

# Att leva med prostatacancer

*Analys av två mäns berättelser*

Ida Kangosjärvi  
Malin Lundqvist  
2016

Sjuksköterskeexamen  
Sjuksköterska

Luleå tekniska universitet  
Institutionen för hälsovetenskap



Att leva med prostatacancer: Analys av två mäns berättelser  
Living with prostate cancer: Analysis of two men's narratives

**Ida Kangosjärvi**  
**Malin Lundqvist**

Kurs: O0009H, Examensarbete  
Termin 6  
Sjuksköterskeprogrammet 180 hp  
Handledare: Carina Lomgren

Institutionen för Hälsovetenskap  
Avdelningen för omvårdnad

# Att leva med prostatacancer: Analys av två mäns berättelser

## Living with prostate cancer: Analysis of two men's narratives

Ida Kangosjärvi  
Malin Lundqvist

Luleå tekniska universitet  
Institutionen för hälsovetenskap  
Avdelningen för omvårdnad

### Abstrakt

Prostatacancer utgör den största gruppen av cancerformer i Sverige. Trots förbättrad diagnostik och behandling råder bristande kunskap rörande upplevelsen av att leva med sjukdomen. Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva mäns upplevelse av att leva med prostatacancer. Två biografier analyserades med en kvalitativ innehållsanalys. Analysprocessen resulterade i sex kategorier. I litteraturstudien framkom att tidiga symtom ignorerades relaterat till upplevd hälsa och att männen hade svårt att identifiera sig med prostatacancer. De hade bristande kännedom gällande sjukdomen vilket innebar att de kände sig mentalt oförberedda. Detta bidrog till en oro och rädsla för undersökning och behandling. Prostataektomin medförde en känslomässig konvalescens där männen kände sig oförberedda och fångna i sin egen kropp, kroppen blev ett hinder där inkontinens styrde vardagen. En oro för bestående impotens uppkom och dess påverkan på det sexuella livet. Relationer i allmänhet förändrades och det framkom ett stort behov av stöd och att få tala om sin situation samt synen på livet blev annorlunda. Det är av stor vikt att sjuksköterskor får fördjupad kunskap om mäns upplevelse av att leva med prostatacancer för att kunna möta deras behov med relevanta omvårdnadsinterventioner. Detta är av vikt i sjuksköterskors dagliga arbete för att ge en individuell omvårdnad med hög kvalitet.

Nyckelord: Prostatacancer, upplevelser, biografi, berättelse, omvårdnad, kvalitativ innehållsanalys.

Allt fler människor lever med cancersjukdom under en längre tid och cancer kan beskrivas som en kronisk sjukdom, med skillnaden att människan i vissa fall kan bli botad (Tritter & Calnan, 2002). Cancersjukdom kan ses som ett hot och människan som insjuknat möts av en oviss framtid (Leal et al., 2015; Shields et al., 2015). Cancer sammankopplas med dödlig sjukdom vilket kan skapa en psykisk påfrestning för den drabbade (Leal et al., 2015). Shields et al. (2015) beskriver att en allvarlig och dödlig sjukdom kan leda till en förlust av kontroll i livet. Människan som drabbats lever med en underliggande ton av ovisshet för framtiden och strävar efter att hitta en balans mellan att leva livet och att få en insikt om döden.

Cancersjukdomar ökar idag. Ökningen kan relateras till att befolkningen blir äldre samt till en förbättrad teknik för screening och diagnostik. Det finns flera olika cancersjukdomar och en vanlig form bland män är prostatacancer som utgör den största gruppen av cancerformer i Sverige. Antalet diagnostiserade har ökat sedan slutet av 1990-talet och under år 2014 uppgick antalet till drygt 10 000. Ökningen beror troligen på att prostataspecifikt antigen (PSA) började screenas genom blodprov (Socialstyrelsen, 2015). Efter införandet av screening för prostatacancer har mortaliteten minskat. Diagnostiseras prostatacancer i ett tidigt stadium minskas risken för dödlig utgång. Symtom såsom trängningsinkontinens, urinretention, erektil dysfunktion och trötthet kan debutera långt innan mannen uppsöker en läkare för besvären (Appleton et al., 2015). Diagnostisering sker bland annat genom PSA prov, biopsi (Schröder et al., 2014) och rektalpalpation (Appleton et al., 2015). Det finns olika behandlingsalternativ beroende på prostatacancers stadium och spridning: prostatektomi, hormonell terapi, extern eller intern strålning och aktiv monitorering (Hurwitz et al., 2015). Patienter som genomgått behandling mot prostatacancer kan få biverkningar som följd: impotens, urin- och avföringsinkontinens (Appleton et al., 2015; Lennernäs et al., 2015; Resnick et al., 2013), minskad fysisk- och psykisk maskulinitet, minskad sexlust, vallningar och trötthet (Appleton et al., 2015; Lennernäs et al., 2015).

Mäns bristande kunskap rörande prostatan kan grunda sig i att dagens äldre generation av män växte upp under andra förutsättningar gällande information och utbildningsinnehåll (Broom, 2004). Studier visar också att män är mer obenägna att söka vård till skillnad från kvinnor (Broom, 2004; Chapple & Ziebland, 2002). Orsaken till detta kan vara sociokulturella faktorer och kultur kring manlighet, där män ska visa sig starka och friska (Broom, 2004; Chapple & Ziebland, 2002; Stapleton & Pattison, 2014). Män kan också tveka till undersökning av genitalier eftersom undersökningen kan ses som obehaglig (Appleton et al., 2015). I många

fall är det mannens partner som insisterar till att konsultera läkare för symtom (Sinfield, Baker, Agarwal & Tarrant, 2008).

Prostatacancer drabbar inte bara mannen själv, den påverkar även närstående. Närstående kan känna stor börda, sorg och stress, vilket påverkar vardagen och livskvalitén (Elliott, Scott, Monsour & Nuwayhid, 2015). Prostatacancer berör hela relationen och livets prioriteringar förändras vilket är påfrestande även för partnern. Partners beskriver en stor stress över hur hälso- och sjukvården kommer att bedrivas kring deras make samt vilka förväntningar som kommer ställas på dem själva (Ezer, Rigol Chachamovich & Cachamovich, 2011). Det är ett stort ansvar för partnern att ta hand om den drabbade och att vara deltagande i beslut kring behandling. Ibland kan partnern behöva agera vårdare rörande den cancersjukes känslor och behov av omvårdnad, detta i kombination med behovet att ta hand om sig själv och de egna känslorna påtalas som det svåraste att hantera (Bruun, Pedersen, Osher & Wagner, 2011). Den intima påverkan som behandlingen mot prostatacancer kan medföra, i form av impotens eller minskad sexuell lust, påverkar partnern. Det kan dessutom vara svårt att tala med mannen om dessa problem (Manne et al., 2015; Wootten et al., 2014). Partners menar att de inte var förberedda på förändringen kring det sexuella livet och förlusten de upplevde vid minskad intimitet (Wootten et al., 2014).

Banning och Gumley (2012) betonar att sjuksköterskans förmåga att visa empati är en viktig del för att utföra en god omvårdnad. Empati kan uppmuntra, stödja och stärka patienten att kämpa mot cancer. Kvåle och Bondevik (2008) menar att sjuksköterskan behöver lindra lidande men även ge stöd och information. Detta skapar förutsättningar för patienten att klara av den nyuppkomna situationen och sjuksköterskan främjar därmed en personcentrerad omvårdnad och patientens autonomi. Daines et al. (2013) belyser att en tvärprofessionell samverkan är nödvändig för att kunna arbeta personcentrerat, särskilt kring svår cancersjukdom där vårdtiden kan vara lång (Daines et al., 2013). Att vårda en patient i ett kritiskt läge kan vara svårt och sjuksköterskan kan beskriva en hopplöshet över att inte räcka till (Banning & Gumley, 2012; Daines et al., 2013), balansen mellan patientens behov och de närståendes viljor kan vara svår att handskas med (Daines et al., 2013). Brataas, Thorsnes och Hargie (2009) belyser att det finns en kunskapsbrist hos sjuksköterskan för att adekvat bemöta den psykiska hälsan hos människor som insjuknat i cancersjukdom. Patienten kan känna sig osedd i mötet med sjuksköterskan vilket kan leda till ett vårdlidande. Kunskap gällande

bemötande är nödvändigt för att sjuksköterskan ska kunna utföra god omvårdnad och främja god livskvalité.

Sammanfattningsvis kan cancersjukdom ses som ett hot av människan som insjuknat och förknippas med dödlighet. Prostatacancer är Sveriges vanligaste cancerform och drabbar män. Tidig symtombild är trötthet, trängningsinkontinens, erektil dysfunktion och urinretention. Det finns bra screeningverktyg och behandlingsalternativ som minskar mortaliteten i sjukdomen. Män har dock en ovilja att söka vård för problem i genitalierna och partnern är den som många gånger motiverar mannen att genomgå undersökning. Prostatacancer påverkar inte bara mannen utan även partnern och det finns en svårighet i relationerna att tala om den sexuella påverkan och de komplikationer som kan uppstå. Det finns bristande kunskap hos sjuksköterskor att möta människor som insjuknat i cancer och framförallt deras psykiska hälsa. Ett dåligt bemötande kan leda till ett vårdlidande hos patienter varför sjuksköterskor behöver ökad kunskap om prostatacancer och dess påverkan på patienten för att kunna bemöta dem med empati och utföra en god omvårdnad.

