



HÖGSKOLAN  
Dalarna

Institutionen för hälsa och samhälle  
Examensarbete inriktning omvårdnad  
Grundnivå II, 15 högskolepoäng  
Termin 6, 2007

# Prostatacancer

Männens Upplevelser av Livskvalitet samt  
Behov av Stöd från Sjuksköterskan och Närstående.

En systematisk litteraturstudie

Författare:  
Elin Thomsgård  
Madeleine Grudin

Handledare:  
Marianne Häggblom

Examinator:  
Charlotte Hillervik



HÖGSKOLAN  
Dalarna

School of Health and Social Sciences  
Essay Course - Nursing  
Undergraduate level II, 15 ECTS - credits  
Term 6, 2007

# Prostate Cancer

Men's Experiences of Quality of Life and  
their Needs of Support from the Nurse and the Family.

A systematic literature review

Authors:  
Elin Thomsgård  
Madeleine Grudin

Supervisor:  
Marianne Häggblom

Examiner:  
Charlotte Hillervik

## **SAMMANFATTNING**

Syftet med denna systematiska litteraturstudie var att beskriva männens upplevelser av livskvalitet vid prostatacancer samt deras behov av stöd från sjuksköterskan och närstående. Studiens resultat grundade sig på 17 vetenskapliga artiklar av både kvalitativ samt kvantitativ ansats. Artiklarna söktes med hjälp av valda sökord via Högskolan Dalarnas databaser. Artiklarna kvalitetgranskades utifrån modifierade granskningsmallar. Resultatet visade att män med prostatacancer upplevde urininkontinens som den svåraste emotionella upplevelsen och de kände stor frustration över att inte kunna kontrollera sin vattenkastning. Männen negligerade sina kroppar på grund av sina inkontinensbesvär. Männen beskrev även att de upplevde en saknad efter lust för sexuell samvaro speciellt de yngre männen som uttryckte förtvivlan över sin nedsatta erektionsförmåga. Männen upplevde förändringarna i sin identitet och maskulinitet som mycket smärtsamma. I stödet från sjuksköterskan beskrev männen att de kände en saknad efter att få diskutera existentiella frågor och tankar med sjuksköterskan medan andra män upplevde att sjuksköterskan bemötte deras behov av stöd. Männen kände sig lugna när de samtalat med sjuksköterskan. I stödet från närstående uppskattade männen sin partners omtanke och förståelse. De förlitade sig främst på sin partner och familj som fanns vid deras sida för att tillsammans dela de djupaste tankar och funderingar.

**Nyckelord:** livskvalitet, närstående, prostatacancer, sjuksköterska, stöd, upplevelser

**Keywords:** experiences, nurse, prostate cancer, quality of life, spouses, support

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING .....	1
<b>Syfte</b> .....	<b>5</b>
<b>Frågeställningar</b> .....	<b>6</b>
<b>Begreppsdefinitioner</b> .....	<b>6</b>
METOD .....	6
<b>Design</b> .....	<b>6</b>
<b>Urval av litteratur</b> .....	<b>6</b>
<b>Datainsamlingsmetod</b> .....	<b>8</b>
<b>Analys</b> .....	<b>8</b>
<b>Etisk granskning</b> .....	<b>8</b>
RESULTAT .....	9
<b>Männens upplevelser av livskvalitet vid prostatacancer</b> .....	<b>10</b>
<i>Att leva med inkontinens</i> .....	<i>10</i>
<i>Att förlora en del av sin manlighet</i> .....	<i>11</i>
<i>Att leva i vardagen</i> .....	<i>13</i>
<b>Männens behov av stöd från sjuksköterskan</b> .....	<b>14</b>
<i>Existentiellt stöd</i> .....	<i>14</i>
<i>Informativt och socialt stöd</i> .....	<i>15</i>
<b>Männens behov av stöd från närstående</b> .....	<b>16</b>
<i>Emotionellt och socialt stöd</i> .....	<i>16</i>
<i>Informativt och praktiskt stöd</i> .....	<i>17</i>
DISKUSSION .....	17
<b>Sammanfattning av huvudresultatet</b> .....	<b>17</b>
<b>Resultatdiskussion</b> .....	<b>18</b>
<b>Metoddiskussion</b> .....	<b>20</b>
<b>Förslag till vidare forskning och Konklusion</b> .....	<b>22</b>
REFERENSER .....	23
Bilaga I	
Bilaga II	

## INLEDNING

Att få ett besked om en allvarlig sjukdom såsom cancer är alltid en psykologisk ansträngning och utmaning i livet för den drabbade och de närstående (Adami, Grönberg, Holmberg, Johansson, Widmark, Cederquist, 2006). När en människa får diagnosen cancer är det inte alla gånger helt främmande, tankarna har kanske redan funnits där. För många är dock beskedet helt oväntat och det är då det är svårare att förstå. De som drabbas av cancer upplever detta som överkligt, för många känns det som en dröm, att snart vakna och allt är som ”vanligt”(Plate, 2003). I dag lever cirka 300 000 svenskar med diagnosen cancer. De vanligaste formerna av cancer är bröstcancer, prostatacancer och tjocktarmscancer (Adami et al., 2006).

### **Patologi**

Då gamla celler dör ersätts de efter hand av nya celler och detta sker genom celledning. Det bör vara balans mellan cellförlust och nybildning av celler. Om vissa celler börjar dela sig snabbare än de gamla cellerna dör bildas en cellklump, en så kallad tumör eller svulst. Tumören är benign då den inte växer in i den kringliggande vävnaden. Vid malign tumör växer tumören in i den omgivande vävnaden och förstör dess struktur eller också sprider sig tumören till andra delar av kroppen. Cancerceller har förlorat sin normala tillväxtkontroll och delar sig okontrollerat (Bjälle, Haug, Sand, Sjaastad & Toverud, 2004).

### **Förekomst av prostatacancer**

Den vanligaste cancerformen bland män i Sverige är prostatacancer och den utgör cirka 35 procent av all cancer hos män. År 2003 diagnostiserades 9035 nya fall av prostatacancer och ungefär var tionde man kommer någon gång under sitt liv drabbas av sjukdomen. Risken att drabbas av prostatacancer ökar med stigande ålder och är vanligast bland män mellan 60-70 år. I Sverige dör årligen cirka 2300 män i prostatacancer. Antalet upptäckta fall av prostatacancer har ökat under de senaste åren. Detta beror troligen på ökad användning av prostata specifikt antigen (PSA) där fler fall av prostatacancer upptäcks i ett tidigt skede. Globalt diagnostiseras det cirka en halv miljon fall av prostatacancer varje år. Sjukdomen är vanligare i Europa, USA, Canada och Australien än i Asien (Cancer i siffror, 2005; Nationella riktlinjer för prostatacancer, 2007). En studie av Ben-Shlomo, Chingwundoh, Enver, Lee, Nargund och Oliver (2006) visade att män från Afrika och Karibien har tre gånger större risk att drabbas av prostatacancer än vad europeiska män har.

Den visade även att det inte fanns några betydande etniska skillnader vid PSA-prov men att svarta män låg lite högre vid PSA-prov men att det kunde bero på en slump enligt författarna. I en studie av Aareleid, Anderson, Corazziari, Hakulinen, Moller, Mugno, Storm och Tryggvadottir (2003) framkom att Sverige var det land där förekomsten av prostatacancer var högst jämfört med övriga länder i Norden.

### *Etiologi*

Orsaken till prostatacancer är inte känd men vissa faktorer kan påverka risken för prostatacancer. De faktorer som kan öka risken för prostatacancer är ärftlighet, ålder och livsstil (Cancer i siffror, 2005; Adami et al., 2006). En studie av Porter och Stanford (2004) visade att män med övervikt hade minst risk att drabbas av prostatacancer.

