

Författarna exkluderade review-artiklar samt artiklar som jämförde olika behandlingsmetoder, eller endast tog upp partners perspektiv. Inklusionskriterierna var medelålders män som genomgått en prostatektomi samt behandlande människors upplevelser av erektil dysfunktion, i enlighet med syftet. De skulle vara skrivna på engelska och vara peer reviewed.

Åldersgruppen på 45–65 år avspeglar den yngre populationen bland prostataopererade män. Därför var det av vikt att artiklarna överensstämde med den valda åldersgruppen. Om alla män i de kvalitativa artiklarna inte uppfyllde kraven bortsåg författarna från deras svar och i resultatet redovisas endast vald ålderskategori. Om forskarna generaliserade deltagarnas svar genom benämningen att alla män upplevde eller ansåg något användes det i resultatet. I de kvantitativa artiklarna utgick författarna från att medelåldern stämde överens med åldersgruppen. Standardavvikelsen (SD) beaktades så spridningen inte var för stor. Författarna har accepterat att SD inte låg inom referensramen då artiklarna svarade mot syftet och merparten av deltagarna var inom den valda åldersgruppen. När åldern inte gick att urskilja i artiklarna som helhet valdes dem bort.

Analysmetod

Tio kvalitativa och tre kvantitativa artiklar användes i resultatet. Först analyserades studierna noggrant i flera omgångar. Vidare för att se att resultatet överensstämde med syftet och en genomgång av artikelförfattarnas teman. Resultaten dokumenterades i en översiktstabell (bilaga 5) av Friberg (2017b) för att få en överblick över syftet, metoden, resultatet och kvalitetsbedömningen. Författarna fick en grund till hur arbetet skulle fortlöpa. Författarna hittade likheter och skillnader i de granskade studierna som sedan karaktäriserade studien. En sammanställning av respektive tema gjordes inom de olika områdena (Friberg, 2017a). Vid denna strukturering valdes flertalet artiklar bort som inte svarade till syftet då det inte fokuserade på upplevelserna.

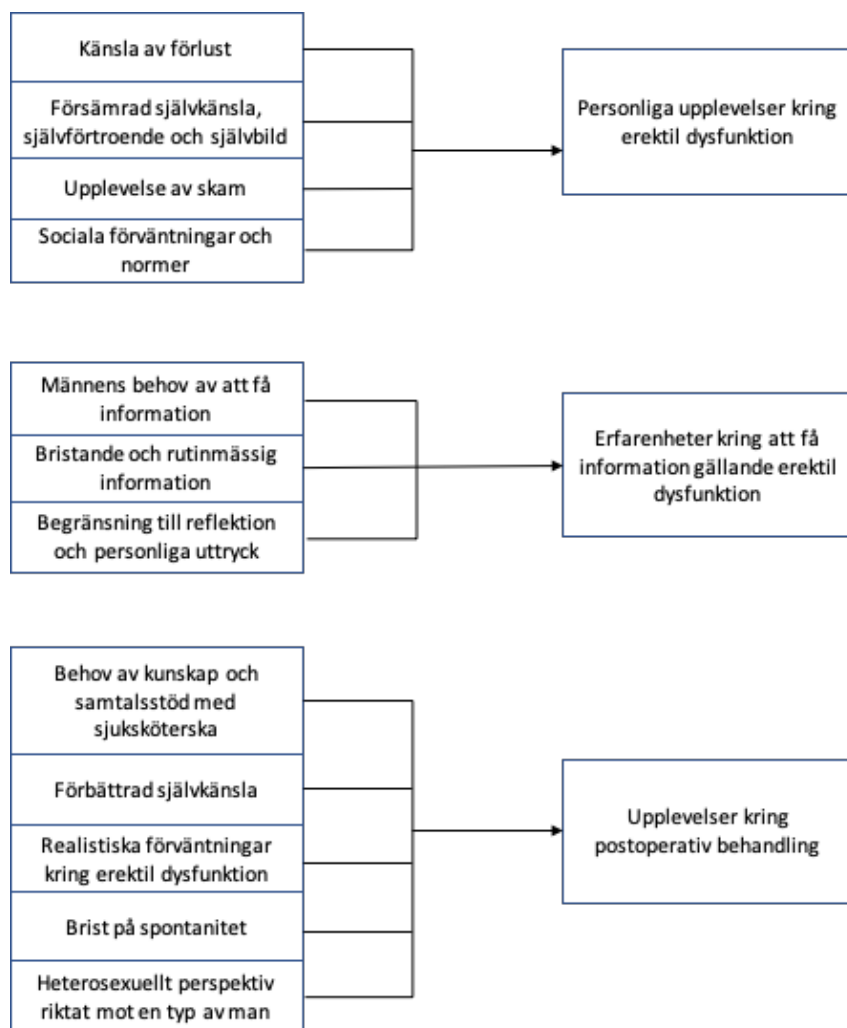
Efter läsning av artiklarna sågs flera gemensamma genomgående teman och författarna valde därför att göra en innehållsanalys i enlighet med Danielson (2017). Författarna skrev ner alla teman för att se om innebörden var liknande, så kallade meningsenheter. Utifrån meningsenheterna kondenserades temana ner till 12 stycken underteman (bilaga 6). Dessa abstraherades till tre övergripande teman, utan att förlora sin mening. Teman som inte behandlade erektil dysfunktion valdes bort.

Forskningsetiska avvägande

Etiska övervägande gjordes i form av kontroll av att samtliga studier följde etiska riktlinjer. Till exempel Helsingforsdeklarationen som innebär att forskningen hade granskats av oberoende personer för att avgöra om studien var etisk och international review board (IRB), som finns vid institutioner i USA som bedriver forskning. Andra artiklar tog upp att de genomgått etiska prövningar vid universiteten där forskarna arbetade. Samtliga valda artiklar belyste hur urvalsprocessen gick till, deltagandet var frivilligt och de gav sitt samtycke. De artiklar som i löpande text inte tog upp etiken söktes upp och kontrollerades, tidskrifterna var medlemmar i etiska kommittéer och bedömde etiken som godkänd (Kjellström, 2017). Samtliga män inkluderades oberoende av etnicitet eller sexuell läggning för att få en representativ bild av dagens samhälle.

Resultat

Analysprocessen genererade i 12 stycken underteman som omstrukturerades till tre större teman; personliga upplevelser kring erektil dysfunktion, erfarenheter till att få information gällande erektil dysfunktion och upplevelser kring postoperativ behandling. Personliga upplevelser kring erektil dysfunktion härleds till sociala förväntningar och normer, ämnet upplevs genant och skamfyllt. Där männens självkänsla, självförtroende och självbild försämrades samt att de upplevde en känsla av förlust. Männens erfarenheter och upplevelser till informationen visade att den var bristande och rutinmässig. Den berörde inte emotionella aspekter till hur erektil dysfunktion kunde påverka deras vardag. Männen upplevde ett behov av mer individanpassad kunskap och information. Den postoperativa behandlingen sett till användandet av hjälp- och läkemedel ansågs som bristfällig. Reducerad spontanitet kring erektionen påverka männens självuppfattning och upplevda maskulinitet. Samtidigt som det kunde generera i en bättre självkänsla om behandlingen fungerade.



Figur 1: Visar schematiskt hur underteman har abstraherats till teman.

Personliga upplevelser kring erektil dysfunktion

Personliga upplevelser kring erektil dysfunktion identifierades vid granskningen av artiklarna och genererade i fyra stycken underteman. Alla teman kunde härledas till personliga upplevelser. Samtliga underteman kommer mynna ut till ett ifrågasättande till sin maskulina identitet och manlighet. Detta grundar sig i männens upplevelser sett till känsla av förlust, försämrad självuppfattning, försämrad sexuell funktion, generande ämne, sociala förväntningar och normer.

Temana grundar sig i att männen inte var villiga att acceptera sin erektila dysfunktion och som i sin tur var den vanligaste orsaken till långvarig oro och ångest (Milne, Spiers, & Moore, 2008). Temana är nära sammankopplade och går delvis in i varandra där känslan av förlust relaterat till erektil dysfunktion leder till en sämre självuppfattning. Erektill dysfunktion i sig uppfattas som generande då det ger en reducerad sexuell funktion och grundar sig i sociala förväntningar och normer.

Känsla av förlust

I en studie gjord av Simon Rosser et al. (2016) upplevde männen en känslomässig chock i samband med diagnosen som gav uttryck till en rädsla. Medelålders män med en god sexuell förmåga och hälsa upplevde en större chock, än de äldre patienterna. Anledningen var att de kände sig för unga för att drabbas av cancer och de postoperativa komplikationerna som kunde uppstå (Wennick, Jönsson, Bratt, & Stenzelius, 2017). Män i en annan studie delger att innan operationen fanns det inga tankar på konsekvenserna, utan fokus låg bara på att överleva. Postoperativt förändrades deras upplevelser då förlusten relaterat till erektil dysfunktion påverkade männens liv sett till deras sexuella hälsa. De började ifrågasätta sin behandling på grund av komplikationen (O'shaughnessy & Laws, 2010). Efter den initiala chocken, i samband med diagnos, upplevde flertalet män en depressiv period under det första året (Simon Rosser et al., 2016).

Erektill dysfunktion ledde till en känsla av förlust och var av störst betydelse för medelålders män som innan operationen hade ett tillfredsställande sexualliv. Vidare resulterade den erektila dysfunktionen till en negativ inverkan på deras relationer (O'shaughnessy & Laws, 2010). Ytterligare aspekter kring känslan av förlust hängde samman med avtagande förmåga till spontana erektioner eller förmågan att kunna bibehålla en erektion genom hela samlaget (Rivers et. al., 2011). I Messaoudi, Menard, Ripert, Parquet och Staerman. (2011) studie upplevde de män som innan operationen hade ett bra sexualliv en förlust relaterat till sin maskulina identitet.

Försämrad sexuell funktion är associerat med männens förändrade självuppfattning till följd av deras erektila dysfunktion. På grund av den reducerade förmågan och dess inverkan på självförtroendet undvek männen att hamna i situationer där sexuell aktivitet kunde uppstå (Simon Rosser et. al., 2016). Männen och deras upplevelser till relationer påverkades. De kände en rädsla eller osäkerhet kring inledandet av nya relationer. En del män som tidigare hade en partner valde att skiljas och en del valde att leva ensamma (Eilat-Tsanani, Tabenkin, Shental, Elmalah & Steinmetz., 2013; Wennick et al., 2017). Anledningen var att de inte ansåg sig själva tillföra något till relationen längre samt att de kände en skam och en skyldighet gentemot sin partners sexualitet (De Moraes Lopes et al., 2012; Schantz Laursen, 2017). Erektill dysfunktion påverkade äktenskapen och kunde leda till depression som följd (Milne et. al., 2008).

Användandet av potenshöjande läkemedel ansågs som förnedrande och brister kring spontaniteten påverkade männen och deras relationer samt självförtroende. Det resulterade i att en man på 65 år uttryckte att han inte längre hade någon funktion som partner (Gannon, Guerro-Blanco, Patel, & Abel, 2010). En känsla av besvikelse, att inte kunna återgå till sitt liv som det var innan operationen, tillsammans med en känsla av skam och frustration gav det upphov till en meningslöshet och påverkade männens sätt att förhålla sig till sitt liv. Det fanns en hopplöshet kring samlag, erektionsförmåga och till att kunna ge sin partner en kärleksfull relation (Nelson et. al., 2015). Männen lade mycket fokus på att kunna ha eller längta efter sexuellt umgänge och det gav utlopp för mer frustration (De Moraes Lopes et al., 2012).

Försämrad självkänsla, självförtroende och självbild

Maskulinitet och manlighet var nära sammankopplat till männens självkänsla. De kände sig inte längre sexuella, aktiva eller attraktiva. Den förändrande sexualiteten och dess konsekvenser på självkänslan föranledde en sekundär depression (Simon Rosser et. al., 2016). Erekttil dysfunktion var det vanligaste ämnet som diskuterades bland männen som genomgått en prostatektomi. Komplikationen var den som hade störst betydelse och inverkan på deras liv sett till deras självuppfattning (Milne et. al., 2008; Rivers et al., 2011).

Manlighet var synonymt med att ha en penis som kunde få erektion och en reducerad förmåga avspeglades hos männens självbild (Schantz Laursen, 2017; O'shaughnessy & Laws, 2010). Dysfunktionen ledde till att männen upplevde sig mindre manliga och gav effekter på deras självkänsla och självförtroende. Självkänslan härleddes till att männen kopplar samman känslorna till sin sexuella prestation, om den reduceras påverkades deras självkänsla och ger effekter på självförtroendet (River et. al., 2011; Milne et al., 2008).