Syftet med litteraturstudien var att beskriva mäns upplevelser av att leva med prostatacancer.

## Metod

Utifrån syftet, att beskriva mäns upplevelser av att leva med prostatacancer, valdes en kvalitativ metod. Holloway och Wheeler (2013, s. 3, 11, 195) beskriver att en kvalitativ metod utgår ifrån ett holistiskt perspektiv med ett personcentrerat fokus. Metoden används för att förstå människors livsvärld genom att undersöka känslor, beteenden och erfarenheter. Studier som är grundade i människans egen berättelse ger en djup kunskap om hur det är att leva med sjukdom. Denna litteraturstudie utgår från biografier. Dahlborg-Lyckhage (2012, s. 161-163) menar att en narrativ studie kan utföras genom analys av berättelser. Biografier ger djupa och detaljrika berättelser med utgångspunkt i människans livsvärld och vardag. En biografi kan ses som en betydande grund för en vetenskaplig studie.

## Litteratursökning

Inför en litteratursökning är det viktigt att specificera det som ska inkluderas i studien, detta innebär att utforma specifika kriterier (Polit & Beck, 2012, s. 274). Inklusionskriterier i denna litteraturstudie var självbiografier med utgivningsår 1998-2016, att biografierna fanns

tillgängliga och skrivna av vuxna med prostatacancer. Litteratursökningen genomfördes i söktjänsten LIBRIS, vilket är ett gemensamt register över litteratur vid svenska högskole-, universitets- och forskningsbibliotek. LIBRIS innehåller ett fåtal folkbibliotek, därför utökades sökningen med söktjänsten Bibblo.se, vilket är ett register över Norrbottens samtliga folkbibliotek. De sökord som användes var ”prostatacancer” och ”biografi”. Sökningen i LIBRIS gav tolv träffar och sökningen i Bibblo.se gav sex träffar varav fem träffar var dubletter. I enlighet med Polit och Beck (2012, s. 104) granskades samtliga träffar (n=13) genom att titel och därefter biografins sammanfattning lästes igenom. Två biografier som svarade mot studiens syfte valdes ut. De utvalda biografierna gav en rik beskrivning av upplevelse av att leva med prostatacancer.

### **Kontext**

De två biografierna som valdes ut var skrivna av två män som insjuknat i prostatacancer. Männerna gav en nyanserad och detaljrik beskrivning av deras vardag och upplevelser rörande sjukdomsförloppet.

*Ditt PSA är för högt - Mitt möte med prostatacancer* av Lars Göran Pärletun (2003).

Lars Göran var 54 år när han fick diagnosen prostatacancer, han lever tillsammans med sin fru Ingrid och arbetar som civilingenjör. Han hade haft en prostatit tidigare i livet, men hade inte haft några andra problem med urinvägarna. Boken beskriver hans upplevelser om att leva med prostatacancer, tiden innan diagnos och den vardag han genomgår.

*Oss män emellan - Att överleva prostatacancer* av Michael Korda (1998).

Michael var i 60-årsåldern när han fick diagnosen prostatacancer, han lever tillsammans med sin fru Margaret och arbetar som förlagsförfattare. Han hade haft problem med förstora prostata i flera år innan läkaren upptäckte att han hade prostatacancer. Boken beskriver hans upplevelser från besked till det att han återgår till ett vardagligt liv och de förändringar prostatacancer medför.

### **Analys**

Polit och Beck (2012, s. 564) beskriver kvalitativ innehållsanalys som en metod för att identifiera likheter och mönster i berättande data, exempelvis i en narrativ studie. I denna litteraturstudie utgår analysmetoden ifrån Graneheim och Lundmans (2004) metodbeskrivning. Litteraturstudien har en manifest ansats, för att vara textnära och återge

innehållet utan tolkning. Analysen började med att biografierna lästes av båda författarna för att få en känsla av dess helhet. Därefter togs de textenheter som svarade mot studiens syfte ut, drygt 460 textenheter. För att kunna återgå till originalkällan märktes varje biografi med en bokstav och varje textenhet med bokens sidnummer samt nummer för varje textenhet.

Därefter kondenseras dessa varsamt vilket innebar att enheterna kortades ned med bevarad kärna. Textenheter med liknande innehåll grupperades därefter i kategorier, vilket utfördes i fem steg tills kategorierna var varandra uteslutande, analysprocessen resulterade i sex kategorier. Enligt Graneheim och Lundman (2004) är kategoriseringen det grundläggande i analysen och ingen textenhet får exkluderas eller användas i fler än en kategori.

### **Etiskt övervägande**

Studier som innefattar människor måste alltid ha ett etiskt övervägande med respekt för integritet och mänskliga rättigheter. Inom forskningsetik är konfidentialitet ett viktigt begrepp, det syftar till att människans identitet inte ska röjas utan dennes samtycke (Polit & Beck, 2012, s. 150, 162). Denna litteraturstudie grundar sig på biografier vilket innebär att författarna valt att publicera sin identitet och sina berättelser offentligt. Hänsyn eftersträvas till författarnas integritet och livsvärld genom att hantera deras texter varsamt och med respekt. Detta genom att undvika tolkning och bevara kärnan i det personerna beskriver. Polit och Beck (2012, s. 156) menar att nyttan ska överväga riskerna i en studie, det innebär bland annat att deltagarna inte ska skadas på något sätt under studiens gång och att studien kan leda till någon form av förbättring för patienter. I denna litteraturstudie bedöms nyttan vara större än risken, då en förståelse för mäns upplevelse av att leva med prostatacancer kan bidra till fördjupad kunskap och därmed en god omvårdnad med ett personcentrerat fokus.

### **Resultat**

Analysen resulterade i sex kategorier (Tabell 1). Resultatet presenteras nedan i en sammanfattande brödtext och illustreras med citat från originaltexten.

***Tabell 1*** *Översikt Kategorier (n=6)*

<b>Kategorier</b>
Att pendla mellan hopp och förtvivlan vid insjuknandet
Att känna rädsla och oro för det som väntar
Att vara patient gav känslor av sårbarhet

**Forts. Tabell 1 Översikt Kategorier (n=6)****Kategorier**


---

Att vardagen efter operationen förändrades

Att känna en förändring i relationer

Att perspektivet på livet förändras

---

**Att pendla mellan hopp och förtvivlan vid insjuknandet**

Korda (1998) och Pärletun (2003) beskrev att de i början av sjukdomen kände en trötthet och en sjukdomskänsla som de inte reflekterade över. Båda männen upplevde urinträngningar och Korda (1998) ansträngde sig för att dölja och ignorera att han behövde söka vård. Båda männen (Korda, 1998; Pärletun, 2003) upplevde till slut symtomen som outhärdliga och att de styrde deras vardag. Pärletun (2003) kände en rädsla för prostatacancer och detta gjorde att han negligerade de provsvar och symptom han hade. Han försökte istället hitta förklaringar i andra sjukdomar med samma symtombild. Pärletun beskrev att han behandlades med kateter så att han kunde tömma urinblåsan trots sin prostatahyperplasi. Korda (1998) fick hormonell behandling som medförde att han tappade sexlusten helt, något han inte stod ut med. Korda (1998) och Pärletun (2003) beskrev att behandlingen för de tidiga symtomen för prostatahyperplasi gjorde att de kände sig helt återställda.

*Jag gjorde i varje fall mitt bästa för att ignorera mina besvär, eller dölja dem, och jag blev en riktig expert på att smita ut från möten, till synes för att ta ett telefonsamtal, när jag i själva verket var på väg till toaletten (Korda, 1998, s. 36).*

Korda (1998) och Pärletun (2003) kände oro och osäkerhet gällande framtiden när de väntade på provsvar, de befarade det värsta. För Pärletun (2003) var väntan plågende och påfrestande, all hans mentala kraft tog slut och känslorna pendlade mellan hopp och förtvivlan. Han kände en oro över att inte klara av att hantera ett negativt provsvar och han kände sig avtrubbad när många provsvar avlöste varandra. Båda männen (Korda, 1998; Pärletun, 2003) beskrev att negativa provsvar gav en obehaglig känsla och besvikelse.

*Jag hade fått vänta mer än två veckor på svaret till min första biopsi och det var en orolig tid då jag kastades mellan hopp och förtvivlan. Ovissheten plågade mig (Pärletun, 2003, s. 125).*

När Pärletun (2003) fick besked om att han hade prostatacancer kände han det som en kalldusch genom kroppen, hans ben gav vika, allt snurrade runt i hans huvud. I desperation försökte han att få fram information om situationen, även om han hade svårt att ta till sig den

vid det tillfället. Han hade förstått att proverna hade visat att någonting var fel men han förstod inte vad. Korda (1998) uttryckte cancer som hans värsta skräck och han upplevde sin situation som orättvis eftersom han levde hälsosamt. Korda (1998) och Pärletun (2003) kände en stor rädsla över att drabbas av cancer. Männerna hade svårigheter att acceptera att de hade prostatacancer eftersom de ansåg att cancer var något andra drabbades av. De kunde inte heller identifiera sig själva som cancerpatienter då de kände sig friska.