### *Stadieindelning*

Vid stadieindelning av prostatacancer används TNM-systemet (tumour nodes metastases) som är det vanligaste graderingssystemet vid prostatacancer. Systemet består av bokstäver och siffror i kombination med varandra. Vid T0 kan ingen primärtumör påvisas och vid T1 är tumören inte palpabel vid rektalpalpation eller vid ultraljudsundersökning. Då tumören är diagnostiserad med transuretral resektion av prostata (TURP) används kombinationen T1a och T1b. Det enda som skiljer dessa kombinationer åt är volymen av resektatet. Vid T1c är tumören diagnostiserad med PSA. T2 innebär att tumören är begränsad till prostata och den är även palpabel per rektum. När tumören växt igenom kapseln betecknas den med T3 och då den invaderat kringliggande strukturer T4. N0 betyder att lymfkörtlarna är undersökta och fria från tumörer, vid N+ har metastasering skett till lymfkörtlarna och då lymfkörtlarna inte är undersökta betecknas det med Nx. När skelettet är undersökt men fritt från metastasering betecknas det med M0, med metastaser M+ och då skelettet inte är undersökt Mx (Haglund & Hamberger, 2002).

### *Symtom*

Prostatacancer börjar med att cancerceller tillväxer i prostatan. Tillväxten kan ske under en längre tid utan att ge några symtom. Typiska symtom är täta urinträngningar, svårt att komma igång med vattenkastningen, svag urinstråle, svårighet att tömma blåsan och ett behov av att kasta vatten ett flertal gånger under natten, nykturi (Adami et al., 2006). Symtomen är lika som vid godartad prostataförstoring som drabbar ett flertal äldre män. Ett annat symtom på prostatacancer kan vara hematuri. Ibland kommer de första symtomen på prostatacancer från

metastaser. Det kan exempelvis vara ryggsmärtor på grund av skelettmetastaser.

Metastaseringen kan även ske till ryggraden och ger symtom som kan leda till förlamning.

Symtom i form av trötthet och viktminskning kan även yttra sig vid prostatacancer (Cancer i siffror, 2005).

### *Diagnos*

Det vanligaste sättet att upptäcka en prostatacancer är genom rektalpalpation då prostatakörteln känns hård och knölig. Vid misstanke om cancer genom palpation per rektum bör en prostatabiopsi göras för att utesluta eller säkerställa diagnosen. Vid prostatacancer innehåller blodet höga koncentrationer av PSA. Ett förhöjt värde av PSA behöver inte vara ett tecken på prostatacancer utan det kan även ses vid godartade prostatasjukdomar.

För att fastställa utbredningen av cancer i och eventuellt kring prostata tas ett ultraljud eller magnetresonanstomografi (MRT) (Järhult & Offenbartl, 2005; Cancer i siffror, 2005).

### *Behandling*

Det finns olika former av behandling vid diagnostiserad prostatacancer och prognosen ser bättre ut om tumören inte har spridit sig utanför prostata. Den mest effektivaste behandlingen vid prostatacancer är radikal prostatektomi då prostatakörteln inklusive sädesblåsorna avlägsnas genom operation. Vid radikal prostatektomi ska cancer tas bort då den fortfarande befinner sig i själva prostatakörteln för att minska risken för biverkningar. Operationen kan medföra inkontinens och impotens och denna behandling reserveras för yngre män med prostatacancer med tanke på de aktuella riskerna. Cancer i prostata är hormonkänslig och behandling kan göras genom att förändra hormonbalansen eftersom tillväxten av prostatan stimuleras av testosteron och hämmas med östrogen. Produktionen av testosteron kan minskas genom att operera bort testiklarna, ablatio testis, eller att förhindra testiklarnas produktion av testosteron med hjälp av läkemedel. Dessa behandlingar kan också ge impotens och även liknande symtom som vid klimakteriet hos kvinnor. Det finns både extern och intern strålbehandling men den externa strålbehandlingen ger svåra skador på tarmen på grund av strålningen. Den interna strålbehandlingen där radioaktiva substanser läggs in i prostata är en nyare behandlingsmetod med färre biverkningar. Både intern strålbehandling och prostatektomi ska göras hos patienter i ett tidigt skede av prostatacancer. Behandling med cytostatika används endast på vissa patienter eftersom cytostatika har mindre bra effekt på prostatacancer (Cancer i siffror, 2005; Järhult et al., 2005).

## *Prognos*

Prognosen vid prostatacancer varierar beroende på exempelvis eventuell spridning utanför prostatakörteln, cancercellernas egenskaper hos individen, mannens ålder samt behandling. Prognosen för mannen är god när tumören är liten och begränsad till prostatakörteln samt då PSA är lite eller måttligt förhöjt vid diagnos. Ungefär 50 procent av männen lever tio år efter diagnos (Adami et al., 2006). Äldre män med prostatacancer avlider ofta av andra orsaker innan symtomen visar sig och för andra kan sjukdomen sprida sig snabbt och ge svåra smärtsymtom (Järhult et al., 2005).

## **Psykiska reaktioner vid konstaterad cancersjukdom/prostatacancer**

Enligt Cullberg (2006) utvecklas en psykisk kris oftast i olika faser såsom *chockfas*, *reaktionsfas*, *bearbetningsfas* och *nyorienteringsfas*. *Chockfasen* kan pågå i timmar till dagar och under denna fas är inte individen mottaglig för information, medvetandet kan vara oklart och han försöker undanhålla det som hänt. *Reaktionsfasen* kännetecknas av försvarsreaktioner som regression, förnekelse och isolering av känslor. Dessa tre försvarsreaktioner är ett försök att klara av de känslomässiga reaktionerna efter en förlust. Försvarsreaktionerna kan vara en avlastning för individen tills han får mer kraft att klara av situationen. Dessa reaktioner kan bli skadliga för individen om han blir kvar i denna fas för länge eftersom det kan hindra bearbetningen av det som har hänt. Vid försvarsreaktionen regression kan individen återgå till beteendeformer som liknar tidigare utvecklingsstadier. Denna reaktion kan yttra sig i affektutbrott och protest mot att vara utsatt för det som hänt. Under reaktionsfasen ingår även förnekelse då individen förnekar det som har hänt. Förnekelsen kan ha olika styrka och yttra sig exempelvis genom att mannen skämtar kring sitt tillstånd eller bevisar för sig själv att sjukdomen är en illusion genom överaktivitet. Individen kan även isolera sina känslor och det i form av bristande känslomässiga reaktioner på det som har hänt och detta kan i framtiden leda till ångestreaktioner. *Bearbetningsfasen* är smärtsam då människan låter verkligheten komma nära inpå och det är i denna fas han börjar erkänna för sig själv vad som har hänt och inser även konsekvenserna av detta. Det är i denna fas som sorgen och lidandet är störst och där individen är mest sårbar. I bearbetningsfasen är mannen beredd på att dela med sig av sina tankar och bekymmer. Vid denna tid kan omgivningens reaktioner vara avgörande för resultatet av krisens bearbetning. Under *nyorienteringsfasen* har det som inträffat accepterats och ur denna process kan människan ha fått erfarenheter som kan komma till nytta längre fram i livet.



Denna fas kan inträda ungefär ett halvår efter det inträffade och vid den tiden har individen ett minne av händelsen. Periodvis kan smärtan över händelsen komma tillbaka (Cullberg, 2006).

### **Sjuksköterskans ansvarsområden**

Sjuksköterskan har fyra grundläggande ansvarsområden enligt ICN, International Council of Nurses, det är att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande.

Sjuksköterskans främsta ansvar är att ge vård till människor som är i behov av det. Det är viktigt att sjuksköterskan ger mannen information och stöd för att mannen skall kunna delta i sin egen vård och behandling (ICN, 2000). Socialstyrelsens allmänna råd om omvårdnad inom hälso- och sjukvård är syftet med omvårdnad att se till patientens möjligheter och behov. Omvårdnaden skall stärka patientens individuella hälsa, förebygga sjukdom, ohälsa och minska individens lidande samt att ge möjligheter till en värdig död. Omvårdnad omfattar även åtgärder att eliminera smärta, ge stöd och hjälp åt individer i deras reaktioner på sjukdom (Raadu, 2007). Enligt omvårdnadsteoretikern Eriksson (2001) är de centrala begreppen omvårdnad, människa, hälsa och miljö. Vårdandet är ursprungligen ett naturligt mänskligt beteendemönster eftersom människan i grunden är en naturlig vårdare. Eriksson skriver att vårda är att ansa, leka, lära och att fungera i en kombination av tro, hopp och kärlek.