Upplevelser av skam

Erekttil dysfunktion och samtal kring sexuallivet är något som anses som en skam och ett generande ämne för männen. När media eller sjukvården inte gav patientgruppen tillräckligt med uppmärksamhet relaterat till dysfunktionen och dess problem, gav det effekten att männen inte vågade prata om bekymret eftersom de själva inte ansåg det som tillräckligt relevant (Wennick et al., 2017). Sexuella problem var det enda, en man på 58 år i Gannon et al. (2010) studie, inte kunde samtala om. Enligt honom upplevdes erekttil dysfunktion som ett genant och laddat ämne. Ingen verkade vara intresserad av att veta hur det påverkade hans liv. Han valde därför att inte ta upp ämnet angående erekttil dysfunktion med personer runt omkring honom.

Brist på samtalspartner att delge sina erfarenheter med kring erekttil dysfunktion var svårt att hitta för männen. Inleda en diskussion sågs som problematiskt och besvärande. Dock fanns det en längtan och ett upplevt behov hos männen att delge sina erfarenheter kring erekttil dysfunktion med likasinnade som genomgått liknande resa. För att vidare kunna normalisera sina upplevelser och erfarenheter samt veta att de inte är ensamma om att ha drabbats av erekttil dysfunktion (Nelson, et at., 2015). Anledningen till att männen trots detta inte väljer att delge andra män sin historia är på grund av en känsla av underlägsenhet, de känner sig inte lika manliga och är generade över sin impotens. Därför väljer de att hålla det tyst för sig själva (Schantz Laursen, 2017). Milne et at. (2008) beskriver i sin studie att män väljer, på grund av att det skäms över erekttil dysfunktion, att inte ta upp sina misslyckade medicineringsförsök med vårdpersonalen.

Sociala förväntningar och normer

Att erektil dysfunktion upplevs som genant är kopplat till allmänhetens normer, dess förhållningssätt och till sociala förväntningar. Vissa grupper, beroende på rådande normer, är mer benägna att öppet kunna samtala och diskutera ämnen, som inom andra samhällsgrupper anses för privata att delge (Schantz Laursen, 2017). Vidare belyser forskaren att män tidigare varken diskuterat eller planerat till sexualliv, samlivet skedde spontant utan vidare eftertanke. Männerna i studien upplevde det som konstigt och ovant att behöva kommunicera när lusten infann sig. För att då gå undan och administrerar läkemedel, vänta och sen inleda samlaget, vilket kunde leda till missförstånd och feltolkningar.

Män i Wennick et al. (2017) studie berättade att de upprättade en falsk, konstruktiv attityd, en fasad för att hålla de negativa känslorna borta. Sociala förväntningar på hur en man förväntas vara, bete sig och agera i sexuella situationer utifrån sin ålder förknippades med manlighet och maskulinitet. Att inte längre kunna uppfylla kraven, både från sig själv och sin omgivning, gav upphov till en rädsla, skam och ångest. Få män diskuterade eller ens tog upp sin erektila dysfunktion med sin partner (Rivers et. al., 2011). De män som i en relation kunde prata om erektil dysfunktion gav en positiv effekt, relationen blev bättre. De som levte tillsammans under en längre tidsperiod hade svårare att samtala kring erektil dysfunktion. Männerna beskriver att de hade svårt att visa eller prata om sina känslor och hade innan operationen använt sin sexualitet som kommunikationsmedel (Schantz Laursen, 2017).

Erfarenheter kring att få information gällande erektil dysfunktion

Nästa tema som identifierades vid innehållsanalysen var männens erfarenheter och upplevelser kring att få information gällande erektil dysfunktion. Analysen gav tre stycken teman som alla härleds till informationsöverföringen. Männerna upplevde att informationen var rutinmässigt tillhandahållen och det fanns ett behov av mer information. Utrymmet för personliga känslor från männens sida blev begränsat samt det fanns en brist kring reflektion.

Männens behov av att få information

Männerna jämförde prostatacancer med bröstcancer som de tyckte fick betydligt mer uppmärksamhet med galor och olika insamlingar. De upplevde att bröstcancer var ett mer känt tillstånd. Enligt männen fanns det en allmän okunskap kring prostatacancer och hos dem själva kring ämnet (Wennick et al., 2017).

Männerna betonar behovet av att vara välinformerade för att tillskansa sig och förstå vad sjukvårdspersonalen framför och ta till sig informationen som gavs (Milne et. al., 2008). Det fanns män som tyckte att de klart och tydligt hade fått information kring erektil dysfunktion. Männerna var medvetna om att operationen kunde ge effekter på deras sexualliv (O'shaughnessy & Laws, 2010). Om detaljerad information gavs kring prostatacancer och om hur operationen kommer påverka männen gav det en ökad känsla av självförtroende och kontroll (Milne et al. 2008). Wennick et al. (2017) beskriver att information kring erektil dysfunktion och dess förståelse bör tas i kontexten till att operationen går ut på att bota männen från cancer. Därav ligger inte fokus på komplikationerna, utan att överleva. Upplevelserna av erektil dysfunktion kommer i andra hand. Informationen skall inte bara vara faktabaserad kring prostatektomi, utan även behandla deras tvekan och motvilja kring erektil dysfunktion.

Bristande och rutinmässig information

Det första ämnet som kom upp i de gruppdiskussioner som Nelson et. al (2015) hade, var att de fått för lite information om erektil dysfunktion preoperativt. Det fanns en avsaknad om detaljerad information kring hur erektil dysfunktion skulle påverka männen på ett psykologiskt och känslomässigt plan (Simon Rosser et al., 2016). Männen upplevde att de gavs rutinmässigt tillhandahållen information där de hade svårt att förstå hela innebörden. De upplevde att sjukvården lovade mer än de kunde hålla. De uppfattade att deras sexuella förmåga skulle återgå till samma funktion som innan operationen (Nelson et. al., 2015).

En man i Nelson et al. (2015) studie påpekade att han kanske inte hade valt en annan behandlingsmetod om det hade varit möjligt. Däremot föredrog han att ha vetskapen om komplikationen gällande erektil dysfunktion innan operationen, vilket han upplevde sig inte fått. Även andra män i studien uttryckte en längtan om att få mer information om erektil dysfunktion.

Begränsning till reflektion och personliga uttryck

Bristen på den tillgängliga informationen gav inte männen möjlighet att utvärdera risken och fundera kring vilken inverkan komplikationen skulle ha långsiktigt (O'shaughnessy & Laws, 2010). I Rivers et al. (2011) studie belyser deltagarna bristen på detaljerad information relaterat till erektil dysfunktion, om riskerna att drabbas. Männen kände sig därmed inte förberedda att hantera de känslor som uppstod efter operationen. I Milne et al. (2008) studie upplevde männen att de inte hade någon möjlighet att samtala om hur erektil dysfunktion fick dem att känna. De gavs ingen möjlighet till att uttrycka personliga känslor till hur männen hanterade sin erektila dysfunktion och hur det påverkade deras vardag. Även Wennick et al. (2017) tog upp detta, männen i deras studie fick ingen möjlighet att prata med andra som genomgått liknande operationer och livsomställningar. De blev hänvisade att det fanns patientföreningar och fick tillgång till ett telefonnummer, dit de själva kunde ringa. Eilat-Tsanani et al. (2013) belyser att samtliga deltagare i deras studie blev erbjudna rådgivning eller support från sjukvårdspersonal. Alla män valde dock att tacka nej med hänvisning till att de inte ansåg sig själva behöva det. Vidare beskriver forskarna att de tyckte sig se ett outtalat behov av hjälp, deltagarna sade att de mätte bra trots att de inte gjorde det.

Upplevelser kring postoperativ behandling

Det sista temat utgår från männens postoperativa upplevelser. Användandet av hjälp- och läkemedel är i fokus samt belyser männens emotionella inställning. Undertemana utgår från männens förväntningar på behandlingen kring erektil dysfunktion relaterat till den information som gavs i samband med förskrivning av hjälp- och läkemedel. Spontaniteten och frihetskänslan sågs som en brist i behandlingarna. Samtidigt som användandet av intrakavenös injektion, injektion i penisroten, kunde förbättra männens upplevda självkänsla.

Behov av kunskap och samtalsstöd med sjuksköterska

Användandet av medicinska hjälpmedel för erektion ansågs förnedrande (Schantz Laursen, 2017). När sjukvårdspersonal skulle informera om vilka alternativ till behandling som fanns tyckte de att de fick för många förslag utan någon djupare förklaring. Männen upplevde bristande detaljrikedom till vad respektive alternativ skulle ha för verkan och effekt sett till deras sexuella funktion (Rivers et al., 2011).

I de Moraes Lopes et al. (2012) studie påvisade det att män i större utsträckning är mer benägna att samtala med sjuksköterskor om sina sexuella erfarenheter än med sin läkare. Efter operationen fick varje man varsin sjuksköterska att kontakta om de hade några frågor eller funderingar. Männerna ansågs inte detta vara tillräckligt. De ville ha mer avsatt och tidsbundna möten med sjuksköterskan. När cancern var bortopererad och botad upplevde männen att de inte längre var prioriterade inom sjukvården (Wennick, et al., 2017).

Förbättrad självkänsla

En behandlingsmetod som togs upp i Nelson et al. (2015) studie var intrakavernös injektion. Inför första injektion kände männen en osäkerhet och rädsla. För många män infann sig bestående negativt laddade känslor till injektion. Männerna beskrev ingreppet som onaturligt, barbariskt och förödmjukande. Männerna som kom över dessa känslor upplevde injektioner som en bra utväg. Beroende på om man såg behandlingen som kortsiktigt problematiskt eller som en långsiktig plan för att uppnå till egna realistiska förväntningar. Injektionerna kunde fungera som ett hjälpmedel. Där invändningarna var brist på spontanitet, onaturligt tillvägagångssätt, logistiska problem som tidsaspekten och förvaring av injektionen innan administrering. Albaugh och Ferrans (2010) kom i sin studie fram till att injektionerna förbättrade den sexuella relationen, självförtroendet och självkänslan. Däremot förändrades inte livskvaliteten nämnvärt. Invändningar mot användandet av intrakavernös injektion i deras studie var behandlingseffektiviteten, rädsla för smärta, priapism och kostnaden.

Realistiska förväntningar kring erektil dysfunktion

Ett antagande både från patienter och sjukvården är att vid ökad ålder avtar erektionsförmågan. Det exemplifierades utav Gannon et al. (2010) där männen beskrev en koppling mellan ålder och erektil dysfunktion. Läkaren indikerade att åldern är en bidragande orsak till erektil dysfunktion. Detta för att ge patienterna realistiska förväntningar på operationen. Flera män, inom det övre segmentet i den valda åldersgruppen, belyser genom kommentarer som att det inte längre är tonåringar eller redan innan operation hade svårt med erektionen. I artikeln från Rivers et al. (2011) beskrevs läkarens ord att återhämtningen har sin naturliga gång samt att patienten kunde uppleva impotens. Läkarna sade inte att patienterna skulle kunna mista sin erektionsförmåga helt. Männerna upplevde att informationen borde varit bättre och tydligare då de inte visste vad dem skulle förvänta sig.

Eilat-Tsanani et al. (2013) tar upp att äldre män tog påföljden bättre än medelålders män av erektil dysfunktion då de såg sin reducerade kapacitet som något åldersbaserat. En man som vid operationen var 64 år förklarade att kärlekslivet inte var över. Han tyckte att den erektila dysfunktionen inte påverkade honom lika mycket som de hade gjort om han var runt 50 år. En annan man i 50 årsåldern förklarade att valet att behandlas eller inte, var ett svårare val eftersom han var sexuellt aktiv (O'shaughnessy & Laws, 2010). En del män accepterade sin erektil dysfunktion efter några korta misslyckade försök med läkemedel och avstod därför vidare behandling (Milne et al., 2008). Rivers et al. (2011) tog upp att en del män kände sig inte oroliga över sin erektil dysfunktion då de utgick från att den sexuella förmågan skulle avta med ökad ålder. Johansson et al. (2011) resultat tydde på att den psykologiska effekten av erektil dysfunktion var högre när problemen kommer efter operationen än om den hade kommit gradvis på grund av ålderdom.