*Det hela kändes ännu inte riktigt verkligt - jag hade helt enkelt inte kunnat acceptera den oerhörda omvälvningen i mitt liv, från frisk man till cancerpatient ... (Korda, 1998, s. 60).*

Pärletun (2003) påtalade att när han kunde erkänna att han hade cancer, fylldes han med en känsla av allvar. Korda (1998) beskrev att han kände det överkligt att ha cancer i kroppen som försökte ta hans liv. Korda (1998) och Pärletun (2003) kände ett tvång att tillslut acceptera prostatacancer i takt med att vardagen förändrades och kroppen blev ett hinder, prostatacancer var en del av deras liv och ett hot mot framtiden.

*Mitt i natten ... kändes det svårt att tro att något inuti var i full färd med att försöka ta död på mig. ... Det kändes som om det låg en främling i sängen ... Främlingen var förstås cancer (Korda, 1998, s. 28).*

### **Att känna rädsla och oro för det som väntar**

Korda (1998) och Pärletun (2003) beskrev att de kände en oro inför hur operationen skulle förändra deras liv, speciellt oroade de sig över risken för impotens. Korda (1998) upplevde en osäkerhet inför operationen och om det skulle vara det bästa alternativet, vilket gjorde att han började tveka. Han kände att konvalescensen var skrämmande och en oro över hur han skulle klara sin vardag. Pärletun (2003) beskrev att oron för framtiden ofta gestaltade sig som ångest på natten då han var ensam med sina tankar.

*De flesta män som får beskedet att de har prostatacancer känner sig helt friska ... När man väl fått reda på att cancer inte har spridit sig är det frestande att avstå från operation ... att undvika att utsätta sig för risken för inkontinens och impotens och försöka undgå smärtan och de problem som oundvikligen följer med alla större operationer (Korda, 1998, s. 75-76).*

Korda (1998) och Pärletun (2003) beskrev en känsla av oro och rädsla inför döden som gav en ovisshet för framtiden. Männerna kände till att prostatacancer kunde vara lång och utdragen sjukdom, de kände en rädsla för en smygande död. De båda hade ett behov av att fly verkligheten och fyllde dagarna med aktiviteter för att skingra tankarna inför operationen. Pärletun (2003) beskrev prostatacancer som en dyster sjukdom och han kände även oro för att

hans familj skulle påverkas av sjukdomen. Korda (1998) såg prostatacancer som ett öde som inte gick att styra, han var fången i sin situation och han förberedde sig på det värsta. Han fann en tröst i detta, men var rädd att han inte skulle få uppleva vardagen och det som han höll kärt igen.

*Cancern kan vara en lång och utdragen sjukdom, som långsamt och steg för steg berövar en människa hennes kraft. Och medan den utmätta tiden rinner iväg är man fullt medveten om vad som sker i kroppen. Det var detta perspektiv som oroade mig. Hur skulle jag möta en sådan verklighet? Vad skulle detta betyda för mig och min familj? (Pärletun, 2003, s. 32).*

Pärletun (2003) var nöjd över att få genomföra operationen, men när den närmade sig kändes ett allvar, det kändes överkligt och han hade svårt att känna glädje. Insikten över hur framtiden skulle förändras gjorde att han orkade förbereda sig mentalt. Korda (1998) beskrev att en del av hans oro grundade sig i en rädsla för smärta och de undersökningar han skulle behöva genomgå. Pärletun (2003) menade att smärta inte var det största bekymret och båda männen (Korda, 1998; Pärletun, 2003) kände sig utelämnade vid undersökningar. Korda (1998) beskrev tiden innan operationen som orolig med mardrömmar, tanken på att han skulle opereras var lika skrämmande som döden. Intresset för vardagen avtog, det var viktigt att ha kontroll över situationen och förbereda hemmet och sig själv. Korda skrev ett livstestamente och talade om döden med sin fru, vilket kändes stämmningsfullt.

*... det är ändå inte vetskapen om att jag har cancer som skrämmer mig. Det som skrämmer mig är det som väntar - operationen, eller strålning eller cellgifter eller vad de nu blir, allt det som hoppats aldrig skulle hända mig. Smärtan - det är det som skrämmer mig. Och döden, förstås (Korda, 1998, s. 27).*

Korda (1998) och Pärletun (2003) beskrev oro över att samlivet skulle påverkas med risk för impotens efter operationen. Samlag var en viktig del i deras liv och de fanns en oro att aldrig mer uppleva det igen. Båda männen förklarade att de ställdes inför ett val mellan impotens som komplikation efter operationen eller att leva med cancer, de valde livet och risken för impotens. Korda (1998) kände sig dystert över situationen men såg det som enda utväg. Båda männen (Korda, 1998; Pärletun, 2003) kände en beslutsamhet att överleva cancer och Pärletun (2003) menade att operation blev ett självklart val då han inte ville lämna familjen efter sig.

*Jag tänkte på hur viktigt de sexuella alltid varit i mitt liv, och jag försökte föreställa mig hur livet skulle gestalta sig utan det. De var dystra framtidsutsikter... Det fanns uppenbarligen inget sätt att bli av med prostatacancer utan att riskera impotens, temporär eller permanent, för att inte tala om en viss grad av inkontinens (Korda, 1998, s. 73-74).*

### **Att vara patient gav känslor av sårbarhet**

Pärletun (2003) kände en lättnad över att sjukvården var tillgänglig och tacksamhet över den vård han fick vid urinretention. Han upplevde trygghet och uppskattning när läkaren regelbundet kontrollerade att cancer inte spridit sig. Korda (1998) beskrev att vårdbiträdet var den som gav honom information och förbättrade hans möjlighet att hantera situationen.

*"Du är lite som ett problembarn för mig", fortsatte han. "... jag föreslår att vi gör en ny PSA-mätning och en ny biopsi om ungefär en månad. Det är kanske överbehandling, men jag väljer att göra det här." Jag hade inget att invända (Pärletun, 2003, s. 42).*

Pärletun (2003) beskrev att mötena med läkare kändes korta, det fanns inte tid för reflektion. Han kände att hans psykiska hälsa inte uppmärksammades och att det var hans eget ansvar att begära den vård han behövde. Det medicinska språket såg han som ett hinder i kommunikationen. Korda (1998) och Pärletun (2003) upplevde att läkare undanhöll information om deras tillstånd och informerade endast om det grundläggande, resten fick de läsa i broschyrer och böcker. Detta gjorde att Pärletun (2003) kände sig utelämnad och omyndigförklarad.

*Risken för impotens lät högre än jag hade föreställt mig och risken för inkontinens visste jag ingenting om. Ingen hade berättat detta för mig. Jag undrade om det glömts bort eller om det var så här det fungerade. Patienten fick några häften att läsa själva (Pärletun, 2003, s. 63-64).*

Sjukhusvistelsen upplevde Korda (1998) och Pärletun (2003) som strikt och rituell, det gav en känsla av militärtjänst eller industri där allt gick på löpande band. Männen beskrev att de kände sig som inkräktare på sjukhuset och att de så fort de fick sjukhuskläder på sig identifierade sig som patienter och kände sig sårbara. Pärletun (2003) berättade att samtalsämnet på sjukhuset var urologsjukdomar och dess komplikationer, vilket gjorde honom nedstämd. Han kände en trygghet med sjuksköterskorna på avdelningen, de ingav ett lugn och mötte honom med empati. Korda (1998) beskrev att sömnen blev bristfällig, han stördes av personalen samtidigt som besöken gav honom trygghet då han upplevde natten som lång och ensam. Båda männen (Korda, 1998; Pärletun, 2003) kände en trygghet när de fick information inför operationen av läkare och avdelningspersonal. Däremot upplevde Korda (1998) ett empatilöst bemötande av narkosläkaren gällande hans rädsla inför epiduralbedövning.

*När jag klätt av mig och tagit på mig den säckiga bomullsrocken började jag känna mig kall och mer sårbar eftersom mina kläder, det sista som skiljde mig från att "vara patient", nu tagits ifrån mig (Korda, 1998, s. 171).*

Korda (1998) och Pärletun (2003) kände en okunskap kring prostatacancer, de förstod inte vad läkaren menade när han meddelade att deras PSA-prov var för högt. Bristen på kunskap beskrev de som skrämmande och jämförde det med kvinnor som fått lära sig att upptäcka bröstcancer. Männerna menade att informationen gällande undersökningar var bristfällig, de kände därför en stor oro inför dem. De hade svårt att ställa frågor om någonting de inte kände till, Pärletun (2003) begärde efter operationen att få läsa sin journal. Där framkom det att läkarna hade vetat om hans cancer långt innan han själv fick besked. Han beskrev att tiden innan beskedet hade varit påfrestande och att oron hade minskat om han fått beskedet tidigare.

*Journalen bjöd på en överraskning. Efter den första biopsin som gjordes i april 2000 hade min läkare sagt till mig att jag hade ett förstadium till cancer. ... Längst ner på patologens uttalande fanns texten ANMÄLD TILL TUMÖRRGISTER. Jag kände mig lite omtumlad fastän jag var opererad för prostatacancer. Det var alltså klart redan i april att jag hade cancer ... (Pärletun, 2003, s. 239-240).*

### **Att vardagen efter operationen förändrades**

Korda (1998) och Pärletun (2003) berättade att när de vaknade upp efter operationen och kände att de hade fått en kateter, förstod de att operationen var fullbordad. Korda (1998) beskrev hur han "stängde av" sina känslor eftersom situationen var mycket påfrestande både fysiskt och psykiskt. Båda männen (Korda, 1998; Pärletun, 2003) kände att det var smärtsamt att bära kateter och det upplevdes som ett hot mot deras frihet. Männerna besvärades av komplikationer efter operationen, de kände smärta, feber och en påtaglig trötthet, de betonade att de kände stora problem när magen "stod stilla".