### **Problemformulering**

Prostatacancer är i dag mannens vanligaste cancersjukdom och ännu är inte orsaken till sjukdomen känd. Varje år diagnostiseras det ett antal män med prostatacancer. Sjuksköterskan kommer säkerligen någon gång i sitt yrkesliv möta en eller flera män med prostatacancer, framförallt sjuksköterskor som inriktar sig mot urologisk omvårdnad. Det är därför av stor vikt att sjuksköterskan fördjupar sig i detta ämne för att få god kunskap och förståelse om männens upplevelser av livskvalitet vid prostatacancer för att kunna ge det stöd männen är i behov av.

### **Syfte**

Syftet med studien var att beskriva männens upplevelser av livskvalitet vid prostatacancer samt deras behov av stöd från sjuksköterskan och närstående.

## Frågeställningar

1. Vilka var männens upplevelser av livskvalitet vid prostatacancer?
2. Vilket stöd var männen i behov av från sjuksköterskan?
3. Vilket stöd var männen i behov av från närstående?

## Begreppsdefinitioner

*Livskvalitet* – Enligt WHO:s definition är livskvalitet ”the individuals’ perception in the context of their culture and value system, and their personal goals, standards and concerns” (WHO, 2000).<sup>1</sup>

Uppsatsförfattarna anser även att WHO’s definition av hälsa stämmer bra in med studiens definition av livskvalitet “Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity” (WHO, 2001).<sup>2</sup>

*Närstående* – Definieras av uppsatsförfattarna som familjemedlemmar det vill säga fru/hustru, partner och barn till mannen med prostatacancer.

*Stöd* – Definieras som emotionellt, existentiellt, informativt, praktiskt och socialt (Ehnfors, Ehrenberg & Thorell-Ekstrand, 2000).

## METOD

### Design

Denna studie var en deskriptiv systematisk litteraturstudie.

### Urval av litteratur

Till denna systematiska litteraturstudies introduktion gjordes den första sökningen i databasen ELIN och i medicinsk facklitteratur om prostatacancer samt på Socialstyrelsen via Internet. De sökord som användes till introduktionen var *causes*, *prevalence* och *prostate cancer*. I

---

<sup>1</sup> ”Individernas uppfattning av sammanhang i deras kultur, värderingssystem, personliga mål, normer och delaktighet”

<sup>2</sup>”Hälsa är ett tillstånd av fullkomligt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte enbart frånvaro av sjukdom och handikapp”

den andra sökningen inhämtades vetenskapliga artiklar till studiens resultatdel i databaserna Blackwell Synergy, ELIN och Cinahl.

Sökorden som användes för att besvara syfte med frågeställningar var *care, experience, family, lived experience, nurse, nursing, prostate cancer, quality of life, spouses, support, och support needs*. Sökorden användes i kombination med varandra. Inklusionskriterierna i denna systematiska litteraturstudie var vetenskapliga artiklar som beskrev människans upplevelser av livskvalitet vid prostatacancer och deras behov av stöd från närstående samt sjuksköterska. De vetenskapliga artiklarna var publicerade mellan åren 1997-2007 och de var skrivna på engelska. Artiklarna som användes i studiens resultatdel var både av kvalitativ och kvantitativ ansats i fulltext samt att de var primärartiklar. Artiklarna bedömdes som relevanta om titeln och sammanfattningen motsvarade studiens syfte och frågeställningar. Slutligen kom 17 artiklar att användas till denna studie. Artiklar med låg kvalitet samt litteraturstudier exkluderades.

Tabell.1. Presentation av artikelsökning.

Databas	Sökord	Antal träffar	Antal lästa abstract	Antal utvalda och granskade artiklar n=17
Blackwell Synergy	Prostate cancer	11228	-	-
	+Experience	6011	-	-
	+Nursing	1094	-	-
	+Lived experience	534	-	-
	+Support	470	-	-
	+Quality of life	355	-	-
	+Spouses	82	15	3
Blackwell Synergy	Prostate cancer	11228	-	-
	+Care	4095	-	-
	+Spouses	181	-	-
	+Family	158	-	-
	+Support needs	139	15	1
Elin	Prostate cancer	18553	-	-
	+Quality of life	781	-	-
	+Spouse	5	13	1
Elin	Prostate cancer	18553	-	-
	+Nursing	268	-	-
	+Support	23	8	3
Elin	Prostate cancer	18553	-	-
	+Spouses	27	5	2
Cinahl	Prostate cancer	2927	-	-
	+Quality of life	305	-	-
	+Experience	41	2	1
Cinahl	Prostate cancer	2927	-	-
	+Nurse	66	5	1
Cinahl	Prostate cancer	416	-	-
	+Support	29	5	1
Cinahl	Prostate cancer	416	-	-
	+Nursing	75	14	2
Cinahl	Prostate cancer	416	-	-
	+Quality of life	47	11	2

## **Datainsamlingsmetod**

De modifierade granskningsmallar som användes vid kvalitetsbedömningen av artiklarna konstruerades ursprungligen av Forsberg och Wengströms (2003) och Willman och Stoltz (2006). (Se bilaga I och II). Vid kvalitetsbedömningen erhöll varje artikel poäng samt procent vilka motsvarade dess kvalitet det vill säga låg, medel och hög. Mallen för kvalitativa studier innehöll 25 frågor och för kvantitativa studier 29 frågor, vilka var maxpoängen för vardera mall. Svartalernativet ”ja” motsvarade en poäng och ”nej” motsvarade noll poäng. I granskningsmallen för kvalitativa studier var kvaliteten hög vid 20-25 poäng, medel vid 15-19 poäng och låg vid 0-14 poäng. Kvaliteten för kvantitativa studier var hög vid 24-29 poäng, medel 18-23 poäng och låg vid 0-17 poäng (Stoltz & Willman, 2006).

## **Analys**

De träffar som kom upp vid databassökningarna granskades genom att titel och abstract lästes. Om titeln och abstractet svarade mot studiens syfte och frågeställningar skrevs artiklarna ut i fulltext och lästes sedan i sin helhet. Uppsatsförfattarna läste materialet var för sig för att få en helhetsbild av artiklarna. Innehållet av artiklarna översattes från engelska till svenska och jämfördes mellan uppsatsförfattarna för att se om texterna tolkats lika. Genom detta sätt minskades risken för tolkning- samt syftesfel. Uppsatsförfattarna sammanställde och skrev tillsammans ned det funna materialet. Författarna till denna studie bearbetade resultatdelen ett flertal gånger tills det att uppsatsförfattarna blev nöjda med innehållet. Artiklarnas resultat innehåll delades in i kategorier. (Tabell.2)

Tabell.2. Presentation av kategorier i resultatet.

<b>Huvudrubrik</b>	<b>Underrubrik</b>
<b>Männens upplevelser av livskvalitet vid prostata cancer</b>	<i>Att leva med inkontinens Att förlora en del av sin manlighet Att leva i vardagen</i>
<b>Stöd från sjuksköterskan</b>	<i>Existentiellt stöd Informativt och socialt stöd</i>
<b>Stöd från närstående</b>	<i>Emotionellt och socialt stöd Informativt och praktiskt stöd</i>

## Etisk granskning

I denna studie ansåg uppsatsförfattarna att inget forskningsetiskt problem förekom då innehållet till litteraturstudien redan var publicerat. Författarnas syfte var att förhålla sig objektiv till litteraturen samt tolka statistik och sanningsenligt återge citat.

## RESULTAT

I denna systematiska litteraturstudie användes totalt 17 vetenskapliga artiklar för att besvara syfte och frågeställningar. Artiklarna var av både kvantitativ samt kvalitativ ansats och var till antalet 2 respektive 16. Syfte och frågeställningar var: vilka var männens upplevelser av livskvalitet vid prostatacancer och vilket stöd var männen i behov av från sjuksköterska samt närstående. Uppsatsförfattarna har delat upp materialet i kategorier, vilket presenterades i tabell 2. Citat användes i resultatet för att beskriva männens upplevelser. Artiklarna var från Australien, Canada, Israel, Schweiz, Sverige, och USA. Nedan presenteras de artiklar som kom att ligga till grund för resultatet.