Brist på spontanitet

Spontanitet ansågs av männen som en brist hos behandlingarna. För att kunna genomföra ett samlag krävdes det en noggrann planering, såsom dusch och injektion. Från det att medicinen intogs till dess att den gav effekt, cirka en halvtimme, hann lusten försvinna. Männen förhållanden påverkades negativt (O'shaughnessy & Laws, 2010). Vidare framhåller Schantz Laursen (2017) att förlorad förmåga till spontan erektion leder till ett förändrat beteendemönster. Planeringen var något som Simon Rosser et al. (2016) tog upp, att männen kände sig inte lika fria som förut. Det kunde påverka männen olika om det var i ett förhållande eller dejtande singlar. En deltagare beskrev att om han skulle gå ut på dejt behövde han innan förbereda sig med potenshöjande läkemedel. Tänka på när det skall intas, om det ens skulle bli aktuellt. När spontaniteten var reducerad infann sig en känsla av sorg och skam relaterat till den postoperativa behandlingen. Detta gav effekter på deras självkänsla samt att männen fick sätta sig in i nya tankemönster och vanor gällande hur den sexuella aktiviteten skulle organiseras och planeras, rent logistiskt tillsammans med sin partner. Wennick et al. (2017) belyser också förlusten av spontaniteten som en viktig faktor. Den minskade spontaniteten och att testa sig fram med olika behandlingsalternativ var för krävande och gav för mycket besvär för vissa män. Emellertid, upplevde en del män att behandlingen gav effekt. Andra män hade förhoppningar om att den erektila dysfunktionen skulle bli bättre över tid och om inte, skulle de uppsöka andra behandlingsalternativ (O'shaughnessy & Laws, 2010).

Heterosexuellt perspektiv riktat mot en typ av man

Homo- och bisexuella män uttryckte att rehabiliteringen hade ett heterosexuellt perspektiv. Sjukvården utgick från normen att alla män lever i en relation med en kvinna. Ingen information var adresserad till män som hade sex med män. Homo- och bisexuella män upplevde att information borde ha varit mer anpassad efter individen och deras enskilda livsförhållande. Fokus låg på sexuell rehabilitering och inte på något annat. Rehabiliteringen utgick inte från individen, personcentreringen försvann då alla män oavsett ålder, sexuell läggning och relationsstatus fick samma information (Simon Rosser, et al., 2016).

Diskussion

Metoddiskussion

De valda artiklarna har analyserat, kategoriserat och tolkats in till olika underteman och teman i enlighet med en innehållsanalys. Analys-schemat (bilaga 6) visar hur tolkningen av de valda temana arbetades fram. Detta stärker trovärdigheten då arbetsprocessen blir överskådlig för dem som läser examensarbetet (Danielson, 2017). Vid tolkning av texterna har författarna varit medvetna om att deras tidigare erfarenheter och föreställningar kring upplevelserna av erektil dysfunktion kan ha påverkat resultatet. För att minimera denna risk har allt innehåll granskat och tolkats gemensamt, vilket stärker reliabiliteten (Henricson, 2017).

Val av sökord gjordes utifrån syftet, belysa mäns upplevelser att drabbas av erektil dysfunktion efter prostatektomi vid prostatacancer i åldersgruppen 45–65 år. Detta för att hitta relevanta artiklar. Ämnesordlistorna Mesh och Cinahl headnings användes för korrekt översättning från svenska till engelska. Sökningarna gjordes i PubMed och Cinahl eftersom

de har en omvårdnadsinriktning och stärker trovärdigheten (Henricson, 2017). Dock gjordes inga fler sökningar i andra databaser. Detta kan ses som en svaghet då fler databaser kan ge fler artiklar samt ett vidgat perspektiv kring erektil dysfunktion. Till en början gjordes sökningarna med få sökord och kombinationer där inga synonymer eller trunkeringar användes. Få träffar gavs och författarna började omvärdera om använda sökord var tillräckliga för att ge en representativ bild av forskningsläget. Vid konsultation med bibliotekarie gavs konstruktiv feedback på hur sökningarna i databasen PubMed kunde omstruktureras och utvecklas. Det resulterade i en förändring i sökmönstret och gav en bättre överblick på aktuellt forskningsläge. Andelen samlade relevanta artiklar per sökning ökade. Trots omstrukturerade sökningar med flera kombinationer och synonymer blev resultatet snarlikt och genererade många av de artiklar som redan hade hittats.

Män i medelåldern har inte en egen plats i forskningen relaterat till deras ålder. De ingår i en större grupp av prostatacancerdrabbade män. Som resulterade i ett begränsat antal sökträffar där männens specifika ålder kunde urskiljas. Då samtliga artiklar granskades flertalet gånger bekräftades det att artiklarna svarade mot gruppen medelålders män. Det aktuella forskningsläget har utforskats och antalet artiklar ansågs vara tillräckliga som grund för uppsatsen.

Inklusionskriterierna avspeglades utifrån syftet där upplevelserna från medelålders män som genomgått en prostatektomi skulle uppfyllas. Artiklarna skulle vara skrivna på engelska och vara peer-reviewed. Männens ålder i de valda artiklarna skulle påvisa den valda åldersgruppen. Om alla män i de kvalitativa artiklarna inte var inom åldersspannet valdes de specifika svaren i intervjuerna ut från männen i åldern 45–65 år. Om svaren resulterade i en generalisering från forskarnas sida med benämningen att alla män upplevde något valde författarna att ta med detta i resultatet. I de valda kvantitativa artiklarna skulle medelåldern framgå tydligt. Standardavvikelsen beaktades och merparten av männen i studierna skulle vara under 65 år. Resultat bygger på de artiklar som endast eller delvis behandlar medelålders män. Exklusionskriterier gällande artiklarnas ålder gjordes för att få aktuell forskning under de tio senaste åren.

Svagheter kring åldersgrupperingen kan ha givit generaliserande svar från alla män i artiklarnas studie. Författarna har försökt att identifiera vilka svar som kommer från vilka män, men det framkom inte alltid tydligt vilken ålder respektive man hade. Därför kan författarna ha tolkat det till deras fördel. I en del artiklar använde forskarna benämningen yngre män och har då tolkats ingå till åldersgruppen medelålders män. I studien gjord av O'shaughnessy och Laws (2010) framgick det inte någon ålder på deltagarna. En man på 61 år ansågs sig själv inte tillhöra den yngre populationen. Därefter användes benämningen yngre män av forskarna i löpande text, även för att beskriva andra mäns upplevelser. Författarna tolkade därför detta som att männen ingick i gruppen medelålders män trots att ingen specifik ålder var angiven. Detta kan ses som en svaghet då deras ålder inte är bekräftad i artikeln men ingår i resultatet. I Johansson et al. (2011) studie var medelåldern 77 år med en spridning på 53–85 år. För att delta i studien skulle männen haft erfarenheter relaterat till prostatacancer i minst tio år. Författarna anser att trots den höga medelåldern svarade resultaten gentemot syftet. På grund av att männens medelålder när de drabbades var tio år lägre, det vill säga 67 år när de fick sin prostatacancerdiagnos. I övriga artiklar framgick medelåldern. I bilaga 5 redovisas åldersfördelningen för att öka transparensen (SBU, 2017).

Flertalet av de valda artiklarna valde som exklusionskriterie att utesluta män som inte upplevde sig vara heterosexuella. Dock ansåg författarna att sexuell läggning inte skulle uteslutas på grund av att dagens svenska, öppna jämställda, samhälle. Genom att aktivt välja en artikel som enbart fokuserade på homo- och bisexuella mäns upplevelser försökte författarna kompensera upp den sneda fördelningen. Likaså är samhället präglad av många olika etniciteter och därför har inte några begränsningar gällande studiernas härkomst gjorts. De valda artiklarna är från Sverige, Danmark, Finland, Storbritannien, Frankrike, USA, Kanada, Australien, Brasilien och Israel. För att på så vis försöka få en representativ bild som avspeglar den blandade populationen i Sverige.

Vid strukturering och bearbetning av artikelförfattarnas teman upplevde författarna det som svårt att sammanställa den stora gruppen teman till mindre meningsenheter, utan att förlora viktiga komponenter. Det kan finnas en feltolkning sett till hur författarna har tolkat temana till deras fördel för att generera en röd tråd till uppsatsen, vilket kan ha misstolkat som enskilda teman. Därav har kondenseringen och abstraktionen bifogats som bilaga 6 för förståelse för temaindelningen och underlätta vidare forskning (Danielson, 2017).

Syftet, där upplevelserna av erektil dysfunktion, behandlar ett etiskt känsligt ämne därför har författarna varit medvetna om detta och har haft det i beaktning under hela examensarbetet. Alla artiklar som användes i resultatet var etiskt granskade och studiernas etiska övervägande har analyserats (Kjellström, 2017). Vidare har arbetet präglats av de ansvar sjuksköterskan har gentemot samhället, sårbara befolkningsgrupper och dess individer (ICN, 2012).

Handledaren har under arbetsprocessen givit konstruktiv kritik och granskat arbetet, vilket har bidragit till arbetsstrukturen och innehållet.

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att belysa mäns upplevelser att drabbas av erektil dysfunktion efter prostatektomi vid prostatacancer i åldersgruppen 45–65 år. Resultatet visar bland annat ett känslomässigt lidande. Det grundade sig i känslan av förlust, sämre självkänsla, självbild, självförtroende, minskad upplevd manlighet och maskulinitet. Vidare upplevde männen brist kring den information som gavs, den var rutinmässigt tillhandahållen. Männen upplevde en begränsning till att uttrycka personliga åsikter och reflektioner. Den postoperativa behandlingen riktades till en typ av man, den heterosexuella gifta mannen. Vidare var bristande spontanitet sett till den postoperativa behandlingen ett problem för männen. Förväntningarna kring den erektila dysfunktionen uppfylldes inte. De ansåg sig ha fått informationen om att den erektila dysfunktionen inte skulle vara kvarstående. Samtidigt som det framkom att potenshöjande hjälpmedel kunde förbättra männens självkänsla. Männen upplevde sig behöva mer kunskap kring hjälp- och läkemedel samt mer avsatt tid för samtal med sjuksköterska.

Tabubelagt ämne

Erektil dysfunktion tolkas som ett tabubelagt ämne. Det vill säga ett ämne som upplevs förbjudet, pinsamt och skuldbelagt att samtala om inom en given social grupp (Stebbins, 2014). Även om studierna inte i klartext benämner ämnet som tabubelagt indikerar intervjuvärderna från flera deltagare annorlunda. Männen upplever erektil dysfunktion som laddat, genant och konstigt att samtala om. Att inleda en diskussion kring ämnet anses som

problematiskt och besvärande (Gannon et. al., 2010; Schantz Laursen, 2017). De ville därav inte att det skulle bli känt i sin bekantskapskrets eller omgivning, utan höll det inom familjen (Wennick, et. al., 2017; Gannon et. al., 2010). Det kan kopplas samman med att männen på grund av en upplevd underlägsenhet till andra män, som är potenta, väljer att inte ta upp erektil dysfunktion med andra män (Schantz Laursen, 2017).

Männen berättar att de känner sig åsidosatta av både samhället och sjukvården. De upplever att prostatacancer och erektil dysfunktion inte får tillräckligt med plats. Utifrån detta drar männen en koppling till att erektil dysfunktion inte anses som relevant. Därför väljer det att inte prata om det, vilket kan ha ett samband med att män inte väljer att berätta för sjukvården om sina misslyckade medicineringsförsök på grund av ovanstående anledningar (Milne, et. al., 2008). Slutsatsen dras därför att männen lider i tystnad, att det inte vågar prata om sina problem varken med omgivningen eller sjukvården. I detta antas att det finns ett stort mörkertal av de män som aldrig söker vård eller är villiga att beröra erektil dysfunktion. Trots detta är det 83 % som uppger kvarstående dysfunktion ett år efter operationen (RCC, 2017).

Lidandet är detsamma som att kränka en människas värdighet och leder till att männen kommer skygga tillbaka och undvika samtala om sitt lidande. Den skam som männen känner är en bidragande faktor till deras lidande (Eriksson, 2015). Samtidigt som det finns en längtan och ett behov hos personer som lider att få delge sitt lidande med andra (Arman & Rhensfeldt, 2011). I Nelson et al. (2015) studie upplevde männen ett behov att få samtala kring sina upplevda erfarenheter. De beskriver att de vill samtala med män som genomgått en liknande behandling. Vid samtal kring erektil dysfunktion ser författarna en koppling till att tabun förstärktes. Underlägsenhet som män kunde känna gentemot andra män som var potenta, var att männen inte vill prata med andra som inte förstår eller kan relatera till deras lidande.