*Jag mindes hur professor Martin hade fått rådet att känna efter om han hade en kateter i sin penis. Om den fanns där skulle det bekräfta att operationen hade genomförts ... jag kunde inte förmå mig till att röra vid något där nere utan antog att allt var som det skulle. Jag brydde mig egentligen inte så mycket om hur det var och ville bara bli lämnad ifred (Korda, 1998, s. 175).*

Korda (1998) beskrev att när den akuta faran från prostatacancer var borta kom hans känslor ikapp honom. Han upplevde hemkomsten efter operationen som en chock och jämförde allt med sitt liv innan operationen. Pärletun (2003) menade att den första tiden var mindre påfrestande än vad han förväntat sig och att hans oro som funnits innan operationen hade minskat. Det kändes överkligt att komma hem igen och att vardagliga saker kändes större. Korda (1998) hade svårt att acceptera de fysiska förändringarna och han kände sig nedstämd

över att det styrde vardagen. Efter operationen tappade han sexlusten helt, känslan var skrämmande och han kände stor oro över att impotensen skulle vara bestående.

*Jag hade förberett mig på mycket, men det jag inte var beredd på, nu när jag var hemma ... vardagliga kroppsfunctionerna hade tagit över mitt liv på bekostnad av nästan allt annat. ... Hemma kan man jämföra med hur man levde innan (Korda, 1998, s. 215).*

Korda (1998) och Pärletun (2003) upplevde att de hade förlorat kontrollen över sin urinblåsa. Pärletun (2003) beskrev att urinläckaget styrde vardagen, det var besvärligt att inte ha förmågan att hålla tätt och att behöva skydda sängen med plastunderlägg. Korda (1998) uttryckte en stor oro över att han skulle lukta obehagligt av urinläckaget, att bada gjorde att han kände sig mänsklig och fri. Korda beskrev att före operationen var hans största rädsla impotens, men efter operationen ansåg han att inkontinensen var mest påfrestande.

*Ingen som har kateter är egentligen inkontinent ... Det innebar att de inte fanns ett ögonblick, vare sig på dagen eller natten, som jag inte var medveten om min urin, inte tänkte på den, inte bekymrade mig för om den läckte eller droppade eller att andra människor kunde lukta den... (Korda, 1998, s. 215).*

Korda (1998) och Pärletun (2003) beskrev att det var viktigt att återgå till vardagen, de tränade mycket för att återuppbygga bäckenbottenmuskulaturen och varje framgång ingav hopp. Korda (1998) såg rehabiliteringen som spännande men långsam och påfrestande, där varje steg kändes övermänskligt. När han började känna ett tillfrisknande kom en frihetskänsla, han beskrev hur han började hitta tillbaka till sig själv. Pärletun (2003) upplevde att orken snabbt kom tillbaka och att han kunde hålla tätt kortare stunder. Han kände sig lycklig lottad över att operationen hade gått bra och att han bara hade haft lindriga besvär efteråt.

*Den andra kvällen bäddade jag utan plastunderlag ... Jag sov åtta timmar och vaknade med torr blöja. Jag gladdes åt mina framsteg. Jag visste att detta var första steget på vägen till kontinens, nämligen nattsömn utan läckage (Pärletun, 2003, s. 151).*

Pärletun (2003) kände förtvivlan och osäkerhet inför framtiden då han insåg att det fanns risk för återfall, operationen hade förlängt hans liv men det var ovisst hur länge. Dessa känslor plågade honom och gick ”hand i hand” med förhoppningar om att bli frisk. Pärletun beskrev en oro över cancers spridning och kände eufori när han fick reda på att den inte var spridd. Positiva provsvar blev en förutsättning i hans tillfrisknande. Korda (1998) kände lättnad över att ha besekrat cancer, men han hade samtidigt en vetskap om att ingen går säker. Cancer kunde komma tillbaka och då skulle han vara redo att besegra den igen.

*Jag kände en oro för framtiden inom mig. ... Risken för återfall fanns alltid där. ... Tänk om cancer skulle komma tillbaka om några år. Då skulle jag drabbas av en ny vånda. Detta gick stick i stäv med alla mina förhoppningar om den slutgiltiga befrielsen från cancer (Pärletun, 2003, s. 122).*

### **Att känna en förändring i relationer**

Korda (1998) och Pärletun (2003) betonade vikten av att få berätta, det var ett sätt för dem att hantera och avdramatisera situationen, detta blev viktigt för dem. Båda männen beskrev att det behövdes så lite för att de skulle känna empati från andra. Korda (1998) menade att prostatacancer omedvetet blev det enda samtalsämnet, då cancer och operationen tog stor plats i hans medvetande. Han trivdes i sällskap med andra, men beskrev att han fort blev trött. Pärletun (2003) menade att vänners stöd och uppmuntran gav honom kraft till att orka ta sig vidare, det var en positiv omväxling i hans vardag, det var värdefullt att människor lyssnade och förstod. Han betonade att prostatacancer väcker en stor ångest och att det kunde vara påfrestande för andra att lyssna när han ältade sin cancer, det gjorde att vännernas besök var särskilt betydelsefulla.

*Jag kände på nytt hur positivt det var med alla människor som besökte mig eller på något sätt hörde av sig till mig. Det räckte med att visa sitt intresse, att lyssna några minuter, att stanna upp från sitt vardagsjakt, att ta sig tid en stund. Det var som näring för min själ (Pärletun, 2003, s. 123).*

Korda (1998) och Pärletun (2003) tonade ner allvaret i deras sjukdom för att lugna andra. Pärletun (2003) undvek ibland att berätta och han kände ett behov av att trösta personer i hans omgivning. Han undvek att uttrycka sin oro i sociala sammanhang då cancer inte var ett bra samtalsämne i vissa situationer. Han beskrev att anhöriga hade svårt att känna glädje med honom och acceptera hans behov av att läsa om sjukdomen. Pärletun kände en tacksamhet över att hans fru blev ett stöd när sjukvården inte gav honom tillräckligt med information. Hon såg till att han var förberedd och tillsammans gick makarna på en cancerkurs som gav dem information kring prostatacancer.

*Jag förstod att vi inte var i fas i våra processer. Ingrid var glad över resultatet, men hon var fortfarande skakad av de senaste månadernas händelser. Hon behövde tid att smälta detta. Jag hade levt med händelserna och styckvis bearbetat dem. Jag kunde lättare ta till mig det ljusa beskedet från läkaren och se framåt (Pärletun, 2003, s.149).*

Pärletun (2003) upplevde att reaktionerna från hans omgivning var blandade, kvinnor jämförde hans situation med bröstcancer och män tog det som en påminnelse att kontrollera PSA-värdet. Han kunde se tre mönster i mötet med andra människor: de som lyssnade, de som inte ville lyssna och de som låtsades som om ingenting hade hänt. Pärletun beskrev att en del

personer negligerade hans situation och att vissa kom med förslag på förändringar som var irrelevanta. Trots detta upplevde han en förståelse för dem han mötte, han hade insett att cancer var skrämmande för andra och särskilt för män var prostatacancer hotfullt. Korda (1998) påtalade däremot att han blev trött över att behöva tala om sin situation och över andras reaktioner.

*... människors förmåga att lyssna är olika. De flesta lyssnade och visade förståelse. Men några personer kunde inte lyssna utan berättade om det som upptog de egna tankarna. ... I något fall blev det överbudspolitik. Det var inte bara jag som var drabbad utan andras ohälsa var större (Pärletun, 2003, s. 137).*

### **Att perspektivet på livet förändras**

I takt med att Pärletun (2003) kunde acceptera cancer så infann sig en känsla av hopp och han såg inte längre cancer som ett hot. Korda (1998) och Pärletun (2003) beskrev att de ibland hade smärtsamma tankar, men att de ändå kunde se ljus på sin tillvaro. Pärletun (2003) valde att inte ta ut något i förskott och försökte leva i nuet. Han fann egna metoder att hantera hotet från prostatacancer och ändrade sin kosthållning. Pärletun menade att humor var ett sätt att muntra upp stämningen och blev ett skydd mot verkligheten. Korda (1998) och Pärletun (2003) beskrev att de förlikade sig med cancer och accepterade sina nya liv och situation, de insåg att det inte fanns någon garanti att prostatacancer var borta för alltid.

*... ungefär nio månader efter operationen ... jag kröp till sängs och insåg att jag inte hade tänkt på operationen eller cancer en enda gång på hela dagen, och att den inte fanns med alls i mina planer eller tankar. ... jag hade lärt mig att acceptera dem för ögonblicket och jag hade förlikat mig med mitt liv såsom det hade blivit (Korda, 1998, s. 293).*

Pärletun (2003) upplevde att han hade fått en förlängning av sin tid i livet, han tog en dag i taget och värderade livet på ett annat sätt. Han omprioriterade det som var viktigt i livet då han insåg att livet var skört, tidigare hade han sett döden som avlägsen. Pärletun beskrev att hans personlighet förändrats och hans sociala spärr hade försvunnit, det som tidigare varit tabu var nu en självklarhet att säga. Korda (1998) upplevde de första mötena med människor som skrämmande och utmattande, trots detta såg han det som en seger i sin kamp tillbaka till vardagen. Pärletun (2003) kände en lättnad när det sociala livet återkom, de psykologiska hindren minskade och han kände en frihet i att kunna cykla igen efter operationen. Han kände en tacksamhet att symtomen på prostatacancer visade sig tidigt, vilket innebar att han fick goda chanser för ett gott behandlingsresultat. När Pärletun tittade tillbaka på sin resa mot prostatacancer var det en känslomässig berg- och dalbana mellan kaos och förtvivlan.

