



**MALMÖ HÖGSKOLA**  
FAKULTETEN FÖR  
HÄLSA OCH SAMHÄLLE

# **LIVET EFTER BEHANDLING AV PENISCANCER**

EN LITTERATURSTUDIE

MARIE LJUNGSRYD  
LOUISE NIKLASSON

Examensarbete i omvårdnad  
61-90 hp  
Sjuksköterskeprogrammet  
Juni 2014

Malmö högskola  
Hälsa och samhälle  
205 06 Malmö

# LIVET EFTER BEHANDLING AV PENISCANCER

## EN LITTERATURSTUDIE

MARIE LJUNGSRYD  
LOUISE NIKLASSON

Ljungsröd, M & Niklasson, L. Livet efter behandling av peniscancer. En litteraturstudie. *Examensarbete i omvårdnad 15 högskolepoäng*. Malmö högskola: Fakulteten för hälsa och samhälle, Institutionen för vårdvetenskap, 2014.

*Bakgrund:* Peniscancer är en ovanlig tumörsjukdom och incidensen varierar kraftigt. I Sverige diagnostiseras ca 130 nya fall årligen. Peniscancer är vanligast hos äldre män, men kan även drabba yngre män. Det är viktigt att vara uppmärksam på förändringar på könsorganet och att söka vård i tid. Peniscancer är skambelagt och inget männen gärna pratar om. Det är viktigt att sjuksköterskan är kunnig och har kunskap om tecken på cancer. Det är lättare för patienten att acceptera sin situation om patienten är välinformerad och psykiskt förberedd. Eftersom det är en ovanlig sjukdom behöver sjuksköterskan ha kunskap om hur det är att leva efter en stympande operation. *Syfte:* Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva mäns upplevelser efter behandling av peniscancer. *Metod:* Arbetet är en litteraturstudie som är baserad på fyra kvalitativa och sju kvantitativa vetenskapliga artiklar. *Resultat:* Peniscancerbehandlingen påverkar mannens sexuella funktioner, dagligt liv och maskulinitet på olika sätt. Graden av påverkan beror på vilken behandling mannen genomgått och mannens ålder. Detta kan leda till erektionsproblem, miktionsproblem, förändrad sexuell lust, förändrad samlagsaktivitet och förändrad tillfredsställelse. Konsekvenserna av behandlingen kan i sin tur påverka relationen till fru/partner, familj och vänner. *Slutsats:* Behandling av peniscancer kommer alltid att påverka mannens vardag i olika utsträckning. I denna litteraturstudie var det sexualiteten som påverkades mest. Peniscancer är en ovanlig cancersort och få människor känner till den. Därför är det viktigt att sprida information om peniscancer, för att få män att söka vård tidigare och kan få en skonsammare behandling, eftersom konsekvenserna påverkar mannens grundläggande behov.

*Nyckelord:* Behandling, dagligt liv, maskulinitet, peniscancer, sexualitet och upplevelse.

# **LIFE AFTER PENILE CANCER TREATMENT**

## **A LITERATURE REVIEW**

**MARIE LJUNGSRYD  
LOUISE NIKLASSON**

Ljungsryd, M & Niklasson, L. Life after penile cancer treatment. A literature review. *Degree project in nursing 15 credit points*. Malmö University: Faculty of Health and Society, Department of Care Science, 2014.

*Background:* Penile cancer is a rare malignancy and the incidence varies widely. In Sweden is 130 new cases diagnosed annually. Penile cancer occurs most commonly in older men but can also affect younger men. It is important to be aware of changes in their genitals and to seek treatment in time. Penile cancer is shame coated and no men like to talk about it. It is important that the nurse is knowledgeable and has knowledge of the signs of cancer. It is easier for the patient to accept their situation if the patient is well informed and psychologically prepared. Because it is a rare disease it requires the nurse to have knowledge of how it is to live after a mutilating surgery. *Aim:* The aim of this study was to describe men's experience after treatment of penile cancer. *Method:* This work is a literature review that is based on four qualitative and seven quantitative research articles. *Results:* Penile cancer treatment affect men's sexual functions, daily life and masculinity in different ways. How much, depends on which treatment the man has undergone and the man's age. It can lead to erectile dysfunction, micturition disturbances, changes in libido, changes in sexual activity and changes in satisfaction. The effects of the treatment can in turn have impact on the relationship with wife / partner, family and friends. *Conclusion:* Treatment of penile cancer will always affect men's life in different extent. In this study, it was sexuality that was most affected. Penile cancer is a rare cancer type and few people know about it. Therefore it is important to spread information about penile cancer, to get men to seek treatment earlier and could have a gentler treatment, because the consequences affecting men's basic needs.