Information och delaktighet

Enligt Carrier, Edwards och Harden (2018) finns ett problem kring informationsöverföringen mellan sjukvårdspersonal och patienter. Männen upplevde att de inte hade fått tillräckligt med ärlig, praktiskt och detaljerad information gällande erektil dysfunktion preoperativt. Männen var inte införstådda i vilka konsekvenser operationen kan ge postoperativt. Nelson et al. (2015) studie belyser detta genom att bristen på tillgänglig information var det första ämnet som fokusgruppen diskuterade. Det ger belägg för hur viktig informationsöverföringen är. Männen känner sig inte delaktiga i sin vård, vilket var något som författarna inte reflekterat över innan i samband med informationsöverföringen. Om männen inte får tillräckligt med information och kunskap kring sin operation och erektil dysfunktion kan de inte heller påverka sin behandling. Enligt Eldh, Ekman och Ehnfors (2006) belyser forskarna patientens preferenser kring delaktighet som en grundpelare för att patienten skall känna sig delaktig. Sjukvården skall tillvarata patientens önskningar och behov. För att patienten skall kunna genomföra ett välgrundat val måste sjukvården ha gett rätt förutsättningar. Grunden för patientdelaktighet är att sjuksköterskan skall vara medveten och aktivt lyssna på patientens berättelse. Sjuksköterskan bör därför ha en vilja att förstå patienternas behov och då ta sig tid till att lyssna (Almerud Österberg, 2014). Det görs genom omvårdnadsprocessens fem olika faser; datainsamling, diagnos, planering; genomförande och utvärdering. Syftet är att kunna individualisera omvårdanden för att kunna tillgodose patienternas behov (Florin, 2014). Det behövs en dialog där information kring erektil dysfunktion förs mellan patient och sjuksköterska. Männen behöver få möjlighet att uttrycka sina personliga behov och önskemål. Enligt kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor (2017) skall omvårdnaden innefatta

patienternas grundläggande behov och upplevelser som de möter i vardagen gällande deras psykosociala, fysiska, andliga och existentiella behov. Författarna drar slutsatsen, utifrån de valda artiklarna, att männen inte fått tillräckligt med utrymme eller möjlighet till att föra fram sina önskemål och behov. Sjuksköterskorna har inte arbetat i enlighet med kompetensbeskrivningen eftersom männens psykosociala behov inte har tillgodosetts. Med stöd enligt Milne et al. (2016), att män som hade fått tillräckligt med information fick en ökad känsla av kontroll och självförtroende. Hade sjuksköterskorna kunnat uppnå liknande resultat om de hade arbetat enligt kompetensbeskrivningen. Vidare beskriver Derogar et al. (2016) att genom information om reducerad sexuell funktion preoperativt gav det effekten att männens besvär relaterat till sin erektila dysfunktion minskade.

Till en början, när männen fick sin diagnos, låg fokus på att överleva och initialt gav det en känslomässig chock (Simon Rosser et al., 2016). Detta kan kopplas samman till Wennick et al. (2017) resonemang om när information kring erektil dysfunktion skall ges, där den känslomässiga kontexten är avgörande. Sjuksköterskan ska ha vetskap om att operationen går ut på att bota männen från sin cancersjukdom. Fokus ligger inte på erektil dysfunktion. Det är under detta steg i sjukvårdsprocessen som männen upplevde sig förbisedda. De fick lite eller ingen information alls kring erektil dysfunktion. Hur erektil dysfunktion skulle få männen att känna eller hur det skulle påverka deras vardagsliv (Simon Rosser et al., 2016). Den bristande delaktigheten är en bidragande faktor till att männen väljer att ifrågasätta sin valda behandlingsmetod, vilket stärks med Nelson et al. (2015) studie. Deltagarna upplevde för lite information relaterat till erektil dysfunktion. Om männen hade haft en klar bild över riskerna med operationen hade de kanske valt en annan behandlingsmetod. De var inte förberedda på hur erektil dysfunktion skulle få dem att känna. Det gavs inte någon möjlighet för männen att föra en djupare, rationell, reflektion kring erektil dysfunktion (O'shaughnessy & Laws, 2010).

Rehabilitering ur ett normativt perspektiv

Männen upplevde att rehabiliteringen inte var personcentrerad och utgick från ett normativt perspektiv. Normer kan förklaras som en föreställning, värdering eller ett ideal och är något som anses önskvärt och normalt. Då normen betraktas som det normala, kan avvikelser ses som icke önskvärt (Dahlborg- Lyckhage, Lau & Tengelin, 2015). I Gannon et al. (2010) studie belyste impotens som en normativ upplevelse. Författarna tolkar det som att normen för männen är att få en erektion och de uppfyller därav inte de krav som samhället ställer. Samhällets normer och värderingar speglar sjuksköterskornas och patienternas syn på hur kroppen skall fungera. Det kan påverka männen hur de uppfattar sjuksköterskans beteende utifrån sina egna föreställningar om hur de upplever sin situation.

Personcentrerad vård består av tre stycken delar; patientberättelsen, upprättande av partnerskap och dokumentation. Patientberättelsen behövs för att kunna etablera ett partnerskap mellan sjuksköterska och patienten. Genom berättelsen redogör männen för sin egen livssituation, hur den påverkas av erektil dysfunktion och vilka konsekvenser det medför. Genom en överenskommelse, dokumentation, bestämmer patienterna tillsammans med sjuksköterskan målet med vårdandet (Kristensson Ugglå, 2014).

Oavsett ålder, sexuell läggning eller relationsstatus fick alla män liknande information (Simon Rosser, et al., 2016). Författarna tycker det är problematiskt då alla män inte går att generalisera till en stor population. Skillnaden i att vara singel eller i ett förhållande tolkas, med stöd i Rosser et al. (2016) studie, som stor. Författarna antar att planeringen till sexuellt

umgänge hos en singel man är mer problematisk än för en man som har ett fast förhållande, där det är lättare att planera. Rehabiliteringen bör därför utformas personcentrat. Sjukvården bör ta sig tid att lyssna på varje mans berättelse och utifrån detta ge individanpassad information. O'Brien (2011) ger belägg för resonemanget. Männerna i deras studie upplevde en rutinmässigt tillhandahållen rehabilitering och brist på kontinuitet gällande sjukvårdspersonal. Det ledde till att männen upplevde svårigheter att upprätta en personlig relation till personalen och hade svårt att kunna delge sina känslor. Att sjukvården inte alltid arbetar personcentrat och inte gör männen delaktiga i sin behandling kan relateras till att cirka 70 % av den postoperativa vården efter prostatektomi utgår från ett standardiserat vårdprogram (Fredericks et. al., 2010).

En aspekt som framkom i Wassersug (2013) artikel är att homosexuella män fick sin diagnos tidigare än andra män. Hypotesen var att homosexuella män mer regelbundet går på olika kontroller inom sjukvården. Författarna tycker det ger belägg för att sjukvården behöver anpassa rehabiliteringen utifrån individen. Detta kan påvisa att homosexuella medelålders män som får prostatacancer och genomgår prostatektomi inte finns med i studier (Gannon et. al., 2010; Rivers et. al., 2011; Schantz Laursen, 2017; Messaoudi et. al., 2011). Då männen aktivt uteslöts från forskningen då det var homosexuella. Kjellström (2017) beskriver vikten av att inte utesluta underrepresenterade grupper och om så görs skall det finnas en tydlig motivering till varför. Det kan leda till att människans möjligheter, i underrepresenterade grupper, försämras sett till deras hälsa och levnadsvillkor. Författarna antar därför att det finns ett mörkertal kring medelålders män som inte representerades i den aktuella forskningen och därmed får sämre förutsättningar.

Manlighet och maskulinitet

En studie gjord av Sand, Fisher, Rosen, Heiman och Eardley (2008) tar upp det viktigaste egenskaperna hos en maskulin man, utifrån männens egen uppfattning. Männerna fick svara på vilka egenskaper som de ansåg ha störst betydelse. Resultatet påvisade följande egenskaper; att bli sedd som en gentleman, vara i kontroll över sitt eget liv och ha vännernas respekt, oavsett ålder, relationsstatus eller om de hade erektil dysfunktion eller inte. Minst vikt lade männen på ett aktivt sexualliv, känna sig attraktiv och ha framgång hos kvinnor. I resultatet framkommer det i flera artiklar att männen känner sig mindre manliga och maskulina (Schantz Laursen, 2017; Rivers et. al., 2011; Messaoudi et. al., 2011; O'shaughnessy & Laws, 2010; Gannon et. al., 2010; Rosser et. al., 2016; Johansson et. al., 2011). Utifrån Sand et al. (2008) bygger männens upplevda minskade maskulinitet på en brist hos ovanstående attribut. Gentleman betyder enligt Svenska Akademiens ordlista (2015) att mannen är belevad och taktfull, som iakttar regler för gott uppträdande. Författarna tycker det syftar till att männen följer de oskrivna samhällsregler som finns gällande tabubelagda ämnen. Att iaktta regler för gott uppförande medför att männen väljer att inte prata om sin erektila dysfunktion. Författarna härleder att vara i kontroll över sitt eget liv är synonymt med att få spontana erektioner. Brist till att få spontana erektioner var ett problem i den postoperativa behandlingen. Det kan bidra till en känsla av minskad maskulinitet. I Gannon et al. (2010) beskrev bristen på spontana erektioner sekundärt till minskad sexuell aktivitet. Manlighet bekräftas med att få spontana erektioner, vilket kan vara anledningen till att många utav männen väljer att avstå behandling eller inte tycker det ger tillräckligt med effekt. Detta i sin tur kan leda till reducerad sexuell aktivitet på grund av den minskade upplevelsen av manlighet. I Simon Rosser et al. (2016) studie upplevde medelålders män en förlust kring sin sexualitet då den försämrades efter operationen. Det kan också härledas till Sand et al. (2008)

studie, att männen inte längre är i kontroll över sin egen sexualitet och påverkar därmed deras upplevda förlust kring sin maskulinitet.

Att bli accepterade och respekterade av sina vänner kan vara anledningen till att männen i resultatet väljer att inte samtala med personer i sin omgivning. Detta kan adderas till avsnittet gällande tabu i diskussionen. Då den upplevda tabun eventuellt kan förklaras som ett sätt att försvara sin manlighet på.

Männens lidande kring erektil dysfunktion

I resultatet kunde författarna påvisa en koppling mellan känsla av förlust, försämrad självuppfattning och sexuell funktion. Även på sociala förväntningar och att erektil dysfunktion upplevs som genant. Detta kan förklaras med att männen inte accepterar sin erektila dysfunktion och kan kopplas ihop med lidandet. Eriksson (2015) beskriver att eliminera sitt lidande och de känslor som lidandet medför, leder till mer oro och ångest, istället för att omfamna lidandet och inte ge upp. Detta återspeglas i människans livssituation huruvida de väljer att gå in i lidandets kamp eller ge upp den. När lidandet är som mest intensiv kommer andra människor inte in inom dess murar. Förmågan att uttrycka och se, för att kunna få hjälp försvinner. Vidare beskrivs att den dagen människan ger upp sin kamp då lider hen inte längre. Denna vetskap bortom fruktan och oro är det som gör människan stark. För att motsägelsefullt ge människan möjlighet att uppleva lust och glädje genom sitt lidande.

En del män omfamnade sitt lidande när de gav upp sina medicineringsförsök (Milne, et. al., 2008). Andra män kände en frustration och kände en förnedring till att behöva använda potenshöjandeläkemedel. Något som tyder på att männen inte har omfamnat sitt lidande och kan därav inte acceptera sin erektila dysfunktion. Albaugh och Ferrans (2010) tog upp att om männen använde intrakavernös injektioner kunde det ge positiva effekter sett till människans sexuella funktion och självuppfattning. Deras allmänna hälsouppfattning eller den övergripande tillfredsställelsen med livet påverkades inte trots användandet av injektioner. Författarna kopplar samman detta med att männen befinner sig i andra stadiet i Arman och Rhensfeldts (2011) lidande förlopp. De har insikt om sin behandling men att deras kamp kring behandlingen fortfarande pågår. När kampen är över kommer det leda till en försoning och påverka deras livskvalitet på alla plan.

En slutsats som kan dras är att männen behöver genomgå alla fyra stadier; förnekande, insikt, kamp och försoning för att kunna försonas och därmed omfamna sitt lidande. Sjuksköterskan behöver därmed förse patientgruppen med emotionellt stöd för att kunna bekräfta och hjälpa varje enskild man vidare i sin kamp mot lidandet och sin erektila dysfunktion.

Kliniska implikationer för omvårdnad

Litteraturstudiens resultat påvisade att det finns brister i omvårdnaden som sjuksköterskan behöver ha i beaktning i mötet med den aktuella patientgruppen. Delaktigheten hos männen ansågs som låg. De fick inte tillräckligt med individanpassad information och fick ingen möjlighet till reflektion eller ifrågasätta sin valda behandlingsmetod. Genom ett personcentrerat arbetssätt, att inte generalisera människans upplevelser, kan sjuksköterskan och sjukvården göra patienten mer delaktig. I Patientlagen (SFS 2014:821) står det angivet att patienten skall få ta del av vilka behandlingsmetoder som finns, risker med behandlingen, hur

eftervården ser ut samt att vården, i den mån det är möjligt, ska utformas i samråd med patienten.