*Jag delade in tillvaron mycket mera i det som var viktigt och det som inte hade så stor betydelse. Det viktiga var familj, släkt och vänner. Till det världsliga hörde materiella ting och hit räknade jag också mina arbetsuppgifter (Pärletun, 2003, s. 138).*

Pärletuns (2003) syn på arbete förändrades, där hälsa och fritid gick före. Tidigare hade han levt för sitt arbete, nu var det en försörjning. Korda (1998) i sin tur kände en rädsla att berätta om cancer på arbetet och inför kollegornas reaktion, detta gjorde honom nedstämd. Han hade alltid haft ett behov av att ha kontroll på arbetet det blev ännu större när han inte längre hade kontroll över sin kropp.

*Arbetet kändes inte lika viktigt längre. Det var en världslig sak och något som jag behövde för familjens försörjning, men jämfört med hälsan så var det helt oväsentligt (Pärletun, 2003, s. 138).*

## Diskussion

Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva mäns upplevelser av att leva med prostatacancer. I litteraturstudiens resultat framkom en oro och rädsla för att drabbas av cancer som följdes av en förnekelse. Att vänta på behandling för prostatacancer väckte rädslor kring döden och det framtida livet och att hamna i en patientroll gjorde att männen kände en sårbarhet. Att genomgå operation och konvalescens upplevdes krävande, men känslan av lättnad och frihet kom i takt med tillfrisknandet. Relationer och perspektiv förändrades för männen och deras syn på livet blev annorlunda.

Resultatet i denna litteraturstudie visar att tidiga symtom gällande prostatacancer inte reflekterades över och att de istället ignorerades. Toombs (1993, s. 31-38) menar att det är upplevelsen av sjukdomen som är central i det initiala skedet. Symtom som avviker från det normala och påverkar det vardagliga livet, är en förutsättning för att människan ska förena symtom med sjukdom. Initialt avskärmar människan sig och reflekterar inte över de kroppsliga förändringarna för att hantera vardagen. När symtomen inte längre går att undvika uppstår en svårighet i att distansera sig och fokus hamnar enbart på kroppen och dess symtom. Det kräver att människan själv reflekterar över sin situation för att se samband mellan symtom och sjukdom, detta för att kunna identifiera de grundläggande orsakerna. När människan kan formulera sin sjukdom kan en förståelse för situationen infinna sig, vilket är förenligt med litteraturstudiens resultat som visar att männen fick en känsla av allvar när diagnosen till slut accepterades.

I litteraturstudiens resultat framkom att väntan på provsvar innebar en oro och osäkerhet för framtiden. Neville (2003) beskriver osäkerhet och dess betydelse vid sjukdom, när diffusa symtom uppstår och människan inte får grepp om situationen kan en osäkerhet infinna sig som ett sätt att hantera situationen. När sjukdomsbilden inte är säkerställd uppstår en väntan, vilket beskrivs som sjukdomens mest påfrestande tid. En diagnos kan upplevas som skrämmande, vilket gör att människans istället distanserar sig från situationen för att hantera vardagen. I denna litteraturstudies resultat framkom en rädsla för cancer vilket gjorde att en förnekelse uppstod som ett sätt att hantera situationen i början av sjukdomen. Stephenson (2004) beskriver förnekelse som ett sätt att hantera ett hot från en dödlig sjukdom. Förnekelse är ett sätt för människan att få tid till att hitta coping-strategier och kan ses som det första steget i lidandet. Morse (2001) menar att lidandets process inte är linjär utan människan vandrar mellan emotionellt lidande och uthärdande. Uthärdandet är ett sätt att hantera känslor som uppkommer vid ett hot mot självet, människan stänger av sina känslor för att kunna förstå den nya situationen och hantera vardagen. Vid uthärdandet kan inte människan bearbeta sjukdomen utan gör allt för att inte tänka på den. Människan kan därefter övergå till ett emotionellt lidande i små stunder för att få ut den undertryckta energin som uthärdandet medför. Denna beskrivning kan sammankopplas med litteraturstudiens resultat där det framkom att känslor pendlade mellan hopp och förtvivlan i väntan på provsvar.

I litteraturstudiens resultat framkom att det fanns svårigheter i att identifiera sig med prostatacancer då en känsla av hälsa fanns hos männen. Detta är jämförbart med en studie av Lindqvist, Widmark och Rasmussen (2006) som visar att upplevelsen av hälsa kan pendla hos patienter med prostatacancer, den drabbade kan pendla mellan att känna sig frisk eller sjuk. Känslan av att vara frisk blir märkbar när personen har kontroll över sina symtom och förloras när det förvärras. Hälsa kan förstås utifrån Antonovskys (2005, s. 28-30) patogenetiska eller salutogenetiska perspektiv. Det patogenetiska syftar till att hälsa ses utifrån en dikotomi, där människan antingen är frisk eller sjuk. Det salutogenetiska perspektivet menar att hälsa och ohälsa kan ses utifrån ett kontinuum, människan har alltid en viss form av hälsa så länge livet är i behåll. Att se hälsa utifrån detta gör att människan bakom sjukdomen identifieras. Det salutogenetiska perspektivet medför inte att alla svårigheter i livet går att lösa men det leder till en djupare insikt som är nödvändig för att uppnå god hälsa.

Litteraturstudiens resultat visade att männen kände sig oförberedda mentalt och kunskapsmässigt kring sjukdomsprocessen och biverkan av de olika behandlingsalternativen.

Pedersen, Kockved och Nielsen (2013) menar att när människan genomgår en allvarlig sjukdom kan det upplevas skrämmande. Det kan vara svårt att identifiera sina behov och människan kan känna sig okunnig på grund av bristande kunskap om sitt tillstånd. Patientens relation och tillit till sjuksköterskan är viktig för att kunna förstå sin situation och känna en trygghet i att berätta om sina behov. Antonovsky (2005, s. 34-39) menar att det salutogenetiska synsättet leder till en djupare förståelse och kunskap om människan som individ. Det är viktigt att se människan som en helhet i sjukvården då människan är mer komplex än sin åkomma. Att ge utrymme för den personliga historien ger möjlighet till ett relationsskapande och en förståelse till människans beteende och hanterbarhet. Litteraturstudiens resultat visade att det var svårt att veta hur framtiden och konvalescensen skulle gestalta sig. Detta kan sammankopplas med Pedersen et al. (2013) som betonar vikten av att känna kontinuitet, få information om sin situation, läkemedel och biverkningar. Detta fordras för att människan ska kunna hantera sin situation och urskilja sina behov.

Litteraturstudiens resultat visar en överhängande oro över impotens som biverkan av prostatektomin och hur detta skulle påverka samlivet. Det framkom att männen ställts inför ett val mellan livet och impotens. Detta är jämförbart med O'Shaughnessy och Laws (2009-2010) studie som belyser att de ofta är ett svårt beslut att välja behandlingsmetod med tanke på risken för impotens. Män med en aggressiv form av prostatacancer upplever valet lättare än de som har en "långsam" form. Män som diagnostiseras tidigt i livet beskriver att valet var tungt, både före och efter behandling och att valet omvärderades kontinuerligt. King et al. (2015) belyser att det kan vara problematiskt för män att tala om sexuella funktioner, i många fall brister sjukvårdspersonal att beröra detta ämne. Att tala om sexuella behov kan upplevas genant, att inte ha möjlighet att bilda en relation med sjukvårdspersonalen är en del av problematiken.

Litteraturstudiens resultat påvisade en bristande kommunikation mellan läkare och patient relaterat till medicinskt språk samt korta möten. Zamanzadeh et al. (2014) poängterar att kommunikationen är en central del för att patienten ska känna sig trygg och få möjlighet att kunna hantera situationen. Sjuksköterskans holistiska syn, kunskap och relation till patienten är en viktig faktor för en god omvårdnad som inger trygghet. I litteraturstudiens resultat framkom att den psykiska hälsan negligerades, vilket medförde en känsla av sårbarhet och att inte bli sedd. Nobis, Sandén och Elofsson (2007) beskriver att män som insjuknat i prostatacancer ansåg det vara viktigt att få tala om känsliga frågor vilket borde vara

rutinmässigt. Iranmanesh, Axelsson, Sävenstedt och Häggström (2009) menar att sjuksköterskans relation till människor med cancer är ömsesidig och central. Sjuksköterskans bemötande ska ge utrymme för patientens känslor och tankar, bemötandet ska genomsyras av att aktivt lyssna, visa närvaro och respekt.