*Keywords:* Daily life, experiences, masculinity, penile cancer, sexuality, and treatment.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INNEHÅLLSFÖRTECKNING .....	4
INLEDNING .....	5
BAKGRUND.....	5
Epidemiologi.....	5
Etiologi och prevention.....	5
Symtom .....	6
Diagnostisering .....	6
Behandling .....	6
Nationellt kvalitetsregister .....	6
Manlighet/maskulinitet .....	7
Omvårdnad.....	8
SYFTE .....	9
Frågeställningar: .....	9
METOD .....	9
Databassökning .....	9
Artikelgranskning och kvalitetsbedömning .....	11
Bearbetning och analys .....	12
RESULTAT .....	12
Påverkan på sexualitet .....	12
Påverkan på dagligt liv .....	16
Påverkan på maskulinitet .....	17
DISKUSSION.....	17
Metoddiskussion .....	18
Resultatdiskussion .....	19
SLUTSATS.....	21
FRAMTIDA VÄRDE.....	21
REFERENSER .....	22
Bilaga 1. Modifierad mall för kvalitetsgranskning av studier med kvantitativ metod efter SBU (2013).....	25
Bilaga 2. Modifierad mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik- patientupplevelser efter Olsson & Sörensen (2011).....	26
Bilaga 3. Matris.....	27

## **INLEDNING**

Vi har valt att skriva om mäns upplevelser efter peniscancerbehandling. Behandlingen kan innebära allt från strålnings- och cytostatikabehandling, i organbevarande syfte, till delvis eller total amputation. Vi anser att det är ett område som vi, som jobbar inom vården, bör fördjupa oss i. Kunskap om och insikt i hur män som genomgått peniscancerbehandling känner och vad de upplever är viktigt för oss som sjuksköterskor. Det är oftast sjuksköterskan inom primärvården som blir den första instansen för de män som söker vård för ett sår på könsorganet. Det är viktigt att sjuksköterskan är kunnig och har kunskap om tecken på cancer. Mannens könsorgan kan vara en stor del av den manliga identiteten. Behandling av peniscancer kan därför påverka mer än mannens fysiska status.

## **BAKGRUND**

I bakgrunden beskrivs epidemiologi, etiologi och prevention, symtom, diagnostisering, behandling, nationellt kvalitetsregister, manlighet/maskulinitet och sexualitet och omvårdnad.

### **Epidemiologi**

Peniscancer är en ovanlig tumörsjukdom och incidensen varierar kraftigt (Kirrander, 2012). I Sverige diagnostiseras ca 130 nya fall årligen. Incidensen är låg i Europa och Nordamerika medan det i Afrikanska, Asiatiska och Sydamerikanska länder kan utgöra 10-20% av all manlig malignitet. Dessa siffror kan förklaras genom skillnader i socioekonomiska, religiösa eller rituella kulturer. Peniscancer förekommer vanligast hos äldre män, men kan även drabba yngre män (Kirrander, 2012). I Sverige är drygt 7 % av männen yngre än 40 år vid diagnos, enstaka män är i 20 års ålder (Regionalt Cancercentrum i Samverkan, 2013). Medelåldern är 65 år. Drygt 95 % av peniscancerformerna är belägna i skivepitelet (Kirrander, 2012), och 5 % är andra ovanliga tumörtyper i form av resterande primärtumörer: sarkom, basalcancers och melanom (Kirrander, 2012; Regionalt Cancercentrum i Samverkan, 2013). Peniscancer metastaseras via lymfan och sprider sig vidare, först till de inguinala och där efter de pelvina lymfkörtlarna. Mellan åren 1956-2007 var överlevnadsprognosen fem år hos 82 % av de drabbade. Obehandlad peniscancer ger oftast dödlig utgång inom två år (Kirrander, 2012). Sedan år 2000 registreras alla nyupptäckta fall i det nationella kvalitetsregistret för peniscancer. Mellan år 2000 till 2011 har 1600 personer registrerats (Regionalt Cancercentrum i Samverkan, 2013).