Sjuksköterskan bör ha kännedom och kunskap om förloppet i lidandets fyra stadier, förstå att dessa måste genomgå för att männen skall kunna omfamna sitt lidande. Sjuksköterskan bör därför våga samtala om erektil dysfunktion. Både innan operationen och i ett tidigt stadium postoperativt. Det behöver finnas en medveten kring kontexten till när informationen ges gällande erektil dysfunktion. Resultatet visar att överlevnadsinstinkten är som starkast i början, tills cancersjukdomen är botad och dysfunktionen hamnar därför i skymundan. Erektill dysfunktion kommer i ett senare skede i processen ha en mer avgörande roll i männens liv. Författarna anser därför att dysfunktionen ska tas upp som en möjlig komplikation i det preoperativa skedet. För att vidare belysa att det är vanligt förekommande och något som kan påverka deras livskvalitet. Den postoperativa behandlingen skall utgå från den enskilda individen. Frågor som berör erektil dysfunktion skall tas upp av sjuksköterskan tillsammans med patienten för att underlätta männen i deras lidandeprocess.

Vidare forskning

Författarna tycker att det behövs mer riktad forskning inom området vad gäller medelålders män. Mycket av den forskningen som finns belyser prostatacancerdrabbade män som en enda stor grupp, vilket gör det är svårt att urskilja män i medelålderns upplevelser. Debatten om screening för prostatacancer kan leda till att fler medelålders män väljer att kontrollera om de har högt PSA-värde. Det kan resultera i att fler medelålders män får ställd diagnos tidigare. Trots att det inte var i enlighet med syftet har det under arbetets gång framkommit att homo- och bisexuell mäns upplevelser exkluderas i tidigare forskning. Därför behövs det mer forskning inom åldersgruppen, oavsett sexuell läggning, för att männen inte skall generaliseras i sitt sammanhang.

Konklusion

Männens manlighet påverkas relaterat till deras upplevda känsla av förlust. Den sexuella förmågan avtar och är sammankopplad till männens självkänsla, det hotar deras maskulinitet. Postoperativ behandling kan inte kompensera för förlusten till spontana erektioner. Män tenderar att inte vilja prata om sin erektila dysfunktion med andra som inte har insikt om vikten av problemet. Sjuksköterskan kan då genom omvårdnadsbegreppet lidande få en förståelse för männens situation och fungera som ett emotionellt stöd. För att männen skall kunna omfamna sitt lidande och därmed adaptera sin nya situation.

Då medelålders män inte finns representerade som en egen grupp i forskningen. Finns det en förhoppning från författarnas sida att någon kommer belysa ämnet vidare i framtida forskning. Samtidigt berörs inte sexuell ohälsa efter kirurgiska ingrepp inom grundutbildningen för sjuksköterskor. Anledning kan enligt författarna vara att utbildningens fokus ligger på det friska, vårdandet och tillfrisknandet av sjuka människor. Komplikationer i eftervården som t.ex. erektil dysfunktion berörs inte. Författarna tror att det kan härledas till att sexualiteten anses som privat, genant och tabubelagd. Detta kan också kan vara en förklaring till varför sjuksköterskorna i resultatet väljer att inte samtala eller lägga fokus på männens sexuella hälsa. Oavsett var en grundutbildad sjuksköterska arbetar kommer hen möta patientgruppen och behöver därav ha kännedom kring påverkan och upplevelsen av erektil dysfunktion.

Referenslista

- Adding, C. H., Nilsson, A., Hosseini, A., Carlsson, S., Endler, L., & Wiklund, P. (2012). Radikal prostatektomi-den botande kirurgiska behandlingen. *Lakartidningen*, 109(8), 407–411.
- Albaugh, J A., & Ferrans, C E. (2010). Impact of Penile Injections on Men with Erectile Dysfunction after Prostatectomy. *Urologic Nursing*, 30(1), 64. ISSN: 1053-816X
- Almerud Österberg, S. (2014). Akut omhändertagande ur ett omvårdnadsperspektiv. I A-K Edberg, H Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: hälsa och ohälsa* (s. 687–702). Lund: Studentlitteratur AB.
- Arman, M., & Rehnsfeldt, A. (2011). *Vårdande som lindrar lidande: Etik i vårdandet*. Stockholm: Liber.
- Bratt, O., Myhrman, T., & Thulin, H. (2016) Urologi. I C. Kumlien, & J. Rystedt (Red.). *Omvårdnad & kirurgi* (s.319–344). Lund: Studentlitteratur AB.
- Carrier, J., Edwards, D., & Harden, J. (2018). Men’s perceptions of the impact of the physical consequences of a radical prostatectomy on their quality of life: A qualitative systematic review. *JBIS Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 16(4), 892-972. doi: 10.11124/JBISRIR-2017-003566
- Da Mata, L., Ferreira, T., & De Carvalho, E. (2013). Nursing actions in the perioperative period and in preparing prostatectomy patients for discharge/Acciones de enfermeria en el perioperatorio y en la preparacion para el alta hospitalaria del paciente prostatectomizado/ Intervencoes de enfermagem no perioperatorio e no preparo para alta hospitalar do paciente prostatectomizado. *Investigacion Y Educacion En Enfermeria*, 31(3), 406–413.
- Da Mata, L., & Napoleao, A. (2010). Nursing interventions for patients discharged from prostatectomy: An integrative review. *Acta Paulista De Enfermagem*, 23(4), 574-579. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S00103-21002010000400021>
- Dahlborg- Lyckhage, E., Lau, M., & Tengelin, E. Normer som hinder för jämlik och rättighetsberättigad vård. I E. Dahlborg- Lyckhage., G. Lyckhage., & E. Tengelin (Red.), *Jämlik vård- Normmedvetna perspektiv* (s.37-55). Lund: Studentlitteratur
- Danielson, E. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig metod teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 285–300). Lund: Studentlitteratur AB.
- Derogar, M., Dahlstrand, H., Carlsson, S., Bjartell, A., Hugosson, J., Axén, E., ... Steineck, G. (2016). Preparedness for side effects and bother in symptomatic men after radical prostatectomy in prospective, non-randomized trial. *Acta Oncologica*, 55(12), 1467–1476. doi: 10.1080/0284186X.2016.1213415

- De Oliveira, R. D., Lavinhas Santos, M. C., Rocha, S. R., Batista Braga, V. A., & Alvese Souza, M. (2014). Emotional aspects of prostate cancer post-treatment: An integrative literature review. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 13(4), 699–707.
- De Moraes Lopes, B. M. H., Higa, N. R., Cordeiro, A. S., Rodrigues Estapê, A. N., Levi D'ancona, R. C., & Turato, R. E. (2012). Life Experiences of Brazilian Men With Urinary Incontinence and Erectile Dysfunction Following Radical Prostatectomy. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 39(1), 90-94. doi: 10.1097/WON.0b013e3182383eeb
- Eilat-Tsanani, S., Tabenkin, H., Shental, J., Elmalah, I., & Steinmetz, D. (2013). Patients' Perceptions of Radical Prostatectomy for Localized Prostate Cancer: A Qualitative Study. *Israel Medical Association Journal*, 15(3), 153–157. PMID: 23662377
- Eldh, A., Ekman, I., & Ehnfors, M. (2006). Conditions for Patient Participation and Non-Participation in Health Care. *Nursing Ethics*, 13(5), 503–514. doi: <https://doi.org/10.1191/0969733006nej898oa>
- Emanu, J C., Avildsen, I K. & Nelson, C J. (2016). Erectile Dysfunction after Radical Prostatectomy: Prevalence, Medical Treatments, and Psychosocial Intervention. *Curr opin support palliat care*, 10(1), 102–107. doi: 10.1097/SPC0000000000000195
- Eriksson, K. (2015). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber.
- Etherton, H. (2013). Let's talk about sex: A scheme that helps men with erectile dysfunction is transforming lives. *Nursing Standard*, 27(38), 23.
- Florin, J. (2014). Omvårdnadsprocessen. I A. Ehrenberg, L. Wallin (red.), *Omvårdandens grunder: Ansvar och utveckling* (s.47–78). Lund: Studentlitteratur AB.
- Fredericks, S., Guruge, S., Sidani, S., & Wan, T. (2010). Postoperative Patient Education: A Systematic Review. *Clinical Nursing Research*, 19(2), 144–164. doi: 10.1177/1054773810365994
- Friberg, F. (2017a). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats. Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s.141–152). Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2017b). Tankeprocessen under examensarbetet. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats. Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s.37–48). Lund: Studentlitteratur.
- Galbraith, M., Arechiga, A., Ramirez, J., & Pedro, L. (2005). Prostate cancer survivors' and partners' self-reports of health-related quality of life, treatment symptoms, and marital satisfaction 2.5–5.5 years after treatment. *Oncology Nursing Forum*, 32(2), 30–41. doi: 10.1188/05.ONF.E30-E41

- Gannon, K., Guerro-Blanco, M., Patel, A., & Abel, P. (2010). Re-constructing masculinity following radical prostatectomy for prostate cancer. *The Aging Male*, 2010, Vol.13(4), p.258-264, 13(4), 258-264. doi:10.3109/13685538.2010.487554
- Gentleman. (2015). *Svenska akademins ordlista*. Hämtad: 2019-03-25 från <https://svenska.se/tre/?sok=gentleman&pz=1>.
- Gourdin T. Optimization of therapies for men with advanced prostate cancer: a review of recent developments with a look toward the future. *Curr Opin Oncol*. 2019 Mar 28. doi: 10.1097/CCO.0000000000000521.
- Henricson, M. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Diskussion*. (s. 411–420). Lund: Studentlitteratur AB.
- Hugosson, J., Stranne, J., & Carlsson, S. (2011). Radical retropubic prostatectomy: A review of outcomes and side-effects. *Acta Oncologica*, 50(S1), 92–97 doi.org/10.3109/0284186X.2010.535848
- ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. Svensk Sjuksköterskeförening. 2012. www.swednurse.se (publikationer)
- Iyigun, E., Ayhan, H. & Tastan, S. (2011). Perceptions and experiences after radical prostatectomy in Turkish men: A descriptive qualitative study. *Applied Nursing Research*, 24(2), 101–109 doi: 10.1016/j.apnr.2009.04.002.
- Johansson, E., Steineck, G., Holmberg, L., Johansson, J-E., Nyberg, T., Ruutu, M., & Bill-Axelsson, A. (2011). Long-term quality-of-life outcomes after radical prostatectomy or watchful waiting: The Scandinavian Prostate Cancer Group-4 randomised trial. *The Lancet Oncology*, 12(9), 891–899. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045\(11\)70162-0](http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(11)70162-0)
- Kaplan, M., & Pacelli, R. (2011). The sexuality discussion: Tools for the oncology nurse. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 15(1), 15-7. doi: 10.1188/11.CJON.15-17
- Karolinska Institutet. (2008). *Behandling av prostatacancer varierar*. Hämtad 2019-03-12 från <https://ki.se/forskning/behandling-av-prostatacancer-varierar>
- Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig metod teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 57–80). Lund: Studentlitteratur AB.
- Kristensson Ugglå. (2014). Personfilosofi – filosofiska utgångspunkter för personcentrerad inom hälso- och sjukvård. I I. Ekman (Red.), *Personcentrerad inom hälso- och sjukvård: från filosofi till praktik*. (s.21–68). Stockholm: Liber AB.
- Lombrana, M, Izquierdo, L, Gomez, A, & Alcaraz,. (2012). *Nursing care program for erectile dysfunction after radical prostatectomy*. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 16(5), 178–182. doi: 10.1188/12.CJON.E178-E182

- Messaoudi, R., Menard, J., Ripert, T., Parquet, H., & Staerman, F. (2011). Erectile dysfunction and sexual health after radical prostatectomy: Impact of sexual motivation. *International Journal of Impotence Research*, 23(2), 81–6. doi: <https://doi.org/10.1038/ijir.2011.8>
- Milne, J., Spiers, J., & Moore, K. (2008). Men's experiences following laparoscopic radical prostatectomy: A qualitative descriptive study. *International Journal of Nursing Studies*, 45(5), 765. doi:10.1016/j.ijnurstu.2007.01.006
- Nelson, C. J., Lacey, S., Kenowitz, J., Pessin, H., Shuk, E., Roth, A. J., & Mulhall, J. P. (2015). Men's experience with penile rehabilitation following radical prostatectomy: a qualitative study with the goal of informing a therapeutic intervention. *Psycho-Oncology*, 24(12), 1646-1654. doi:10.1002/pon.3771
- O'Brien, R., Rose, P., Campbell, C., Weller, D., Neal, R D., Wilkinson, C., . . . Watson, E. (2011). "I wish I'd told them": A qualitative study examining the unmet psychosexual needs of prostate cancer patients during follow-up after treatment. *Patient Education and Counseling*, 84(2), 200–207. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.07.006>
- O'shaughnessy, P K., & Laws, T. (2010). Australian men's long term experiences following prostatectomy: A qualitative descriptive study. *Contemporary Nurse*, 34(1), 98–109. doi: <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.5172/conu.2009.34.1.098>
- Partridge, Carolynne. (2011). Erectile dysfunction following radical prostatectomy: A review of current treatment options. *Journal of Stomal Therapy Australia*, 31(4), 6–10. ISSN: 1030-5823
- Prostatacancerförbundet. (2018). *Mustaschkampen 2019*. Hämtad 2019-04-01 från <https://mustaschkampen.eu/>
- RCC. (2017). *Prostatacancer - Nationell kvalitetsrapport för 2017*. Hämtad 2019-03-12 från http://npcr.se/wpcontent/uploads/2018/09/20180913_npcr_nationell_rapport_2017.pdf
- RCC. (2019). *Prostatacancer - Nationellt vårdprogram*. Hämtad 2019-03-12 från <https://www.cancercentrum.se/globalassets/cancerdiagnoser/prostatacancer/vardprogram/nationellt-vardprogram-prostatacancer.pdf>
- Rivers, B. M., August, E. M., Gwede, C. K., Hart, A., Donovan, K. A., Pow-Sang, J. M., & Quinn, G. P. (2011). Psychosocial issues related to sexual functioning among African-American prostate cancer survivors and their spouses. *Psycho-oncology*, 20(1), 106. doi:10.1002/pon.1711
- Röda korset. (2005). *Mall för granskning av vetenskapliga artiklar*. Hämtad 2019-03-04 från <https://gul.gu.se/courseId/87231/node.do?id=42779858&ts=1540798968939&u=-1917127108>