Litteraturstudiens resultat påvisade att sjukvårdspersonal endast gav den mest grundläggande informationen gällande prostatacancer. I linje med detta beskriver King et al. (2015) och Carter, Bryant-Lukosius, DiCenso, Blythe och Neville (2011) att män som insjuknat i prostatacancer inte får tillräckligt med information kring sjukdomen och sjukdomsprocessen. Kralik, Brown och Koch (2001) menar att information kring sjukdomen är något som bör komma kontinuerligt under förloppet. Information enbart vid diagnostisering kan leda till att personen inte kan ta till sig det som krävs och därmed inte förstå sin situation. Neville (2003) påtalar att människan vid sjukdom kan ha svårt att hantera förklaringar som ges för att underlätta situationen, detta på grund av den ångest och trötthet som kan uppstå. Bristande förmåga att hantera information kan öka osäkerheten i situationen. King et al. (2015) beskriver att många män med prostatacancer har svårt att tala med sjukvårdspersonal om problem i det tidiga skedet av sjukdomen, detta medför en oro hos patienter då många frågor blir obesvarade. Resultatet i denna litteraturstudie visar att brist på kunskap kring sjukdomen medförde att männen inte kunde ställa relevanta frågor.

Enligt litteraturstudiens resultat uppfattades sjukhusvistelse som strikt och rituell, sjukhuskläder medförde en identifiering som patient vilket ingav en känsla av sårbarhet. Det är jämförbart med Matiti och Troreys (2008) studie, vilket påtalar att patienter kan tappa sin identitet och känna sig obekväma med att bära sjukhuskläder. I sjukhusmiljö kan patientens autonomi förloras och detta kan dessutom förknippas med sjukvårdspersonalens bemötande. Att diskutera om patienten tillsammans med en kollega, då patienten är i samma rum, kan ge en känsla av att inte vara värdig att tala med och en känsla av att inte existera. Toombs (1993, s. 65-66) belyser att när människan identifierar sig som en patient uppstår en beroendeställning vilket kan stärkas av andras bemötande. Sjukvårdspersonalens fysiska bemötande gentemot patienten är en viktig faktor för att minska patientens känsla av sårbarhet. Vårdpersonalen kan genom sin kroppsställning omedvetet hamna i en maktposition, vilket minskar patientens autonomi och värdighet, Toombs betonar därför vikten av att bemöta patienten i "ögonnivå".

Litteraturstudiens resultat visade att konvalescensen efter en prostatektomi upplevdes påfrestande både fysiskt och psykiskt. Smärta, trötthet och inkontinens var faktorer som påverkade vardagen efter prostatektomin. Lindqvist, Rasmussen, Widmark och Hydén (2008) menar att kroppsliga förändringarna gör det svårt att skingra tankar och omedvetet kan livet börja kretsa kring sjukdomen. Kroppen går från att ha varit frisk och frånvarande till att göra sig konstant påmind och närvarande. Toombs (1993, s. 60-64) beskriver att kroppen i ett friskt tillstånd är en del av människans helhet och jaget. Vid sjukdom kan kroppen och jaget separerat från varandra och människan kan se kroppen som en främling. Aktiviteter som tidigare utförts utan problem eller reflektion kan bli något människan undviker, kroppen blir ett hinder och världen upplevs annorlunda.

Resultatet i denna litteraturstudie visade att inkontinensen blev styrande i vardagen efter operationen. O'Shaughnessy och Laws (2009-2010) belyser att inkontinens är psykiskt påfrestande och att när inkontinensen inte avtar kan det uppstå tvivel kring valet att ha opererat sig. Inkontinens inger ångest och skam, den som drabbats kan mista sin integritet och få en känsla av att vara ett barn igen vilket är jämförbart med resultatet i denna litteraturstudie. Butler, Downe-Wamboldt, Marsh, Bell och Jarvi (2001) belyser att kateter och inkontinens kan ha en påverkan på den egna känslan av manlighet. Män kan känna en oro för läckage, lukt, synbar väta och att välja kläder kan bli en svårighet. Detta ligger i linje med resultatet i litteraturstudien där det framkom en stor oro att lukta urin och det faktum att bada ingav en känsla av renlighet och frihet.

Resultatet i denna litteraturstudie visade att förlorad sexuell lust efter prostatektomin var skrämmande och det fanns en rädsla för en bestående impotens. Butler et al. (2001) belyser att en av de största orostankarna efter en prostatektomi är möjligheten att få en erektion och möjligheten att kunna tillfredsställa sin partner. Willner och Hantikainen (2005) belyser att det finns en problematik efter en prostatektomi och förmågan att få erektion. Begreppet livskvalité förknippas ofta tillsammans med möjligheten att vara sexuellt aktiv. I litteraturstudiens resultat framgår det som en viktig del att kunna återgå till sitt liv som innan och att vara sexuellt aktiv. Nobis et al. (2007) och O'Shaughnessy och Laws (2009-2010) beskriver att män kan uppleva den sexuella dysfunktionen som en förlust av manlighet. Vidare förklarar O'Shaughnessy och Laws (2009-2010) att de män som identifierar sin manlighet med sexuell funktion kan känna en förlust av självet om komplikationer som impotens uppstår. Detta kan leda till en känsla av att vara oduglig och förändrar mannens syn

på sin kropp. Förmågan att inte kunna få en fullgod erektion och att inte kunna tillfredsställa sig själv kan upplevas som en förlust och påverkar självkänslan.

Litteraturstudiens resultat visar att männen som insjuknat i prostatacancer har ett behov av att tala om sjukdomen med andra, vilket avdramatiserar situationen. King et al. (2015) och Sægrov och Halding (2004) påtalar behovet av att byta erfarenheter med andra människor som har samma sjukdom och ett behov av stöd genom sjukdomsförloppet. Att tala med andra i samma situation skapar ett kunskapsutbyte och emotionellt stöd som underlättar situationen. Vidare förklarar Sægrov och Halding (2004) att möta någon som genomgått cancersjukdom med en positiv utgång kan underlätta och ge en känsla av hopp, men att umgås med människor som är sjukare kan upplevas påfrestande. Resultatet i denna litteraturstudie visar att stöd och uppmuntran gav energi och en vilja att kämpa vidare.

Litteraturstudiens resultat visar att partnern blev ett viktigt stöd för den drabbade, samtidigt kunde partnern ha svårt att förstå deras behov. Sægrov och Halding (2004) betonar vikten av att ha nära relationer och någon att prata med vid cancersjukdom, att få stöd vid undersökningar och samtal med sjukvården inger en lättnad. Jakobsson, Persson och Lundqvist (2013) påtalar att sjukdomen kan fördjupa relationen mellan partners och mer kärlek och uppmuntran kan ses. Emellertid belyser Navon och Morag (2003) att relationer vid prostatacancer kan påverkas negativt relaterat till minskad intimitet. Partnern till mannen kan ha ett behov av en intim relation och ett oförändrat liv, vilket kan påfresta mannen. Relationen kan ändras från att leva tillsammans till att leva bredvid varandra.

Resultatet i litteraturstudien visar att bemötandet från omgivningen kunde variera, och att vissa negligerade männens situation och deras behov att tala. I resultatet framkom dock också att det fanns en medvetenhet gällande omgivningens rädsla för prostatacancer. Ahlström (2007) beskriver att människor kan uppleva en rädsla för sjukdomar och att vara kring den sjuke kan vara påfrestande, vilket leder till att människor får ett undvikande beteende. Den minskade orken hos den sjuke kan påverka relationer då initiativförmågan att upprätthålla kontakt med anhöriga och vänner kan brista. Ahlström belyser att det finns en svårighet hos människan att anpassa sig till den sjukes behov och förändring i livet, vilket kan orsaka förlust i relationer. Förluster kan uppstå i hemmet där det känslomässiga stödet försvinner, men även på jobbet och vid vardagliga aktiviteter där den sociala funktionen i livet förloras.

Litteraturstudiens resultat visar att när acceptans uppstod kring prostatacancer så infann sig en känsla av hopp och livet såg ljusare ut. Hammer, Mogensen och Hall (2009) beskriver att hopp är något som finns djupt i människan, det är en viktig aspekt i människans varande och används som ett redskap i anpassning till livet. Människan använder hopp för att sätta upp mål i livet, "se ljuset i tunneln" och för att kämpa vidare trots sjukdom. Holopainen, Kasén och Nyström (2012) betonar vikten av att sjuksköterskan inger hopp i mötet med den vårdande patienten. Hopp står i relation till att känna hälsa och utifrån detta kan sjuksköterskan ge uppmuntran och förhoppning för att patienten trots sjukdom ska orka kämpa vidare.

Litteraturstudiens resultat belyser att smärtsamma tankar fanns kvar men tillvaron förändrades och det fanns en hanterbarhet i vardagen. Antonovsky (2005 s. 42-50) beskriver att en lyckad problemhantering grundar sig i en känsla av sammanhang (KASAM). Det finns tre grundläggande delar som bygger upp människans KASAM: begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Meningsfullhet är den mest betydelsefulla delen, utan detta blir inte de två andra delarna bärande. Det är den motiverande aspekten och leder till att livet har en känslomässig betydelse och att de situationer som uppstår är värda att kämpa för och konfrontera.