Tabell.3. Sammanställning av artiklar som ligger till grund för resultat.

Författare	År/land	Design	Urval	Metod	Kvalitet (poäng) %
Adolfsson, J., Hopfgarten, T., Steinbeck, G., Sunny, L.	2007 Sverige	Kvalitativ	n=591 män med partner. män, 50-80 år	Frågeformulär, intervju	Hög (22/25) 90 %
Andersson, L., Bergenmar, M., Westman, B.	2005 Sverige	Kvalitativ	n=6 män, 56-74 år	Intervjuer	Hög (22/25) 90%
Anderson, M., Burt, J., Caelli, K., Moore, K.	2004 Canada	Kvalitativ, deskriptiv	n=17 män, 55-70 år	Inspelning, semistrukturerade intervjuer	Hög (22/25) 90%
Arechiga, A., Galbraith, M., Pedro, L., Ramirez, J.	2005 USA	Kvalitativ	n=137 män, >70 år	Frågeformulär	Hög (22/25) 90%
Baranowski, K., Harden, J., Hussain, M., Mood, D., Northouse, L., Pienta, K., Schafenacker, A., Smith, D.	2002 USA	Kvalitativ, deskriptiv	n=42 män med partner. män, 40-90 år,	Gruppdiskussion, inspelning, semistrukturerade intervjuer, frågeformulär	Hög (20/25) 80%
Bell, D., Butler, L., Downe-Wamboldt, B., Jarvi, K., Marsh, S.	2001 Canada	Kvalitativ	n=21 män, 47-73 år	Semistrukturerade intervjuer	Hög (23/25) 90%

Berterö, C.	2000 Sverige	Kvantitativ	n=218 män, >18 år	Frågeformulär	Hög (25/29) 90%
Boxhall, S., Dougherty, M.	2003 Australien	Kvalitativ	n=30 män	Gruppdiskussion, inspelning	Medel (18/25) 70%
Clarke, V., Lavery, J.	1999 Australien	Kvalitativ	n=12 män med partner. män, 41-74 år	Semistrukturerade intervjuer, inspelning	Medel (19/25) 80%
Costello, A., Crowe, H.	2003 Australien	Kvalitativ	n=20 män med partner. män, 59-78 år	Frågeformulär	Hög (22/25) 90%
Estey, A., Moore, K.	1999 Canada	Kvalitativ	n=63 män, medelålder 67 år	Intervjuer	Hög (22/25) 90%
Fogarty, C., Palmer, M., Powel, L., Sommerfield, M.	2003 USA	Kvalitativ	n=130 män, medelålder 67 år	Frågeformulär	Hög (22/25) 90%
Hantikainen, V., Willener, R.	2005 Schweiz	Kvalitativ	n=11 män, 58-70 år	Frågeformulär, semistrukturerade intervjuer	Hög (21/25) 80%
Jakobsson, L., Lovén, L. Rahm- Hallberg, I.	1997a Sverige	Kvalitativ	n=11 män, 70-80 år	Intervjuer, inspelning, frågeformulär	Hög (23/25) 90%
Jakobsson, L., Lovén, L. Rahm- Hallberg, I.	1997b Sverige	Kvalitativ	n=11 män, 70-80 år	Semistrukturerade intervjuer, inspelning	Hög (20/25) 80%
Jakobsson, L., Lovén, L. Rahm- Hallberg, I.	2000 Sverige	Kvalitativ	n=25 män, 63-72 år	Intervjuer	Hög (23/25) 90%
Morag, A., Navon, L.	2003 Israel	Kvalitativ	n=15 män, 57-85 år	Intervjuer, inspelning	Medel (19/25) 80%

## Männens upplevelser av livskvalitet vid prostatacancer

### *Att leva med inkontinens*

Miktionsbesvär var det vanligaste symtomet hos män med prostatacancer. Före behandling och operation hade männen svårigheter med att komma igång med vattenkastningen och de hade även litet urinflöde och svag urinstråle. Efter radikal prostatektomi var en av följderna urininkontinens. Männerna upplevde dessa problem som mest besvärliga under nätterna då de fick besöka toaletten ett flertal gånger och att deras nattsömn då blev avbruten. Vid urininkontinens upplevde även männen en osäkerhet och en känsla av obehag. Innan de lämnade sitt hem för andra göromål var det enligt männen en omfattande process för att försöka undvika urinläckage. Männerna upplevde en oro över att lukta urin och att blöta ned byxorna. Inläggning av urinkateter reducerade dessa problem men nya problem uppstod såsom smärta i uretra och en konstant känsla av att ha uribagen bunden kring låret. Känslan av

att ha kateter påminde dem om att något var fel och de hade en konstant värk hela tiden varje dag (Jakobsson, Lovén & Rahm-Hallberg, 1997a; Bell, Butler, Downe-Wamboldt, Jarvi & Marsh, 2001).

*"I didn't sleep and I had to get out of bed 5-6 times at night"*

(Jakobsson et al., 1997a, s.109)

I en studie av Estey och Moore (1999) framkom det att urininkontinens kom som en chock för en del män som genomgått radikal prostatektomi. Männerna beskrev i studien att det var den sämsta dagen i deras liv.

*"I think he (the urologist) told me about incontinence but I didn't know he meant this"*

(Estey et al., 1999, s.1125)

Jakobsson, Lovén och Rahm-Hallberg (2000); Baranowski, Harden, Hussain, Mood, Northouse, Pienta, Schafenacker och Smith (2002) ansåg att inkontinens var männens svåraste emotionella upplevelse och att männen kände stor frustration över att inte kunna kontrollera sitt behov av vattenkastning. Detta ledde till socialt tillbakadragande. Männerna ansåg sig kunna acceptera användning av kateter under en kortare tid om det inte fanns något annat alternativ. Dessa män tyckte inkontinens tillhörde den äldre mannens problem. Männerna beskrev att de under många år negligerat sina kroppar med dess inkontinensbesvär. De anpassade sitt liv efter sin urininkontinens såsom att alltid ha en toalett lätt tillgänglig, ombyte av kläder med sig och flertalet inkontinensskydd (a.a).

I en studie av Anderson, Burt, Caelli och Moore (2004) visade att männens reaktioner vid inkontinens var alltifrån optimistiska till frustrerande. Männerna beskrev en rädsla för en ständig inkontinens. Fogarty, Palmer, Powel och Somerfield (2003) rapporterade också att män med urininkontinens efter prostatektomi upplevde rädsla och oro över att tappa kontrollen över vattenkastningen i sociala sammanhang exempelvis på restauranger och konferenser. I samma studie beskrev en man att han var besvärad över att besöka offentliga toaletter eftersom han bar inkontinensskydd. Samma man beskrev även frustration över bristen av förståelse hos allmänheten (a.a).

### *Att förlora en del av sin manlighet*

Män med prostatacancer ansåg i en studie av Jakobsson et al. (1997a) att sexlivet inte var som tidigare och att det inte längre var möjligt att genomföra ett samlag. Detta berodde enligt författarna på åldern men också på grund av behandlingen vid prostata cancer. Männerna kände saknad efter lust för sexuell samvaro och deras syn på äktenskapet och sin hustru förändrades. De kände inte längre samma sexuella attraktion till hustrun som tidigare och de såg henne mer som vän än som sexpartner. Deras nuvarande äktenskap bestod av annat än sexuella attraktioner, spänningar och samlag. Dessa var istället ersatta med ömhet och ett bra och delat liv tillsammans och detta var viktigt ur båda partners synvinkel. Männerna kände en sorg över vad som var förlorat men de var också tacksamma för det rika liv de tidigare haft tillsammans (a.a).