- Sand, M., Fisher, W., Rosen, R., Heiman, J., & Eardley, I. (2008). Erectile Dysfunction and Constructs of Masculinity and Quality of Life in the Multinational Men's Attitudes to Life Events and Sexuality (MALES) Study. *Journal of Sexual Medicine*, 5(3), 583–594. doi: <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1111/j.1743-6109.2007.00720.x>
- Sægrov, S., & Halding, A. (2004). What is it like living with the diagnosis of cancer? *European Journal of Cancer Care*, 13(2), 145–153. doi: <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1111/j.1365-2354.2004.00442.x>
- Schantz Laursen, B. (2017). Sexuality in men after prostate cancer surgery: a qualitative interview study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(1), 120-127. doi:10.1111/scs.12328
- Simon Rosser, B. R., Capistrant, B., Torres, M. B., Konety, B., Merengwa, E., Mitteldorf, D., & West, W. (2016). The effects of radical prostatectomy on gay and bisexual men's sexual functioning and behavior: qualitative results from the restore study. *Sexual and Relationship Therapy*, 31(4), 432-445. doi:10.1080/14681994.2016.1217985
- SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Socialstyrelsen. (2014a). *Om PSA-prov*. Hämtad 2019-04-01 från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19489/2014-8-4.pdf>
- Socialstyrelsen. (2014b). *Nationella riktlinjer för prostatacancer*. Hämtad 2019-03-12 från <https://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/nr-cancer-vetenskapligt-underlag-prostatacancer.pdf>
- Socialstyrelsen. (2018a). *Cancer i siffror 2018 - Populärvetenskapliga fakta om cancer*. Hämtad 2019-03-12 från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20976/2018-6-10.pdf>
- Socialstyrelsen. (2018b). *Prostatacancer, screening med PSA-prov med eller utan annat kompletterande test*. Hämtad 2019-03-12 från <https://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellascreeningprogram/prostatacancer-screeningmedpsal>
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2017). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten*. Hämtad 2019-03-05 från <https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/sbushandbok.pdf>
- Stebbins, M. (2014). Taboo. I *Encyclopedia of Psychology and Religion*. Hämtad 2018-04-08 från https://link-springer-com.ezproxy.ub.gu.se/referenceworkentry/10.1007/978-0-387-71802-6_680#howtocite

- Stinesen-Kollberg, K., Wilderäng, U., Hugosson, J., Wiklund, P., Bjartell, A., Carlsson, S., ... Steineck, G. (2017). How badly did it hit? Self-assessed emotional shock upon prostate cancer diagnosis and psychological well-being: A follow-up at 3, 12, and 24 months after surgery. *Acta Oncologica*, 56(7), 984-990. doi: 10.1080/0284186X.2017.1300320
- Svensk MeSH. (2018). *Hitta medicinska sökord*. Hämtad 2019-03-04 från <https://mesh.kib.ki.se>
- Svenska sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 2019-04-09 från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>
- Wassersug, R J., Lyons, A, Duncan, D., Dowsett, G W., & Pitts, M (2013). Diagnostic and Outcome Differences Between Heterosexual and Nonheterosexual Men Treated for Prostate Cancer. *Urology*, 82(3), 565–571. doi: <https://doi.org/10.1016/j.urology.2013.04.022>
- Wennick, A., Jönsson, A-K., Bratt, O., & Stenzelius, K. (2017). Everyday life after a radical prostatectomy – A qualitative study of men under 65 years of age. *European Journal of Oncology Nursing*, 30, 107–112. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2017.08.008>
- Östlundh, L. (2017). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats. Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s. 59–82). Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1: Söktabeller

Databasens namn: PubMed						
Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
4/3-19	((psychosocial) AND Prostatectomy) AND Erectile Dysfunction	Last 10 years	19	2	2	<i>Life Experiences of Brazilian Men With Urinary Incontinence and Erectile Dysfunction Following Radical Prostatectomy</i> de Moraes Lopes et al.(2012) doi: 10.1097/WON.0b013e3182383eeb
4/3-19	(prostatectomy) AND erectile dysfunction AND qualitative	Last 10 years	18	5	3	Australian men's long term experiences following prostatectomy: A qualitative descriptive study. O'shaughnessy, P., & Laws, T. (2010). doi:10.5172/conu.2009.34.1.098

6/3-19	<p>(((("Self esteem"[Title/Abstract] OR "Self Concept"[Title/Abstract] OR "Self Confidence"[Title/Abstract] OR "Self Esteems"[Title/Abstract])) AND "last 10 years"[PDat] AND middle age[MeSH])) AND (((((((Prostatectomy[Title/Abstract] OR Prostatectomies[Title/Abstract])) AND Prostatectomy[MeSH Terms]) AND "last 10 years"[PDat] AND middle age[MeSH])) AND (("Sexual Dysfunction"[Title/Abstract] OR "Erectile dysfunction"[Title/Abstract] OR Impotence[Title/Abstract] OR "Male Sexual Impotence"[Title/Abstract] OR Dysfunction, Erectile[Title/Abstract])) AND "last 10 years"[PDat] AND middle age[MeSH])) AND "last 10 years"[PDat] AND middle age[MeSH])) AND "last 10 years"[PDat] AND middle age[MeSH]))</p>	Last 10 years	9	7	1	<p>Everyday life after a radical prostatectomy - A qualitative study of men under 65 years of age. Wennick et al. (2017). doi: 10.1016/j.ejon.2017 08 008.</p>
--------	---	---------------	---	---	---	--

7/3-19	<p>((((Erectile dysfunction[Title/Abstract] AND Prostatectomy[Title/Abstract]))) AND prostatectomy[MeSH Terms]) AND (("Sexual Dysfunction"[Title/Abstract] OR "Erectile Dysfunction"[Title/Abstract] OR Impotence[Title/Abstract] OR impotence, Male Sexual[Title/Abstract] OR Dysfunction, Erectile[Title/Abstract]))) AND Erectile Dysfunction[MeSH Terms]) AND (("Self Concept"[Title/Abstract] OR "self Esteems"[Title/Abstract] OR "Self Confidence"[Title/Abstract] OR "Self Esteem"[Title/Abstract] OR "self image"[Title/Abstract] OR experience))</p>	Last 10 years	40	19	9	<p><i>Patients' perceptions of radical prostatectomy for localized prostate cancer: a qualitative study.</i> Eilat-Tsanani et al. (2013). Isr Med Assoc J. 2013 Mar;15(3):153-7. PubMed PMID: 23 662 377</p> <p><i>Erectile dysfunction and sexual health after radical prostatectomy: impact of sexual motivation.</i> Messaoudi et al. (2011).doi: 10.1038/ijir.2011.8.</p> <p><i>Re-constructing masculinity following radical prostatectomy for prostate cancer.</i> Gannon el al. (2010). doi: 10 3109/13685538 2010.487554.</p>
--------	--	---------------	----	----	---	---

Databasens namn: Cinahl

Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
26/2– 19	Prostatic Neoplasms and sexuality and erectile dysfunction	Peer reviewed. År 2008–2018	14	3	3	<i>Sexuality in men after prostate cancer surgery: a qualitative interview study.</i> Schantz, Laursen. (2017). doi- org.ezproxy.ub.gu.se/10.1111/scs.12328
28/2– 19	Erectile Dysfunction and Prostatectomy	År 2008–2018 Middle aged: 45–64	30	11	11	<i>Impact of penile injections on men with erectiledysfunction after prostatectomy.</i> Albaugh (2010). ISSN:1053-816X <i>Men's experiences following laparoscopic radical prostatectomy: a qualitative descriptive study.</i> Milne et al. (2008). ISSN:0020–7489 <i>Men's experience with penile rehabilitation following radical prostatectomy: a qualitative study with the goal of informing a therapeutic intervention.</i> Nelson et. al. (2015) <i>Long-term quality-of-life outcomes after radical prostatectomy or watchful waiting: the Scandinavian Prostate Cancer Group-4 randomised trial.</i> Johansson et al. (2011). ISSN:1470–2045

4/3–19	Erectile dysfunction and psychosocial and prostatic neoplasms	År 2008–2018 Middle aged: 45–64	11	6	5	<i>Psychosocial issues related to sexual functioning among African-American prostate cancer survivors and their spouses.</i> Rivers et al (2011). doi.org.ezproxy.ub.gu.se/101002/pon.1711
6/3–19	Impotence OR "erectile dysfunction" OR "sexual dysfunction" OR "male impotence" prostatectomy, radical OR prostatectomy self concept OR situational low self esteem (NANDA) OR confidence OR life experiences OR "self image"	–	18	5	3	<i>The effects of radical prostatectomy on gay and bisexual men's sexual functioning and behavior: qualitative results from the restore study.</i> Rosser et al (2016). doi: 10.1080/14681994.2016.1217985

Bilaga 2: Mall för bedömning av relevans

Mall för bedömning av relevans

REVIDERAD 2014

Författare: _____ År: _____ Artikelnummer: _____

1. Studiepopulation	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
a) Är den population som deltagarna togs från tydligt beskriven och relevant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är sättet att rekrytera deltagare acceptabelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Är studiens inklusionskriterier adekvata?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Är studiens exklusionskriterier adekvata? ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Undersökt intervention	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
a) Är den undersökta interventionen relevant? ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är den undersökta interventionen administrerad/utförd på ett korrekt sätt? ³	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Är den undersökta interventionen administrerad/utförd på ett reproducerbart sätt? ⁴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Jämförelseintervention	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
a) Är jämförelseinterventionen relevant? ⁵	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Kan man utesluta att val av jämförelseintervention, dos eller administrationssätt/utförande medfört ett systematiskt fel till förmån för endera interventionen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Effektmått	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
a) Har undersökta effektmått klinisk relevans?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Studielängd ⁶	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
a) Är studiens längd adekvat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är uppföljningstiden adekvat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Total bedömning av studierelevans	
Relevant <input type="checkbox"/>	Inte relevant <input type="checkbox"/>



STATENS BEREDNING FÖR
MEDICINSK UTVÄRDERING

MALL FÖR BEDÖMNING AV RELEVANS

Bilaga 3: Mall för kvalitetsgranskning för kvalitativa studier

Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik – patientupplevelser

REVIDERAD 2014

SBU:s granskningsmall bygger på tidigare publicerat material [1,2], men har bearbetats och kompletterats för att passa SBU:s arbete.

Författare: _____ År: _____ Artikelnummer: _____

Total bedömning av studiekvalitet:

Hög Medelhög Låg

Anvisningar:

- Alternativet ”oklart” används när uppgiften inte går att få fram från texten.
- Alternativet ”ej tillämpligt” väljs när frågan inte är relevant.

1. Syfte

	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
a) Utgår studien från en väldefinierad problemformulering/frågeställning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer (syfte, problemformulering, frågeställning etc):

2. Urval

	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
a) Är urvalet relevant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är urvalsförfarandet tydligt beskrivet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Är kontexten tydligt beskriven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Finns relevant etiskt resonemang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Är relationen forskare/urval tydligt beskriven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer (urval, patientkaraktäristika, kontext etc):



STATENS BEREDNING FÖR
MEDICINSK UTVÄRDERING

MALL FÖR KVALITETSGRANSKNING AV STUDIER MED KVALITATIV FORSKNINGSMETODIK

3. Datainsamling	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
a) Är datainsamlingen tydligt beskriven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är datainsamlingen relevant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Råder datamättnad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Har forskaren hanterat sin egen förförståelse i relation till datainsamlingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer (datainsamling, datamättnad etc):

4. Analys	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
a) Är analysen tydligt beskriven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är analysförfarandet relevant i relation till datainsamlingsmetoden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Råder analysmättnad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Har forskaren hanterat sin egen förförståelse i relation till analysen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer (analys, analysmättnad etc):

5. Resultat	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
a) Är resultatet logiskt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är resultatet begripligt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Är resultatet tydligt beskrivet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Genereras hypotes/teori/modell?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Är resultatet överförbart till ett liknande sammanhang (kontext)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Är resultatet överförbart till ett annat sammanhang (kontext)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer (resultatens tydlighet, tillräcklighet etc):

Bilaga 4: Mall för kvalitetsgranskning för kvantitativa studier

Mall för granskning av vetenskapliga artiklar

Detta är ett hjälpmedel för att bedöma vetenskapliga artiklars kvalitet och användbarhet för Dina studiesyften. Besvara inte kriterierna med endast Ja eller Nej. Motivera alltid Din bedömning. Alla frågor är inte relevanta för alla artiklar.