Litteraturstudies resultat visar att perspektiv och värderingarna ändrades i livet. Det som var viktigt tidigare ansågs oväsentligt och det framkom en förändring i människans personlighet. Kralik, Visentin och Loon (2006) beskriver transition som en process i det inre självet som sker över tid när människan behöver anpassa sig till en ny situation som förändrar livet. Förändringen i livet medför en förvirring och svårighet i att identifiera sig själv. Människan måste vara medveten och acceptera de förändringarna som sker för att kunna genomgå en transitionsprocess. Kralik et al. menar att medvetenheten medför att människan blir mottaglig för information och blir villig att förstå den, vilket leder till ett fastställande av en ny roll och förändrat liv. I denna litteraturstudie framkom att det mentala hindren minskade och friheten kom tillbaka, en känsla av tacksamhet infann sig. Enligt Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger Messias, Schumacher (2000) är transition en central del i sjuksköterskans arbete och är den som främst förbereder, vårdar och stödjer patienten i transitionsprocessen. Sjuksköterskans stöd i transitionsprocessen är att underlätta och lära patienten att leva ett liv med god livskvalité. Transition är ett komplext begrepp och det finns inte en tydlig linje att följa, därav är det viktigt för sjuksköterskan att ha god kännedom om transitionsprocessens delar och var patienten befinner sig. Utöver detta så betonar Meleis et al. att det krävs en medvetenhet om att varje människa är unik och att processerna hos varje människa kommer se olika ut. Vägen

till en lyckad transition är inte alltid självklar och kritiska punkter kan uppstå där människan kan uppleva förvirring och förlust. Sjuksköterskan måste därför vara uppmärksam och se till patientens helhet för att kunna identifiera och stödja dennes behov för en lyckad transitionsprocess.

### **Metoddiskussion**

Vid all forskning är kvalitet och trovärdighet viktig och i denna litteraturstudie diskuteras trovärdighet utifrån begreppen pålitlighet, tillförlitlighet, överförbarhet och bekräftbarhet (jfr. Holloway & Wheeler, 2013, s. 302-303).

En studie anses vara pålitlig om den går att upprepa, det innebär att studiens metod och kontext ska vara väl beskrivet och det ska gå att följa hela processen. Resultat som presenteras i studien ska vara konsekvent och sanningsenligt (Holloway & Wheeler, 2013, s. 302-303; Polit & Beck, 2012, s. 585). I denna litteraturstudie är metod och tillvägagångssätt detaljerat beskrivet och författarna är konsekventa i processen, vilket anses vara en styrka. Analysen utgick från Graneheim och Lundmans (2004) innehållsanalys med manifest ansats för att metodologiskt korrekt och systematiskt analysera data. Polit och Beck (2012, s. 585) beskriver att pålitlighet måste finnas för att uppnå en tillförlitlighet i studier.

Tillförlitligheten innebär att en studies deltagare ska känna igen sig i resultatet och att resultatet ska bygga på den verkliga sanningen (Holloway & Wheeler, 2013, s. 303). Mängden data som samlas in är en viktig aspekt gällande tillförlitlighet (jfr. Graneheim & Lundman, 2004). Litteraturstudiens analys är detaljerat beskriven för att läsaren ska kunna följa och upprepa processen. Detaljrik information insamlades från de två biografierna och risken för tolkning minimerades genom att båda författarna läsa biografierna var för sig. Materialet bestod av cirka 460 textenheter och varje textenhet markerades för att kunna återgå till originalkällan, vilket kan anses öka tillförlitligheten. Kondensering av textenheterna utfördes varsamt för att behålla kärnan. Alla kondenserade textenheter lästes av båda författarna så att inte tolkning skett i processen. Tillvägagångssättet har troligen resulterat i ett sanningsenligt resultat. En svaghet i tillförlitligheten kan trots detta anses vara det faktum att viss tolkning är svår att undvika (jfr. Graneheim & Lundman, 2004). Tillförlitligheten i resultatet styrks genom citat ur biografiernas originaltext för att påvisa att tolkning har undvikits (jfr. Graneheim & Lundman, 2004; Polit & Beck, 2012, s. 584-585). Vidare har författarna haft fortlöpande handledning och vid seminarium kritiskt granskat arbetet

tillsammans med medstudenter. Författarna har därefter haft möjlighet för reflektion och revidering.

Holloway och Wheeler (2013, s. 303) beskriver att överförbarhet innebär att det resultat som studien visar är överförbart i en annan kontext. Polit och Beck (2012, s. 585) menar att data som presenteras ska vara väl beskriven för att läsaren ska kunna besluta sig om resultatet går att tillämpa. I denna litteraturstudie presenterar djup och detaljrik information kring upplevelsen att leva med prostatacancer, vilket kan vara applicerbart vid andra sjukdomar såsom urologiska- och neurologiska sjukdomar hos män, där manlighet och sexuell förmåga kan påverkas. I litteraturstudiens resultatdiskussion görs en jämförelse med tidigare kvalitativ forskning. Resultatet kan dessutom appliceras på andra former av cancersjukdomar eller allvarliga sjukdomar. Dock kan det ses som en svaghet att litteraturstudien är genomförd på två personers unika berättelser och subjektiva känslor, vilket gör att resultatet inte är generaliserbart utan endast giltigt för dessa personers berättelser.

Bekräftbarhet innebär att resultatet i studien ska spegla syftet och författarnas förståelse eller tolkning ska inte påverka resultatet (Holloway & Wheeler, 2013, s. 303). Genom korrekt referensteknik kan resultatet härledas till originalkällan. Författarna av litteraturstudien hade endast teoretisk kunskap kring ämnet som studerades, vilket kan anses vara en styrka då förståelsen inte påverkat resultatet. En analys av berättelser kan dock påverkas av viss tolkning, eftersom författarna riskerar att bli personligt engagerade i berättelsen vilket kan leda till svårigheter gällande objektivitet och distans till arbetet. Denna risk skulle kunna ses som en möjlig svaghet. För att minska denna risk kontrollerades resultatet med originalkällan kontinuerligt för att bekräfta att resultatet inte påverkades.

## Slutsats

Att leva med prostatacancer påverkar mannens vardag med fysiska och emotionella påfrestningar att hantera. En stor oro och osäkerhet för framtiden uppstår och sjukdomen påverkar perspektivet på relationer och livet i stort. Sjukvårdens organisation, brist på information och korta möten påverkar patienten. Ett bristande bemötande och brist på kunskap kan leda till ett vårdlidande hos patienter. Sjuksköterskan behöver en fördjupad kunskap om prostatacancer och dess påverkan på patienten för att kunna bemöta med empati och utföra en god omvårdnad. Denna studie kan bidra med fördjupad kunskap om upplevelsen

av att leva med prostatacancer. Mot den bakgrunden kan sjuksköterskor identifiera unika behov i sjukdomens olika skeden och utifrån dessa utföra en god och personcentrerad omvårdnad. Ytterligare forskning är dock nödvändig vilket kan ge en betydande grund för att förstå och kunna bemöta patienter, partner och närstående. Det är av betydelse att forska kring sjukvårdspersonalens syn på sexuell hälsa och att synliggöra brister inom detta område. Vidare forskning för att identifiera orsaker till bristande information och för att tydliggöra patienters syn på bemötande kan även vara av stor vikt.

## Referenser

\*Biografier som ingår i analys

Ahlström, G. (2007). Experiences of loss and chronic sorrow in persons with severe chronic illness. *Journal of Nursing & Healthcare of Chronic Illnesses*, 16(1), 76-83.

doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01580.x

Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. (2. utg.) Stockholm: Natur och Kultur.

Appleton, L., Wyatt, D., Perkins, C., Crane, J., Jones, A., Moorhead, L., ... Pagett, M. (2015). The impact of prostate cancer on men's everyday life. *European Journal of Cancer Care*, 24, 71-84. doi:10.1111/ecc.12233

Banning, M., & Gumley, V. A. (2012). Clinical nurses' expression of the emotions related to caring and coping with cancer patients in Pakistan: A qualitative study. *European Journal of Cancer Care*, 21, 800-808. doi:10.1111/j.1365-2354.2012.01364.x

Brataas, V. H., Thorsnes, L. S., & Hargie, O. (2009). Cancer nurses narrating after conversations with cancer outpatients: How do nurses' roles and patients' perspectives appear in the nurses' narratives?. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23, 767-774. doi:10.1111/j.1471-6712.2008.00679.x

Broom, A. (2004). Prostate cancer and masculinity in Australian society: A case of stolen identity?. *International Journal of Men's Health*, 3(2), 73-91. Hämtad från CINAHL with full text den 21 Januari 2016

Bruun, P., Pedersen, B. D., Osther, P. J., & Wagner, L. (2011). The lonely female partner: A central aspect of prostate cancer. *Urologic Nursing*, 31(5), 294-299. Hämtad från CINAHL with full text den 22 Januari 2016

Butler, L., Downe-Wamboldt, B., Marsh, S., Bell, D., & Jarvi, K. (2001). Quality of life post radical prostatectomy: A male perspective. *Urologic Nursing*, 21(4), 283-288. Hämtad från CINAHL with full text den 10 Mars 2016

Carter, N., Bryant-Lukosius, D., DiCenso, A., Blythe, J., & Neville, A. J. (2011). The supportive care needs of men with advanced prostate cancer. *Oncology Nursing Forum*, 38(2), 189-198. doi:10.1188/11.ONF.189-198

Chapple, A., & Ziebland, S. (2002). Prostate cancer: Embodied experience and perceptions of masculinity. *Sociology of Health & Illness*, 24(6), 820-841. Hämtad från CINAHL with full text den 18 Februari 2016

Dahlborg-Lyckhage, E. (2012). Att analysera berättelser (narrativer). I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.161-171). Lund: Studentlitteratur.