Estey et al. (1999); Bell et al. (2001); Arechiga, Galbraith, Pedro och Ramirez (2005) visade att män som varit sexuellt aktiva före radikal prostatektomi fann det mycket svårt att anpassa sig till den nedsatta erektionsförmågan. Männerna upplevde oro kring sexualiteten eftersom de trodde att deras partner hade samma lust som före operation. De kände att de inte längre kunde uppfylla sin partners lust och önskan. Männerna ville få behandling för sin nedsatta erektionsförmåga men de flesta av männen var rädda för och tyckte det var genant att fråga efter hjälp. Enligt en studie av Jakobsson et al. (2000) hoppades män som genomgått radikal prostatektomi på en framtid med återställt sexliv. Författarna påvisade även att män kände en förlust av manlighet och självbestämmanderätt vid bärandet av kateter och efter hormonbehandling. Följderna till detta blev ofta nedstämdhet vid urinläckage respektive minskat sexualliv. Männerna kände också en sorg och förlust över att inte längre kunna vara herre över sitt eget liv.

Anderson et al. (2004) såg i sin studie att nedsatt erektionsförmåga och oförmåga till att ha samlag inte bekymrade de äldre männen. De yngre männen uttryckte däremot förtvivlan över sin nedsatta erektionsförmåga och menade att de var för unga för att inte längre kunna ha sex. Gemensamt för alla män i denna studie var att de väntade på ett tecken som visade på att erektionsförmågan var tillbaka. Adolfsson, Hopfgarten, Steinbeck och Sunny (2007) påvisade även att män med prostatacancer hade sämre kvalitet i sin relation med partnern på grund av sin nedsatta erektionsförmåga. Majoriteten av dessa män var yngre män i åldrarna 50-69 år. Clarke och Lavery (1999); Baranowski et al. (2002) rapporterade att impotens hade en



betydande inverkan på hur männen upplevde sig själva och deras känslor av maskulinitet och att vara impotent fick dem att känna sig ofullständiga.

*"It is so rooted in the male psyche, it is such a powerful thing that  
when all of a sudden it is not working it is very difficult"*

(Clarke et al., 1999, s.297)

Män som genomgått hormonbehandling upplevde humörsvängningar med gråt och ilska som enligt männen var svåra att hantera, detta var något de inte upplevt tidigare.

Hormonbehandling medförde även vallningar, viktuppgång och depression. Dessa förändringar i männens identitet och maskulinitet upplevdes som mycket smärtsamma (Baranowski et al., 2002). I en studie utförd av Morag och Navon (2003) framkom det att männen efter hormonbehandling tyckte det var svårt att möta dessa förändringar och att det förvårrades av deras känslor av självförakt. Männen beskrev att de försökte undvika att visa sina kroppar på grund av feminisering av dem och att de även försökte behålla sin sjukdom hemlig.

*"I dress in a way that conceals everything, because even I can't bear to see what I look like.  
Even now I can't stand in front of the mirror naked. That's not a man"*

(Morag et al., 2003, s.76)

Costello och Crowe (2003) menade att nedsatt sexualfunktion hade en negativ inverkan på livskvaliteten. Hantikainen och Willener (2005) framhöll däremot att majoriteten av männen var mycket nöjda med livet och att de ansåg sig ha hög livskvalitet. De tyckte varken att impotens eller inkontinens påverkade livskvaliteten.

#### *Att leva i vardagen*

Jakobsson et al. (2000) fastslog att det var viktigt för männen att fortsätta sitt dagliga liv med både glädje och sorg efter att deras liv blivit omtumlat. Det var också centralt att få bevara rollen som man, far och familjeförsörjare. Morag et al. (2003) beskrev att majoriteten av männen i studien försökte bevisa för sina partners att de fortfarande var kapabla till att fatta ekonomiska beslut i hemmet, stödja familjen och ta hand om barnen.

*"I'm still supporting my wife, and I take care of all her needs.  
I let her see that I'm the same responsible, reliable man, and that in fact nothing has changed"*  
(Morag et al., 2003, s.77)

Bell et al. (2001) menade att männen ofta upplevde att cancersjukdomen förändrade deras syn på livet med tanke på osäkerheten kring sjukdomen, återhämtningen och rädslan för att inte bli frisk. Männen tillfrågades om deras relationskvalitet, åtta av tjuogoett män upplevde inga förändringar, två berättade att de hade en konflikt i relationen med sin partner på grund av sjukdomen och två upplevde att relationen med deras partner blivit starkare. Av dessa män konstaterade ytterligare fem att de förväntade sig förändringar i förhållandet med tanke på deras ålder och alla de år de varit tillsammans med sin partner. Dessa fem män trodde inte att förändringarna nödvändigtvis berodde på sjukdomen utan på deras tid tillsammans. De resterande männen upplevde inte att upplevelserna av cancer påverkade deras livskvalitet (a.a).

Enligt Jakobsson et al. (1997a) nämnde alla männen i studien ordet förhoppning eller önskan. Männens förhoppningar var att få leva några år till, att tillbringa sitt liv med familjen och vännerna samt en önskan om bättre resultat efter behandling (a.a). De män som hade den sämsta prognosen var tacksamma för det liv de haft och hoppades på att få leva ytterligare några år (Jakobsson et al., 2000).

*"You will have to live on hope, that is what to do"*  
(Jakobsson et al., 1997a, s.112)

Majoriteten av männen med prostatacancer upplevde stress relaterad till sjukdomen. De beskrev stressen som *somewhat*, *moderate* eller *extreme* (Costello et al., 2003, s.281). I en studie av Baranowski et al. (2002) var trötthet en följd av cancerbehandlingen och tröttheten beskrevs av männen med ordet utmattning. Denna utmattning begränsade männen att göra krävande saker på arbetet och i hemmet. De uttryckte det som en bedrövelse därför att det var deras partner som fick göra saker som männen gjort tidigare. Männen klagade över att inte orka använda kvalitetstid och göra något tillsammans med sin fru.

*"It seems like I'm sleeping all the time"*  
(Baranowski et al., 2002, s.705)

## **Männens behov av stöd från sjuksköterskan**

### *Existentiellt stöd*

Anderson, Bergenmar och Westman (2005) visade att männen sällan samtalade om existentiella frågor med sjuksköterskan. Emellertid var inte alla män i behov av existentiellt stöd från sjuksköterskan. Männen önskade ofta att samtala med sjuksköterskan om praktiska saker kring behandlingen.

De upplevde även att de hade roligt tillsammans med sjuksköterskan. De skrattade och diskuterade om allt som deras normala liv handlade om exempelvis familjen och arbetet. Det var sällan konversationen handlade om männens sjukdomstillstånd. Även fast inte de existentiella frågorna togs upp till diskussion under behandlingen kände männen ändå att de fick ett professionellt stöd. De upplevde att sjuksköterskan tog hand om dem, både fysiskt och verbalt (a.a).

En man i studien av Anderson et al. (2005) berättade att han upplevde en del brister i stödet från sjuksköterskan exempelvis att hon eller han ofta var stressad och inte stannade upp och lyssnade tillräckligt på mannens funderingar. Stressen hos sjuksköterskan ledde enligt mannen till att förtroendet mellan honom och sjuksköterskan gång på gång blev avbrutet. Männen i studien ansåg att det tar tid att bygga upp ett förtroende mellan patient och sjuksköterska innan personliga och existentiella tankar kunde tas upp. Författarna Jakobsson et al. (1997b) och Baranowski et al. (2002) beskrev dock att männen även kände saknad efter att få diskutera existentiella frågor och tankar med sjuksköterskan. Männen kände också att sjuksköterskorna inte hade tid att prata med dem. I vissa fall undvek männen att störa sjuksköterskorna eftersom de såg mycket upptagna ut.

### *Informativt och socialt stöd*

Då en äldre man hade telefonkontakt med vården under sin sjukdomstid upplevde han sig försummad när han först kände symtom på sjukdomen. Mannen kom ihåg hur han blev skickad mellan olika läkare och behandlingar. Han upplevde samtidigt att han fick erfarenhet av att ingen lyssnade på honom och att detta bidrog till att han kände sig ensam med sin sjukdom när han var inneliggande på sjukhuset. Under sjukhusvistelserna kände mannen att sjuksköterskorna var snälla och gjorde allt de kunde men att de också hade mycket administrativa uppgifter att ta hand om. I samma studie beskriver en annan man vid ungefär

samma ålder att sjuksköterskorna bemötte hans behov. Han fick all den information han behövde om sin kateter, vad han kunde förvänta sig inför kommande behandlingar samt hur han skulle handha medicinen under tiden han var hemma (Jakobsson et al., 1997b).