Börja med slutet!	Egna anteckningar
1. Konklusion och/eller diskussion. (eng. Conclusion/discussion)	
Försök att inledningsvis skapa Dig en uppfattning om forskarens konklusioner och/eller diskussion. Det ger dig en utgångspunkt i den fortsatta läsningen. Det är viktigt att veta vad presentationen av artikeln ska leda till för att kunna bedöma relevansen i vad som representerar underlaget för forskarens argumentation. a) Vilka resultat dominerar diskussionen och/eller konklusionen? b) Formulera Din uppfattning om konklusionen/diskussionen. Det kommer att vara en värdefull utgångspunkt i Din vidare läsning.	
2. Syfte (eng. Purpose, Aim)	
a) Vad är syftet med studien/undersökningen? b) Finns det några specifika frågeställningar formulerade? c) Verkar det rimligt i förhållande till Din egen utgångspunkt?	
3. Bakgrund (eng. Introduction, Background, Literature review, Conceptual framework)	
a) Refererar författaren till tidigare forskning? Om ja, vilken? b) Presenteras en teori som utgör ramen för studien? Om ja, vilken/vilka? c) Finns viktiga termer och/eller begrepp definierade? Om ja, vilken/vilka? d) Förtydligas eller förklaras det i bakgrunden varför denna studie är nödvändig? Om ja, med vilka argument? e) Beskriver forskaren sin egen förförståelse eller sitt eget synsätt (viktigt i studier med kvalitativa data). Om ja, hur? f) Verkar bakgrunden rimlig i förhållande till Din egen utgångspunkt och författarens syfte?	

Detta förstår jag inte:

4. Metod (eng. Method: Study setting, Sample, Participants, Procedure, Intervention)	
<p>a) Vilken typ av studie utfördes (ex. experiment, hermeneutisk textanalys)?</p> <p>b) I vilken miljö genomfördes studien ex. sjukhus, skola, laboratorium)?</p> <p>c) Urval (vem, vilka, vad undersöktes)? Beskrivs ev. försökspersoner, var de unika på något sätt eller "normaltyper".</p> <p>d) Hur gick man tillväga för att välja deltagare/försökspersoner (ex. slumpmässigt urval, konsekutivt, strategiskt urval)?</p> <p>e) Hur många deltagare/försökspersoner ingick i studien?</p> <p>f) Erhölls godkännande från etisk kommitté? Beskrivs det hur försökspersonernas identitet skyddades och frivillighet garanterades?</p> <p>g) Hur gick datainsamlingen till (ex. mätningar, enkäter, intervjuer, observationer)?</p> <p>h) Verkar metoden för datainsamlingen och ev. val av försökspersoner rimliga och relevanta i förhållande till Din egen utgångspunkt och forskarens syfte?</p> <p>i) På vilket sätt <u>analyserades</u> materialet (statistiska metoder, begreppsanalys, viss tolkningsmetod etc)?</p> <p>j) Användes beskrivande statistik (tabeller, figurer, stapeldiagram etc) och/eller statistiska analyser? Om ja, vilka?</p> <p>k) Vid statistisk analys, vilka variabler undersöktes?</p> <p>l) Beskrivs hur validitet och reliabilitet (kvantitativa analyser), trovärdighet och överförbarhet (kvalitativa analyser) säkerställes?</p> <p>m) Tycker Du att metodavsnittet ger en tydlig beskrivning av tillvägagångssättet? Skulle det vara möjligt att göra om (replikera) studien genom att följa metodbeskrivningen?</p> <p>n) Verkar metoden som helhet rimlig i förhållande till Din egen utgångspunkt och forskarens syfte? Finns det svagheter av betydelse för just Dina syften?</p>	

Detta förstår jag inte:

5. Resultat (eng. Results, Findings)	
<p>a) Beskriv resultaten av undersökningen.</p> <p>b) Om statistiska analyser använts identifiera de resultat som är statistiskt signifikanta och ange signifikansnivån.</p> <p>c) Vid tolkande analyser, ange teman och/eller kategorier. Verkar resultaten logiska, tillförlitliga och trovärdiga?</p>	
6. Diskussion och/eller konklusion (eng. Discussion, Conclusion, Implications for further research)	
<p>Läs nu diskussion och konklusion igen.</p> <p>a) Vilka slutsatser drar forskaren?</p> <p>b) Vilka begränsningar diskuterar forskaren?</p> <p>c) Räkna upp förslag på fortsatt forskning, forskarens och/eller egna.</p> <p>d) Verkar detta rimligt i förhållande till Din egen utgångspunkt och forskarens syfte?</p>	
7. Innebörden av studien för den praktiska vården (eng. Clinical implications, Implications for practice)	
<p>a) Vilka resultat kan ha betydelse för den praktiska vården enligt forskaren?</p> <p>b) Anser Du att resultaten är lämpliga att omsätta i praktiskt vårdarbete? Om ja, i vilken miljö?</p> <p>c) Hur skulle användandet av dessa resultat förändra arbetet på Din avdelning? Beskriv utifrån tidsaspekter, arbetsbelastning, ekonomi, juridiska och etiska aspekter, kvalitet för vem/vilka grupper.</p>	
8. Sammanfattande helhetsbedömning	
<p>a) Syftet: varför har undersökningen gjorts?</p> <p>b) Genomförandet: på vilket sätt har undersökningen gjorts?</p> <p>c) Kvaliteten: hur bra <u>anser du</u> att undersökningen är?</p> <p>d) Relevans: är denna studien relevant för dina patienter?</p>	

Detta förstår jag inte:

Bilaga 5: Översiktstabell av valda artiklar

Artikels namn, författare, publiceringsår, land	Syfte	Material och metod	Resultat	Kommentarer om kvaliteten
<p>Impact of Penile Injections on Men With Erectile Dysfunction after Prostatectomy.</p> <p>Albaugh, J A & Estwing Ferrans, C. (2010).</p> <p>USA.</p>	<p>Syftet var att bestämma effekterna av intrakavernös injektion med specifika aspekter av livskvalitet för behandling av erektil dysfunktion, hos män efter prostatektomi samt användningsbarriärer.</p>	<p>Kvantitativ artikel med 20 män i en deskriptiv dataanalys. Med frågeformulär där upprepad mätning analys av ANOVA användes för att jämföra skillnader före behandlingen en och tre månader efter behandling.</p> <p>Medelålder 58. SD 8.8.</p>	<p>Männen i denna studie rapporterade förbättrad tillfredsställelse med sexuella relationer och förbättrade självförtroende och självkänsla.</p> <p>Även om injektioner förbättrade erektil funktion, sexuell relation och självförtroende, påverkade det inte den allmänna hälsouppfattningen och övergripande tillfredsställelsen med livet. Vidare använde ändå 60% av männen injektionen varje vecka eller upp till fyra gånger per månad.</p> <p>Orsaker till minskad användning eller inte användning av läkemedlet berodde på enl. patienterna brist på behandlingseffektivitet, smärta, rädsla för priapism och psykologiska svårigheter.</p>	<p>Hög.</p>
<p>Life Experiences of Brazilian Men With Urinary Incontinence and Erectile Dysfunction Following Radical Prostatectomy.</p> <p>De Moraes Lopes, M. B., Higa, R. N., Cordeiro, S. A., Rodrigues Estapê, N. A., Levi D'Ancona, C. R., & Turato, E. (2012).</p>	<p>Syftet med studien var att utforska den psykosociala betydelsen och efterdyningar av att ha urininkontinens och erektil dysfunktion.</p>	<p>En kvalitativ artikel som hade semi-strukturerade enskilda intervjuer med öppna frågor. Intervjuerna spelades in och transkriberades. Data analyserades och delades in i olika teman.</p> <p>10 män i åldern 48–74 år.</p>	<p>Resultatet presenterades i tre olika teman. (1), ifrågasättande av sin sexualitet. (2), en kropp utan makt/ledning. (3), upplevelse av förlust.</p>	<p>Hög.</p>

Brasilien.				
<p>Patients' Perceptions of radical Prostatectomy for localized Prostate cancer: a Qualitative study.</p> <p>Eilat-Tsanani, S., Tabenkin, H., Shental, J., Elmalah, I., & Steinmetz, D. (2013).</p> <p>Israel.</p>	<p>Syftet med studien var att beskriva hur män uppfattar och hur de hanterade utfallet av en radikal prostatektomi.</p>	<p>Kvalitativ studie med semistrukturerade intervjuer, med öppna frågor. Svaren analyserades och transkriberades samt delades in i olika teman.</p> <p>22 män deltog i åldern 60–81 år.</p>	<p>Resultaten delades in i olika teman. (1), förväntningar på sjukdomen och behandlingen. (2), Utfallet från behandlingen samt hur de lever med det. (3), värdet av att operera sig. (4). Bristande psykosocial support. (5), Kirurgen som support.</p>	Hög.
<p>Re-constructing masculinity following radical prostatectomy for prostate cancer.</p> <p>Gannon, K., Guerro-Blanco, M., Patel, A & Abel, P. (2010).</p> <p>Storbritannien.</p>	<p>Studie syftade till att undersöka hur män försöker konstruera och rekonstruera maskulinitet efter radikal prostatektomi för prostatacancer.</p>	<p>Kvalitativ studie som intervjuade 7 män. Intervjuerna varade från 45 min till 2 h och var bandinspelade och transkriberade. Intervjuerna leddes av ett halv strukturerat intervju-schema uppdelat i tre avsnitt: (a) Kort introduktion där deltagarna uppmanades att prata om sig själva i allmänhet; b) frågor om sitt liv före behandling och (c) frågor om hur de kände sig efter behandling.</p> <p>Åldersspannet 63–70 år och deltog mellan 7–15 månader efter operationen.</p>	<p>Teman som forskarna kom fram till beskrev effekten av operationen. Det som hittades var påverkan på männens maskulina identitet, sexuell aktivitet, impotens som normativ upplevelse, mental motståndskraft och sårbarhet.</p>	Hög.
<p>Long-term quality-of-life outcomes after radical prostatectomy or watchful waiting: the Scandinavian Prostate Cancer Group-4</p>	<p>Syftet var att utvärdera hur män som genomgått en radikal prostatektomi eller vaksam väntan bedömde livskvaliteten</p>	<p>Kvantitativ studie. Scandinavian Prostate Cancer Group Study Number 4 (SPCG-4) Randomiserad studie med frågeformulär med livskvalitetsfrågor.</p>	<p>Psykosocialt så skilde sig SPCG-4-grupperna lite åt med 97% med symtom som delades in i fyra grupper som erektil dysfunktion, svag urinstråle, urinläckage eller nocturia, i kontrollgruppen påvisade</p>	Hög.