Daines, P., Stilos, K., Moura, S., Fitch, M., McAndrew, A., Gill, A., & Wright, F. (2013). Nurses' experiences caring for patients and families dealing with malignant bowel obstruction. *International Journal of Palliative Nursing*, 19(12), 593-598. Hämtad från CINAHL with full text den 19 Janurari 2016

Elliott, J. K-E., Scott, L. J., Monsour, M., & Nuwayhid, F. (2015). Profiles of dyadic adjustment for advanced prostate cancer to inform couple-based intervention. *Psychology & Health*, 30(11), 1259-1273. doi:10.1080/08870446.2015.1043301

Ezer, H., Rigol Chachamovich, J. L., & Chachamovich, E. (2011) Do men and their wives see it the same way? Congruence within couples during the first year of prostate cancer. *Psycho-Oncology*, 20(2), 155-164. doi:10.1002/pon.1724

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001

Hammer, K., Mogensen, O., & Hall, E. O. C. (2009). The meaning of hope in nursing reasearch: A meta-synthesis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23, 549-557. doi:10.1111/j.1471-6712.2008.00635.x

Holloway, I., & Wheeler, S. (2013). *Qualitative Research in Nursing and Healthcare*. Chichester: Wiley-Blackwell.

Holopainen, G., Kasén, A., & Nyström, L. (2012). The space of togetherness - A caring encounter. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28, 186-192.  
doi:10.1111/j.1471-6712.2012.01090.x

Hurwitz, L. M., Cullen, J., Elsamanoudi, S., Kim, D. J., Hudak, J., Colston, M., ... Rosner, I. L. (2015). A prospective cohort study of treatment decision-making for prostate cancer following participation in a multidisciplinary clinic. *Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations*. doi:10.1016/j.urolonc.2015.11.014

Iranmanesh, S., Axelsson, K., Sävenstedt, S., & Häggström, T. (2009). A caring relationship with people who have cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 65(6), 1300-1308.  
doi:10.1111/j.1365-2648.2009.04992.x

Jakobsson, L., Persson, L., & Lundqvist, P. (2013). Daily life and life quality 3 years following prostate cancer treatment. *BMC Nursing*, 12(1), 11-19. doi:10.1186/1472-6955-12-11

King, A. J. L., Evans, M., Moore, T. H. M., Paterson, C., Sharp, D., Persad, R., & Huntley, A. L. (2015). Prostate cancer and supportive care: A systematic review and qualitative synthesis of men's experiences and unmet needs. *European Journal of Cancer Care*, 24, 618-634.  
doi:10.1111/ecc.12286

\*Korda, M. (1998). *Oss män emellan: att överleva prostatacancer*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.

Kralik, D., Brown, M., & Koch, T. (2001). Women's experiences of 'being diagnosed' with a long-term illness. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 594-602. doi:10.1046/j.1365-2648.2001.01704.x

Kralik, D., Visentin, K., & van Loon, A. (2006). Transition: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 55(3), 320-329. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.03899.x

Kvåle, K., & Bondevik, M. (2008). What is important for patient centred care? A qualitative study about the perceptions of patients with cancer. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(4), 582-589. doi:10.1111/j.1471-6712.2007.00579.x

Leal, I., Engebretson, J., Cohen, L., Rodriguez, A., Wangyal, T., Lopez, G., & Chaoul, A. (2015). Experiences of paradox: A qualitative analysis of living with cancer using a framework approach. *Psycho-Oncology*, 24(2), 138-146. doi:10.1002/pon.3578

Lennernäs, B., Majumder, K., Damber, J-E., Albertsson, P., Holmberg, E., Brandberg, Y., ... Nilsson, S. (2015). Radical prostatectomy versus high-dose irradiation in localized/locally advanced prostate cancer: A Swedish multicenter randomized trial with patient-reported outcomes. *Acta Oncologica*, 54, 875-881. doi:10.3109/0284186X.2014.974827

Lindqvist, O., Rasmusen, H. B., Widmark, A., & Hydén, L-G. (2008). Time and bodily changes in advanced prostate cancer: Talk about time as death approaches. *Journal of Pain and Symptom Management*, 36(6), 648-656. doi:10.1016/j.jpainsymman.2007.12.013

Lindqvist, O., Widmark, A., & Rasmussen, B. H. (2006). Reclaiming wellness -- Living with bodily problems, as narrated by men with advanced prostate cancer. *Cancer Nursing*, 29(4), 327-337. Hämtad från CINAHL with full text den 9 Mars 2016

Manne, S. L., Kissane, D., Zaider, T., Kashy, D., Lee, D., Heckman, C., & Virtue, S. M. (2015). Holding back, intimacy, and psychological and relationship outcomes among couples coping with prostate cancer. *Journal of Family Psychology*, 29(5), 708-719. doi:10.1037/fam0000096

Matiti, R. M., & Trorey, M. G. (2008). Patients' expectations of the maintenance of their dignity. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2709-2717. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02365.x

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hillfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28. Hämtad från CINAHL with full text den 28 Februari 2016

- Morse, J. M. (2001). Towards a praxis theory of suffering. *Advances in Nursing Science*, 24(1), 47-59. Hämtad från CINAHL with full text den 28 Februari 2016
- Navon, L., & Morag, A. (2003). Advanced prostate cancer patients' ways of coping with the hormonal therapy's effect on body, sexuality, and spousal ties. *Qualitative Health Research*, 13(10), 1378-1392. doi:10.1177/1049732303258016
- Neville, K. L. (2003). Uncertainty in illness: An integrative review. *Orthopaedic Nursing*, 22(3), 206-214. Hämtad från CINAHL with full text den 28 Februari 2016
- Nobis, R., Sandén, I., & Elofsson, K. (2007). Masculinity and urogenital cancer: Sensitive issues in health care. *Contemporary Nurse*, 24, 79-88. doi:10.5172/conu.2007.24.1.79
- O'Shaughnessy, P. K., & Laws, T. A. (2009-2010). Australian men's long term experiences following prostatectomy: A qualitative descriptive study. *Contemporary Nurse*, 34(1), 98-109. doi:10.5172/conu.2009.34.1.098
- Pedersen, B., Koktved, P. D., & Nielsen, L. L. (2013). Living with side effects from cancer treatment - A challenge to target information. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27, 715-723. doi:10.1111/j.1471-6712.2012.01085.x
- Polit, D., & Beck, C.T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. (8<sup>th</sup>. Eds.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- \*Pärletun, L. G. (2003). *Ditt PSA är för högt: Mitt möte med prostatacancer*. Lund: Vivamos.
- Resnick, M. J., Koyama, T., Fan, K-H., Albertsen, P. C., Goodman, M., Hamilton, A. S., ... Penson, D. F. (2013). Long-term functional outcomes after treatment for localized prostate cancer. *The New England Journal of Medicine*, 368(5), 436-445. doi:10.1056/NEJMoa1209978
- Schröder, F. H., Hugosson, J., Roobol, M. J., Tammela, T. L., Zappa, M., Nelen, V., ... Auvinen, A. (2014). Screening and prostate cancer mortality: Results of the European

Randomised Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC) at 13 years of follow-up. *The Lancet*, 384(9959), 2027-2035. doi:10.1016/S0140-6736(14)60525-0

Shields, L., Molzahn, A., Bruce, A., Makaroff, K. S., Stajduhar, K., Beuthin, R., & Shermak, S. (2015). Contrasting stories of life-threatening illness: A narrative inquiry. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 207-215. doi:10.1016/j.ijnurstu.2014.10.008

Sinfield, P., Baker, R., Agarwal, S., & Tarrant, C. (2008). Patient-centred care: What are the experiences of prostate cancer patients and their partners?. *Patient Education and Counseling*, 73, 91-96. doi:10.1016/j.pec.2008.05.001

Socialstyrelsen (2015). *Cancerincidens i Sverige 2014: Nya diagnostiserade cancerfall år 2014*. Stockholm: Socialstyrelsen. Från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-12-26/Sidor/default.aspx>

Stapleton, S., & Pattison, N. (2014). The lived experience of men with advanced cancer in relation to their preceptions of masculinity: A qualitative phenomenological study. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 1069-1078. doi:10.1111/jocn.12713

Stephenson, P. (2004). Understanding denial. *Oncology Nursing Forum*, 31(5), 985-988. doi:10.1188/04.ONF.985-988

Sægrov, S., & Halding, A-G. (2004). What is it like living with the diagnosis of cancer?. *European Journal of Cancer Care*, 13, 145-153. Hämtad från CINAHL with full text den 8 Mars 2016

Toombs, S. K. (1993). *The meaning of illness: A phenomenological account of the different perspectives of physician and patient*. Dordrecht: Kluwer Academic

Tritter, J. Q., & Calnan, M. (2002). Cancer as a chronic illness? Reconsidering categorization and exploring experience. *European Journal of Cancer Care*, 11(3), 161-165. Hämtad från CINAHL with full text den 8 Mars 2016

Willner, R., & Hantikainen, V. (2005). Individual quality of life following radical prostatectomy in men with prostate cancer. *Urologic Nursing*, 25(2), 88-100. Hämtad från CINAHL with full text den 10 Mars 2016

Wooten, A. C., Abbott, J. M., Osborne, D., Austin, D. W., Klein, B., Costello, A. J., & Murphy, D. G. (2014). The impact of prostate cancer on partners: A qualitative exploration. *Psycho-Oncology*, 23, 1252-1258. doi:10.1002/pon.3552

Zamanzadeh, V., Rassouli, M., Abbaszadeh, A., Nikanfar, A., Alavi-Majd, H., & Ghahramanian, A. (2014). Factors influencing communication between the patients with cancer and their nurses in oncology wards. *Indian Journal of Palliative Care*, 20, 12-20. doi:10.4103/0973-1075.125549