Baranowski et al. (2002) beskrev en sjuksköterska som ringde upp en del av männen för att höra hur det gick för dem i hemmet under behandlingstiden. Männen kände att de fick det stöd de önskade och alla ansåg att sjuksköterskan var speciell och verkligen tog hand om dem.

Männen var överens om att alla behövde individuellt utformad information given på olika sätt. De män där diagnosen kom som en chock kunde inte ta åt sig all information och lämnade sjukhuset med många frågetecken. Några av männen i studien kände att det behövde någon att kunna ringa till för att ställa frågor. Detta skulle kännas välgörande. Frågorna kunde röra sig kring reaktionerna efter genomgång av behandling och om det de kände var normalt. Männen upplevde att sjuksköterskans handlande i hög grad var till hjälp när diagnosen fastställdes samt under behandlingstiden (a.a).

En av männen i studien Boxhall & Dougherty (2003) upplevde att sjuksköterskan avsatte tid tillsammans med mannen tills att denne fick svar på alla frågor. Sjuksköterskan gav alltid mannen all uppmärksamhet i världen under de tillfällen som han samtalade med sjuksköterskan. En man i studien beskrev att varje gång han ringde sjuksköterskan för att be om råd eller om det var något han var osäker på hjälpte sjuksköterskan mannen på rätt spår igen. Männen i denna studie kände sig dessutom lugna när de samtalat med sjuksköterskan. De som var i behov av hjälp vid urininkontinens värderade sjuksköterskans stöd högt. Männen beskrev att de sattes i centrum både när det gällde praktiska och emotionella frågor (a.a).

## **Männens behov av stöd från närstående**

### *Emotionellt och socialt stöd*

Morag et al. (2003) påvisade att männen uppskattade sina partners omtanke och förståelse. Enligt männen uttrycktes detta stöd genom ömhet, delaktighet i männens hälsa och att ägna tid åt männens rädslor och förhoppningar (a.a). Vad gällde cancersjukdomen och behovet av stöd förlitade sig enligt Jakobsson et al. (1997a) och Berterö (2000) männen främst på sin

partner och familj. Mannens partner fanns vid deras sida för att tillsammans dela de djupaste tankar och funderingar samt glädje och sorg (a.a). Clarke et al. (1999) rapporterade i sin studie att fem av tolv män öppet kunde diskutera sina upplevelser tillsammans med sin partner. Öppen kommunikation visade sig vara till stor hjälp för männen särskilt då de hade svårigheter att vänja sig vid cancersjukdomen. En del män diskuterade inte sin sjukdom med sin partner för att därigenom undvika emotionella konfrontationer och för att det hjälpte männen att minska problemet. Männen förklarade även att de ibland förnekade sin oro och bekymmer för sin partner för att skydda dem från ytterligare bekymmer.

Anderson et al. (2004) rapporterade att alla män beskrev den stora betydelsen av stöd från sin partner och sina barn både före och efter prostatektomi.

#### *Informativt och praktiskt stöd*

I en studie av Clarke et al. (1999) var det männens partner som ofta sökte information om prostatacancersjukdomen. De delgav sedan den till sina män om männen upplevde att deras behov av information inte hade blivit bemött. Ökad kunskap hjälpte båda parter att känna sig mer delaktiga i mannens sjukdom och behandling (a.a). Resultatet från flera studier visade att männens partner under sjukdomstiden tog större ansvar för hemmet såsom att ta hand om hushållets matlagning, städning och inköp. De försökte uppmuntra sina män att vara med och hjälpa till men männen beskrev att deras förmåga ofta var begränsad. Männen ansåg även att deras partner var en viktig person i vardagen. När männen inte klarade av sina aktiviteter i dagliga livet (ADL) var deras partner där för att snabbt kompensera detta för att bevara männens dagliga liv som de tidigare haft. Många män klarade av och kunde hantera sin vardag med urininkontinens och problem i sexuallivet tack vare sin partner (Jakobsson et al., 1997a; Jakobsson et al., 2000; Morag et al., 2003).

## DISKUSSION

### **Sammanfattning av huvudresultatet**

Syftet var att beskriva männens upplevelser av livskvalitet vid prostatacancer samt deras behov av stöd från sjuksköterskan och närstående. Resultatet visade att män med prostatacancer upplevde urininkontinens som den svåraste emotionella upplevelsen och de kände stor frustration över att inte kunna kontrollera sin vattenkastning. Männen negligerade sina kroppar på grund av sina inkontinensbesvär (Jakobsson et al., 2000; Baranowski et al., 2002). Efter behandling av prostatacancer beskrev männen att det inte längre var möjligt att genomföra ett samlag. De upplevde en saknad efter lust för sexuell samvaro speciellt de yngre männen som uttryckte förtvivlan över sin nedsatta erektionsförmåga. Männen upplevde förändringarna i sin identitet och maskulinitet som mycket smärtsamma (Jakobsson et al., 1997a; Baranowski et al., 2002; Anderson et al., 2004). Beträffande stödet från sjuksköterskan beskrev flera män att de kände en saknad efter att få diskutera existentiella frågor och funderingar med sjuksköterskan medan andra män upplevde att sjuksköterskan bemötte deras behov av stöd. Männen kände sig lugna när de samtalar med sjuksköterskan (Jakobsson et al., 1997b; Baranowski et al., 2002). I stödet från närstående uppskattade männen sin partners omtanke och förståelse. De förlitade sig främst på sin partner och/eller familj som fanns vid deras sida för att tillsammans dela de djupaste tankar och funderingar (Jakobsson et al., 1997a; Berterö, 2000; Morag et al., 2003).

### **Resultatdiskussion**

Inkontinens var männens svåraste emotionella upplevelse och de kände en stor frustration över att inte kunna kontrollera sitt behov av vattenkastning, detta ledde till att männen blev socialt tillbakadragna. De anpassade sitt liv efter sin urininkontinens såsom att alltid ha en toalett lätt tillgänglig, ombyte av kläder med sig och olika inkontinensskydd (Jakobsson et al., 2000; Baranowski et al., 2002). Uppsatsförfattarna instämmer i detta och menar att männen måste känna sig enormt besvikna på sin egen kropp när den inte längre fungerar som den tidigare gjort. Vi kan föreställa oss den frustration de känner när de inte kan kontrollera sin vattenkastning och den eventuella genans de kan uppleva i samband med inkontinensen. Män med inkontinensbesvär känner ständigt en eventuell psykisk påfrestning eftersom de alltid måste anpassa sitt liv efter sin inkontinens. Uppsatsförfattarna instämmer med Fogarty et al. (2003) att män med urininkontinens upplever en rädsla och oro över att tappa kontrollen över vattenkastningen i sociala sammanhang.

Nedsatt erektionsförmåga och förmåga till att ha samlag bekymrade inte de äldre männen. De yngre männen uttryckte däremot förtvivlan över sin nedsatta erektionsförmåga och menade att de var för unga för att inte längre kunna ha sex (Anderson et al., 2004). Uppsatsförfattarna anser att sexuell aktivitet är ett av människans grundläggande behov. Vi kan tänka oss att männen känner en avsaknad av manlighet, minskat självförtroende samt att de kanske känner sig mindre värda. De äldre männen var enligt uppsatsförfattarna ganska nöjda med livet, trygga i sitt förhållande och hade sedan tidigare även barn. De yngre männen som inte redan levde i ett etablerat förhållande kunde däremot uppleva detta svårare och vara rädda för att träffa en partner.

Hormonbehandling vid prostatacancer medförde vallningar, viktuppgång och depression. Dessa förändringar i männens identitet och maskulinitet upplevdes som mycket smärtsamma. Efter hormonbehandling tyckte männen det var svårt att möta dessa förändringar och att det förvärrades av deras känslor av självförakt. Männen beskrev att de försökte undvika att visa sina kroppar på grund av feminisering av dem och att de även försökte behålla sin sjukdom hemlig (Baranowski et al., 2002; Morag et al., 2003).