<p>randomised trial.</p> <p>Johansson, E., Steineck, G., Holmberg, L., Johansson, J-E., Nyberg, T., Ruutu, M & Bill-Axelsson, A. (2011).</p> <p>Sverige.</p>	<p>samt identifierade fysiska och psykiska faktorer.</p>	<p>166 män deltog i studien</p> <p>Åldersspannet är 63–85 år. Medelålder 77 år. Männerna skulle ha haft erfarenhet av prostatacancer i minst 10 år. Vidare delades dem in i tre undergrupper, vaksamt väntande, radikal prostatektomi och befolkningsbaserad kontrollgrupp.</p>	<p>65% symtom. Både SPCG-4-grupperna och kontrollgruppen trodde att deras sexualitet skulle vara en del av deras manlighet. Måttlig till stor oro i den övergripande gruppen på grund av förlust av erektion rapporterades av fler män i gruppen radikal prostatektomi än av vaksamma väntande gruppen. Ångest utifrån lägre självkänsla på grund av minskad erektion sågs hos fler patienter i den radikala prostatektomi gruppen än i den vaksamma väntande gruppen.</p>	
<p>Erectile dysfunction and sexual health after radical prostatectomy: impact of sexual motivation.</p> <p>Messaoudi, R., Menard, J., Ripert, T., Parquet, H., & Staerman, F. (2011).</p> <p>Frankrike.</p>	<p>Syftet med studie var att bedöma effekterna av radikal prostatektomi relaterat till patienternas sexuella hälsa och tillfredsställelse sett till sexuell motivation, en grupp med låg och en med hög motivation.</p>	<p>Kvantitativ studie där 63 patienter svarade på ett frågeformulär som skulle få deltagarna att själva skatta sin sexuella hälsa. Där de kunde skatta sina svar i en skala från 0–10.</p> <p>Medelåldern var 63.9. SD 6.7.</p>	<p>Resultatet efter operationen rapporterade 52.4 % en lägre sexlust, 79,4 % hade samlag mer sällan än innan operationen, 39.7% led av anorgasmi, 38.1% av deltagarna hade mindre tillfredsställande orgasmer, 68.3% kände en större ångest. Bland patienterna som var mest sexuellt aktiva rapporterades det av 76% kände sig mindre manliga, 52% hade en lägre självkänsla och 36 % hade en oro kring hur det skulle prestera sexuellt.</p>	<p>Hög.</p>
<p>Men's experiences following laparoscopic radical prostatectomy: A qualitative descriptive study.</p> <p>Milne, L. J., Spiers, A. J., & Moore, N. K. (2008).</p> <p>Kanada.</p>	<p>Syftet var att utforska mäns upplevelser efter en laparoskopisk radikal prostatektomi och hur adekvat deras pre- och postoperativa behov har tillgodosetts.</p>	<p>Kvalitativ deskriptiv design där 19 män deltog. Intervjuer skedde i semistrukturerad form i kombination med gruppintervjuer och kategoriserade data i olika teman.</p> <p>Medelålder 62 år i åldersspannet 46-76 år.</p>	<p>Resultatet presenterades i olika teman. (1), tillskansa sig information om behandlingen. (2), fördelen med laparoscopi. (3), oväntade symtom och tecken. (4), upplevelse av kateter. (5), hantera kateter. (6), betydelsen av sex. (7), pusha sig själva efter operation. (8), att ha någon nära. (9), ovissheten om sitt nya liv.</p>	<p>Hög.</p>

<p>Men's experience with penile rehabilitation following radical prostatectomy: a qualitative study with the goal of informing a therapeutic intervention</p> <p>Nelson, C., Lacey, S., Kenowitz, J., Pessin, H., Shuk, E., Roth, A., & Mulhall, J. (2015).</p> <p>USA.</p>	<p>Syftet med studien var att undersöka människors upplevelser av erektil rehabilitering, erektil dysfunktion, användandet av injektioner för att få erektion samt få feedback.</p>	<p>Kvalitativ artikel. Trettio män deltog i studien. Där deltagarna ingick i en fokusgrupp med semistrukturerade intervjuer som utgick från ett frågeformulär. Samtidigt som det satt forskare bakom en spegelvägg som observerade och noterade gruppens svar. Samtalen spelades in och transkriberades av ett utomstående bolag. Forskarna använde en tematisk analys och delade in svaren i olika teman.</p> <p>Medelålder 59 år. SD 7.</p>	<p>Resultatet delades in i sex stycken teman. (1), Frustration över den bristande informationen de fått postoperativ. (2), negativa känslor relaterat till erektil dysfunktion och undvika sexuella situationer. (3), negativa känslor relaterat till deras erfarenheter av penisinjektioner och hinder som ledde till att de undvek det. (4), fördelen med att fokusera på vad rehabiliteringen kommer ge på lång sikt jämfört med den ångest deltagarna hade på kort sikt. (5), använda humor som ett sätt klara av situationen. (6), fördelen med att få stöd från partner och likasinnade kamrater.</p>	<p>Hög.</p>
<p>Australian men's long term experiences following prostatectomy: A qualitative descriptive study.</p> <p>O'shaughnessy, P., & Laws, T. (2010).</p> <p>Australien.</p>	<p>Syftet med studien var att beskriva hur människors långsiktiga återhämtning ser ut efter operationen sett till sina upplevda komplikationer</p>	<p>Kvalitativ studie. Intervjuade tre stycken deltagare enskilt med öppna frågor som generade underlaget för resultatet. Forskarna hade även en gruppintervju med åtta andra deltagare som också låg till grund för resultatet. Samtliga intervjuer var av semi-strukturerade och spelades in. En forskare ledde intervjuerna och en annan satt tyst och noterade svaren men också kroppsspråk, gester, ansiktsuttryck. Svaren som deltagarna gav kategoriserades i olika teman.</p> <p>Deltagare hade genomgått, sex månader eller mer, en prostatektomi. Totalt 11 stycken män.</p>	<p>Resultatet presenterades i tre stycken teman. (1), inkontinens. (2), sexuell hälsa, männen uppgav att de tydlig förstod att operationen skulle ge effekter på deras sexualliv. Män som fick en diagnos sent i livet såg att överleva som en större betydelse än att få en långtids påverkan på sexuallivet. Medan män som fick diagnosen tidigare i livet vägde risken för att drabbas av ED tyngre i valet om de skulle opereras eller inte. (3), förändrad självuppfattning och förändrad kroppsbild.</p>	<p>Medelhög, pga. avsaknad av tydligt åldersspann.</p>

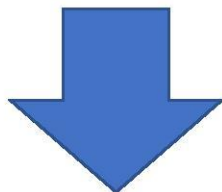
<p>Psychosocial issues related to sexual functioning among African-American prostate cancer survivors and their spouses.</p> <p>Rivers, B., August, E., Gwede, C., Hart, A., Donovan, K., Pow-Sang, J., & Quinn, G. (2011).</p> <p>USA.</p>	<p>Syftet med studien var att identifiera och beskriva de mest framträdande psykosociala problemen relaterat till sexuell funktion hos afroamerikaner och deras partner.</p>	<p>Kvalitativ artikel. Använde sig av individuella semistrukturerade intervjuer. De spelades in och transkriberades. Data analyserades och kategoriserades i olika teman.</p> <p>11 stycken deltog. Männerna i studien var i åldern 51–70 år, medelåldern 59,75 år.</p>	<p>Männens uppfattningar var att de oftast diskuterade ED som den komplikation som hade störst betydelse. Att drabbas av ED ledde till de kände en minskad manlighet eller maskulinitet. Vilket resulterade i minskad självkänsla och självförtroende. Några män tyckte att de inte hade fått tillräckligt med information gällande risken att drabbas av ED. Många män tyckte att det fick många alternativ till att handskas med ED men utan detaljinformation om vad varje alternativ gick ut på.</p> <p>De var få av männen som uppgav att de diskuterade sina problem med sin partner. Där de flesta män spekulerade i hur deras fruar kände, utan att fråga. Dock uppgav de flesta av männen att deras relation var god utan att ha ett sexuellt umgänge med sin partner.</p>	<p>Hög.</p>
<p>Sexuality in men after prostate cancer surgery: a qualitative interview study.</p> <p>Schantz Laursen, B. (2017).</p> <p>Danmark.</p>	<p>Syftet var att belysa vilken effekt operation som behandlingsmetod har på mäns sexualitet.</p>	<p>Kvalitativ artikel där analysen görs utifrån en induktiv design med fenomenologisk hermeneutisk ansats som innebär en tolkning av intervjuer i text. För att hitta strukturer och innebörder. Bekvämlighetsurval användes som urvalsmetod och semistrukturerad intervjuform med fyra män i åldern 55–68 år.</p>	<p>Resultatet framställdes i fyra olika teman. (1), brist på kontroll. Behovet av att planera och inte kunna gå på som innan påverkade männens manlighet. (2), självuppfattning. Penisen blir ofta mindre efter en operation. Svårt för att prata om och visa känslor, använde därför sex som ett sätt att visa detta på. Kände sig sårbar och utsatt, behövde hitta ett nytt sätt att kommunicera. Förnedrande att använda medicin och valde därför att avstå från sex. (3), intima relationer. Minskad sexlust och osäkerhet till att nya relationer. Insikten av att inte kunna slutföra ett samlag var djupt</p>	<p>Hög.</p>

			frustrerande för männen och det var en ständigt återkommande tanke. Att inte få erektion fick männen att känna sig skyldig, som att han nonchalerade i sin fru. (4), Omdefinierad sexualitet. Där grunden till att lyckas för att kommunicera med sin partner. För några tog detta tid och var en jobbig process men för andra gick processen fort.	
<p>The effects of radical prostatectomy on gay and bisexual men's mental health, sexual identity and relationships: qualitative results from the restore study.</p> <p>Simon Rosser, B., Capistrant, B., Torres, M., Konety, B., Merengwa, E., Mitteldorf, D., & West, W. (2016).</p> <p>USA.</p>	<p>Belysa effekterna av att genomgå en radikal prostatektomi, hur det påverkar bi- och homosexuella hälsa, sexuella identitet och relationer.</p>	<p>Studien är en innehållsanalys och en grounded theory. Telefonintervjuer genomfördes med 19 homo- och bisexuella män. Resultatet delades in i olika teman.</p>	<p>Resultatet gav 5 stycken teman. (1), chock över diagnosen. (2), en självupplevd depression. (3). En oro relaterat till sexuella situationer. (4), en känsla av bedrövelse/smärta. (5). En varaktig känsla av förlust kring sitt självförtroende relaterat till sexualiteten.</p>	Hög.
<p>Everyday life after a radical prostatectomy e A qualitative study of men under 65 years of age.</p> <p>Wennick, A., Jönsson, A-K., Bratt, O., & Stenzelius, K. (2017).</p> <p>Sverige.</p>	<p>Syftet med studien är att belysa hur män under 65 år upplever sitt vardagliga liv ett år eller mer, efter att ha genomgått en radikal prostatektomi.</p>	<p>Är en deskriptiv kvalitativ studie med en induktiv ansats som innehöll semistrukturerade intervjuer. Insamlade data analyserades och transkriberades samt delades in i olika kategorier, teman.</p> <p>Åldersspannet 49–65 år. Medelålder 62 år.</p>	<p>Resultaten delades in i tre stycken teman. (1), betala ett pris för överlevnad. (2), känna sig åsidosatta. (3), leva med döden runt hörnet.</p>	Hög.

Bilaga 6: Analysschema för temaindelning

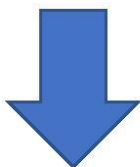
Meningsbärande enheter:

- Brist på kontroll.
- Självpupfattning.
- Intima relationer.
- Omdefinierad sexualitet.
- Tillskansa sig information om behandlingen.
- Fördelen med laparoskopi.
- Övuntade symtom och tecken.
- Upplevelse av kateter.
- Hantera kateter.
- Betydelsen av sex.
- Pusha sig själva efter operation.
- Att ha någon nära.
- Ovissheten om sitt nya liv.
- Frustration över den bristande informationen de fått postoperativt.
- Negativa känslor relaterat till erektil dysfunktion och undvika sexuella situationer.
- Negativa känslor relaterat till deras erfarenheter av penisinjektioner och hinder som ledde till att de undvek sex.
- Fördelen med att fokusera på vad rehabiliteringen kommer ge på lång sikt jämfört med den ångest deltagarna hade på kort sikt.
- Använda humor som ett sätt klara av situationen.
- Fördelen med att få stöd från partner och likasinnade kamrater.
- Inkontinens.
- Sexuell hälsa.
- Förändrad kroppsuppfattning.
- Ifrågasättande av sin sexualitet.
- En kropp utan makt/ledning.
- Upplevelse av förlust.
- Chock över diagnosen.
- Självpupplevd depression.
- Oro relaterat till sexuella situationer.
- Känsla av bedrävelse/smärta.
- Varaktig känsla av förlust kring sitt självförtroende relaterat till sexualiteten.
- Betala ett pris för överlevnad.
- Känna sig åsidosatta.
- Leva med döden runt hörnet.
- Förväntningar på sjukdomen och behandlingen.
- Utfallet från behandlingen samt hur de lever med det.
- Värdet av att operera sig.
- Bristande psykosocial support.
- Kirurgen som support.
- Maskulin identitet och sexuell aktivitet, impotens som normativ upplevelse, mental motståndskraft och sårbarhet.



Vår tolkning av meningsenheter till underteman:

- Känsla av förlust
- Försämrad självkänsla, självförtroende och självbild
- Genant ämne
- Sociala förväntningar och normer
- Männens behov av att få information
- Bristande och rutinmässig information
- Begränsning till reflektion och personliga uttryck
- Behov av kunskap och samtalsstöd med sjuksköterska
- Förbättrad självkänsla
- Realistiska förväntningar kring erektil dysfunktion
- Brist på spontanitet
- Heterosexuellt perspektiv riktat mot en typ av man



Våra valda teman:

- Personliga upplevelser kring erektil dysfunktion.
- Erfarenheter kring att få information gällande erektil dysfunktion.
- Upplevelser kring postoperativ behandling.