Författarna till denna uppsats anser att det måste vara svårt för männen att uppleva dessa förändringar. Männen ska till en början försöka acceptera sin sjukdom med dess förändringar i livet. Samtidigt ska männen genomgå en eventuell behandling som förändrar den manliga kroppen.

Under sin sjukdomstid nämnde männen ordet förhoppning eller önskan. Deras förhoppningar var att få leva några år till, att tillbringa sitt liv med familjen och vännerna samt en önskan om bättre resultat efter behandling. De män som hade den sämsta prognosen var tacksamma för det liv de haft (Jakobsson et al., 1997a; Jakobsson et al., 2000). Uppsatsförfattarna anser att hoppet är det sista som lämnar en människa, att varje dag känna hopp samt glädje över livet och på samma gång bära på sjukdomen, kan inte vara lätt. Upplevelsen av att känna hopp i livet kan vara en viktig överlevnadsmekanism. Genom detta får männen det lättare att finna meningen med livet och en vilja att kämpa vidare.

En man i studien av Anderson et al. (2005) berättade att han upplevde en del brister i stödet från sjuksköterskan exempelvis att hon eller han ofta var stressad och inte stannade upp och lyssnade tillräckligt på mannens funderingar. Jakobsson et al. (1997b) och Baranowski et al. (2002) beskrev att männen upplevde att sjuksköterskorna inte hade tid att prata med dem. I

vissa fall undvek männen att störa sjuksköterskorna eftersom de såg mycket upptagna ut. I det här fallet har vi förståelse för både mannen och sjuksköterskan. Sjuksköterskan känner stor frustration över att inte kunna räkna till samt ägna den tid de önskar till de män som är i behov av stödjande samtal. Då det är ont om tid är det viktigt att sjuksköterskan prioriterar, vad är viktigast här och nu? I denna situation tror uppsatsförfattarna att mannen kan känna sig bortglömd eller att sjuksköterskorna ignorerar honom. Mannen kanske känner sig som en besvärlig patient med alltför många frågor och funderingar. Det är synd att sjuksköterskans tidsbrist ska påverka patientens omvårdnad.

Männen kände saknad efter att få diskutera existentiella frågor och funderingar med sjuksköterskan (Jakobsson et al., 1997b; Baranowski et al., 2002). Vi anser att det är av stor vikt för mannen att få dela med sig och samtala om dessa frågor och funderingar kring det existentiella. Det är viktigt att sjuksköterskan i dessa frågor är tydlig och ärlig samt tar god tid på sig tillsammans med patienten. Existentiella frågeställningar är kanske inte alla gånger lätt att samtala om och i dessa fall kanske sjuksköterskorna var rädda för att diskutera detta och vilka följderna kunde bli. Då sjuksköterskan inte har erfarenhet eller besitter kunskap kring detta ämne är det av stor vikt att hon eller han förmedlar kontakt med exempelvis kurator eller sjukhuspräst. Detta för att mannen ska få det stöd han behöver vid existentiella frågor.

Vad gällde cancersjukdomen och behovet av stöd förlitade sig männen främst på sin partner och familj. Mannens partner fanns vid deras sida för att tillsammans dela de djupaste tankar och funderingar samt glädje och sorg (Jakobsson et al., 1997a; Berterö, 2000). Vi anser att det är för många en självklarhet att förlita sig på sin familj under sin sjukdomstid. Därför är det enormt viktigt att låta mannens familj delta i vården såsom vid exempelvis behandling. Detta gör att familjen känner sig mer delaktig i vardagen och kan finnas tillhands som ett stöd. Då mannen är ensamstående och saknar närstående blir sjuksköterskan troligtvis ett mer betydelsefullt stöd då mannen eventuellt förlitar sig mer på henne eller honom.

Männens partner sökte ofta information om mannens sjukdom. De delgav sedan vad de funnit till sina män om männen upplevde att deras behov av information inte hade blivit bemött (Clarke et al., 1999). Författarna till denna uppsats tycker att mannens partner ofta är ett viktigt stöd under sjukdomstiden. Vid besök i sjukvården kan det bli för mycket information för mannen att komma ihåg och ta till sig. Det är då bra om han har sin partner eller någon närstående med sig som sällskap och stöd. Partnern kan sedan om mannen själv vill hjälpa



honom genom att återberätta besöket om vad som sagt och bestämts. Genom att söka information och få bättre kunskap om sjukdomen får också partnern eventuellt bättre förståelse för mannens sjukdom samt vad han går igenom. Detta kan förhoppningsvis leda till att partnern ger sin man ett bättre stöd.

### **Metoddiskussion**

Vetenskapliga artiklar till denna studies resultat söktes i Högskolan Dalarnas fulltextdatabaser Elin, Blackwell synergy och Cinahl med valda sökord i kombinationer. Manuell sökning av artiklar gjordes inte. Studiens resultat innehöll primärartiklar med kvalitativ samt kvantitativ ansats. Majoriteten var av kvalitativ ansats. De kvalitativa artiklarna besvarade studiens frågeställningar mer djupgående jämfört med de kvantitativa. Genom att använda citat beskrevs männens upplevelser. Citaten hämtades från artiklarna och översattes inte till det svenska språket. Genom att låta citaten vara på sitt ursprungsspråk minskades risken för feltolkning. Artiklarna härstammade från olika länder och detta kan ha påverkat studiens resultat eftersom sjukvården kan vara annorlunda uppbyggd i olika länderna. Kulturella skillnader kan också ha påverkat resultatet med tanke på deras olika synsätt och sätt att uttrycka upplevelser samt livskvalitet. Eventuella bristande språkkunskaper hos uppsatsförfattarna kan även det ha påverkat resultatet men uppsatsförfattarna har efter bästa förmåga översatt artiklarna. Ett antal av resultatets artiklar återfanns vid samtliga använda databaser. Flertalet av de kvalitativa artiklarna visade liknande resultat. Det fanns ett stort antal artiklar publicerade kring prostatacancer. Antalet artiklar och dess kvalitet som besvarade syfte och frågeställningar fanns dock inte i samma utbredning. Uppsatsförfattarna ansåg att vissa avsnitt i resultatet var korta men att de belyste aktuell frågeställning och valde därför att behålla dem. Antalet artiklar vid sökningen vore kanske fler om valet av sökord var annorlunda. Artikelsökningen resulterade i 17 vetenskapliga artiklar. Artikelsökningen begränsades till åren 1997 – 2007, detta för att få relevant och relativt ny forskning till denna studie.

För att bedöma artiklarnas kvalitet användes granskningsmallar som ursprungligen var konstruerade av Forsberg och Wengström (2003) och Willman och Stoltz (2006). Med hjälp av granskningsmallarna fick varje artikel ett visst antal poäng som sedan räknades om till procent. Uppsatsförfattarna granskade artiklarna var och en för sig för att sedan diskutera artiklarnas kvalitet och poäng. Vi var till stor del eniga om artiklarnas kvalitet men uppfattade

några av granskningsmallarnas frågor som diffusa men löste detta tillsammans genom diskussion. Exempel på dessa frågor var: var och när studien genomfördes.

Närstående definierades i denna studie som fru, hustru, partner och barn till mannen med prostatacancer. I de artiklar som användes i resultatet förekom orden fru, hustru och partner. Artiklarna använde dessa begrepp olika beroende på om männen i de olika studierna var gifta och/eller ogifta. Partner och sambo kunde även innefatta män det vill säga att i vår studie kan det förekomma både homo- och heterosexuella förhållanden. Detta har inte kunnat påvisats i valda artiklar, inte heller om sjuksköterskan var kvinna eller man.

Artiklarnas innehåll kategoriserades och uppsatsförfattarna valde att presentera dem i en tabell (tabell 2.). Anledningen till detta var att på ett överskådligt sätt se hur studiens resultat var uppbyggt. Utifrån resultatets bearbetade artiklar anser uppsatsförfattarna ha svarat på studiens syfte och frågeställningar. Uppsatsförfattarna anser att studien har bidragit till fördjupad kunskap om männens upplevelser av livskvalitet vid prostatacancer samt deras behov av stöd från sjuksköterskan och närstående.

### **Konklusion**

Under prostatacancersjukdomen upplevde männen hur deras kroppar förändrades och att det många gånger var betungande. Efter olika sorters behandlingar drabbades männen ofta av urininkontinens, feminisering av kroppen samt nedsatt erektionsförmåga. Detta ledde till att männen kände sig mindre maskulina och negligerade sina kroppar. Sjuksköterskans och närståendes stöd till män med prostatacancer var i form av existentiellt, informativt, emotionellt, socialt samt praktiskt stöd. Männen upplevde att de ofta fick det stöd de var i behov av samt att de uppskattade detta.

### **Förslag till vidare forskning**

Uppsatsförfattarna anser det värdefullt att genomföra en empirisk studie där män med prostatacancer får besvara ett frågeformulär kring deras behov av stöd och omvårdnad från sjuksköterskan. I samma studie får sjuksköterskor besvara frågor angående sina kunskaper om prostatacancer för att klargöra sjuksköterskans kunskap kring sjukdomen. Detta för en större utbredning av forskning kring stöd och omvårdnad vid prostatacancer. Syftet är att sjuksköterskan ska få en bredare kunskap om männens behov av stöd samt om prostatacancersjukdomen.



## Referenser

\* - Artiklar som ingår i resultatet.

Aareleid, T., Anderson, H., Corazziari, I., Hakulinen, T., Moller, T., Mugno, E., Storm, H., Tryggvadottir, L. (2003). Cancer prevalence in northern Europe. *Annals of Oncology* 14 (6), 946-957.

Adami, H-O., Grönberg, H., Holmberg, L., Johansson, J-E., Widmark, A., Cederquist, E. (2006). *Prostatacancer*. Kristianstads: Kristianstads boktryckeri AB.

\* Adolfsson, J., Hopfgarten, T., Steinbeck, G., Sunny, L. (2007). Economic conditions and marriage quality of men with prostate cancer. *BJU International* 99 (6), 1391-1397.

\* Anderson, L., Bergenmar, M., Westman, B. (2005). Life, illness and death – existential reflections of a swedish sample of patients who have undergone curative treatment for breast or prostatic cancer. *European Journal of Oncology Nursing* 10 (3), 169-176.

\* Anderson, M., Burt, J., Caelli, K., Moore, K. (2004). Radical prostatectomy: men's experiences and postoperative needs. *Journal of Clinical nursing* 14 (7), 883-890.

\* Arechiga, A., Galbraith, M., Pedro, L., Ramirez, J. (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.

\* Baranowski, K., Harden, J., Hussain, M., Mood, D., Northouse, L., Pienta, K., Schafenacker, A., Smith, D. (2002). Couples' Experiences With Prostate Cancer: Focus Group Research. *Titel* 29 (4), 701-709.

\* Bell, D., Butler, L., Downe-Wamboldt, B., Jarvi, K., Marsh, S. (2001). Quality of life post radical prostatectomy: A male perspective. *Urologic Nursing* 21 (4), 283-288.

Ben-Shlomo, Y., Chinegwundoh, F., Enver, M., Lee, A., Nargund, V., Oliver, T. (2006). Risk and presenting features of prostate cancer amongst African-Caribbean, South Asian and European men in North-east London. *BJU International* 98 (6), 1216-1220.

\* Berterö, C. (2000). Types and sources of social support for people afflicted with cancer. *Nursing and Health Sciences* 2 (2), 93-101.

Bjålie, J., Haug, E., Sand, O., Sjaastad, Ø., Toverud, K. (2004). *Människokroppen, fysiologi och anatomi*. 5e upplagan. Stockholm: Liber AB.

\* Boxhall, S., Dougherty, M. (2003). An Evaluation of a Specialist Nursing Role for Men with Prostate Cancer. *Urologic Nursing* 23 (2), 148-152.

Cancer i siffror. (2005)

[http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/20F814EA-945C-43A2-9D43-F1394A80694B/8233/rev\\_20051255.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/20F814EA-945C-43A2-9D43-F1394A80694B/8233/rev_20051255.pdf) Hämtat: 070905, 09:00.

\* Clarke, V., Lavery, J. (1999). Prostate cancer: patients' and spouses' coping and marital adjustment. *Psychology, Health and Medicine* 4 (3), 289-302.

\* Costello, A., Crowe, H. (2003). Prostate cancer: perspectives on quality of life and impact of treatment on patients and their partners. *Urologic Nursing* 23 (4), 279-285.

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

Ehnfors, M., Ehrenberg, A., Thorell-Ekstrand, I. (2000). *Vips-boken*. 3e upplagan. Bromma: Vårdförbundet.

Eriksson, K. (2001) *Vårdvetenskap som akademisk disciplin*. Tredje upplagan. Vasa: Åbo Akademi.

\* Estey, A., Moore, K. (1999). The early post-operative concerns of men after radical prostatectomy. *Journal of Advanced Nursing* 29 (5), 1121-1129.

\* Fogarty, L., Palmer, M., Powel, L., Somerfield, M. (2003). Incontinence after prostatectomy: coping with incontinence after prostate cancer surgery. *Palmer* 30 (2), 229-238.

Forsberg, C., Wengström, Y. (2003) *Att göra systematiska litteraturstudier*. 1a upplagan. Stockholm: Natur och kultur.

Haglund, U., Hamberger, B. (2002). *Kirurgi*. 5e upplagan. Stockholm: Liber AB.

\* Hantikainen, V., Willener, R. (2005). Individual quality of life following radical prostatectomy in men with prostate cancer. *Urologic Nursing* 25 (2), 88-100.

ICN:s etisk kod för sjuksköterskor. (2000). Bromma: Bromma tryck.

\* Jakobsson, L., Lovén, L., Rahm-Hallberg, I. (1997a). Experiences of daily life and life quality in men with prostate cancer. An explorative study. Part 1. *European Journal of Cancer Care* 6 (2), 108-116.

\* Jakobsson, L., Lovén, L., Rahm Hallberg, I. (1997b). Met and unmet nursing care needs in men with prostate cancer. An explorative study. Part 2. *European Journal of Cancer Care* 6 (2), 117-123.

\* Jakobsson, L., Lovén, L., Rahm-Hallberg, I. (2000). Experiences of micturition problems, indwelling catheter treatment and sexual life consequences in men with prostate cancer. *Journal of Advanced Nursing* 31 (1), 59-67.

Järhult, J., Offenbartl, K. (2005). *Kirurgiboken*. 3e upplagan. Stockholm: Hagmans.

\* Morag, A., Navon, L. (2003). Advanced prostate cancer patients' relationships with their spouses following hormonal therapy. *European Journal of Oncology Nursing* 7 (2), 73-80.

Nationella riktlinjer för prostatacancer. (2007)

<http://www.socialstyrelsen.se/NR/ronlyres/7A43E644-54B1-4A91-B2E9-8DCBF6142469/7303/200711454.pdf> Hämtat: 070904, 13:00.

Plate, S. (2003). *Det gäller dig!* 1a upplagan. Täby: Linder & Co.

Porter, M., Stanford, J. (2004). Obesity and the risk of prostate cancer. *Wiley* 62 (4), 316-321.

Raadu, G. (2007). *Författningshandbok, för personal inom hälso- och sjukvården*. 38e upplagan. Stockholm: Liber AB

SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2000)

[http://www.sbu.se/Filer/Content0/publikationer/1/urininkontinens\\_2000/urininkontinens/Urin\\_kap7.pdf](http://www.sbu.se/Filer/Content0/publikationer/1/urininkontinens_2000/urininkontinens/Urin_kap7.pdf) Hämtat: 070927, 14:30

Stoltz, P., Willman, A. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. 2a upplagan. Lund: Studentlitteratur.

WHO, World Health Organization. (2000)

[http://www.who.int/substance\\_abuse/research\\_tools/whoqolbref/en/](http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/whoqolbref/en/) Hämtat: 071108, 12:30

WHO, World Health Organization. (2001)

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/> Hämtat: 070913, 15:20