### **Etiologi och prevention**

Det finns klara samband mellan Humant papillomvirus (HPV) och peniscancer. Vid peniscancer är prevalensen för HPV hög. Sedan 2010 erbjuds flickor i årskurs 5 eller 6 att HPV-vaccinera sig. Män får likvärdig immunitet mot HPV vid vaccinering men om detta förebygger peniscancer är inte klarlagt. Riskfaktorer är rökning, dålig genital hygien, kondylom eller om personen har ett stort antal sexuella partners. Fimosis (förträngning av förhud) är vanlig i samband med diagnosen av peniscancer. Trång förhud och kronisk inflammation tycks vara en predisponerande faktor. Genom en tidig cirkumcision (omskärelse) reduceras risken för cancer. En operation hos en vuxen man har ingen skyddande effekt (Kirrander, 2012).

## Symtom

Peniscancer är vanligast från glans eller förhud. Utseendet på tumören varierar och beror på stadiet tumören är i. Det brukar ses som erytem (vårta), sårbildning eller en utåtväxande tumör. Tumören kan vara smärtsam, lättblödande och sekretbildande. Fimosi kan försvåra diagnostiken (Kirrander, 2012).

## Diagnostisering

En orsak till dröjsmål är att männen inte söker vård, utan behandlar såret själv eller negligerar det helt. Sår på penis är skambelagt. Eftersom sjukdomen är sällsynt görs felaktiga diagnoser och cancer blir förbigången i sjukvården. Egenvårdsråd ges och salvor skrivs ut till personerna på grund av misstanke om annan sjukdom. Kunskap om förfarandet och en noggrann uppmärksamhet är grundläggande för att upptäcka peniscancer (Kirrander, 2012). För att bekräfta diagnosen och fastställa tumörens differentieringsgrad görs en biopsi. Läkarna tittar även på tumörens storlek, lokalisation, begränsning och infiltrationsdjup. Ättiksyra på tumörområdet underlättar för studiet av avgränsningen mellan tumören och frisk vävnad. För att se infiltrationsdjupet görs ultraljud och magnetisk resonanstomografi. Lymfkörtlarna palperas noggrant. Datortomografi av buk, bäcken och lymfa görs om tumören är invasiv. En preoperativ utredning görs också (a a).

## Behandling

Förr behandlades peniscancer i Sverige med strålbehandling och cytostatika, men under de senaste decennierna har primärkirurgin succesivt ersatt strålbehandlingen. Tidigare rekommenderades en marginal på två centimeter vid excision eller partiell amputation, men marginalerna har ändrats till ett fåtal millimeter. Det finns flera olika behandlingssätt: organbevarande behandling och partiell eller total amputation (Kirrander, 2012). Organbevarande kirurgi eftersträvas och utgör majoriteten av dagens behandlingar (a a). De vanligaste organbevarande behandlingsformerna är laser kirurgi och lokala excisioner. När det gäller recidivfrekvensen finns det inga dokumenterade skillnader (Regionalt Cancercentrum i Samverkan, 2013). Partiell- eller totalamputation rekommenderas vid mer avancerade tumörer. Om den partiella amputationen skulle medföra en kort penis, rekommenderas en total amputation och att uretra sys ut mot huden i perineum (Kirrander, 2012; Regionalt Cancercentrum i Samverkan, 2013). Sexualitet och andra livskvalitetsfrågor har tydligare framhållits (Kirrander, 2012). Det finns ingen metod som är tydligt bättre än någon annan. Kirurgens erfarenhet och patientens önskemål tas i beaktning vid bestämmandet av behandlingen (a a). Inför varje ställningstagande vid behandling hålls en konferens med olika multidisciplinära personer. Konferensen görs för samtliga patienter och för att de ska få en individuell bedömning. En patolog och en urolog är alltid närvarande vid patientkonferensen oavsett tumörstadiet. Tumörens stadie och spridning är avgörande för vilken specialistkompetens som behövs för konferensen. En dermatolog är närvarande vid t.ex. in situ cancer och vid lokalt avancerad tumör. Vid lymfkörtelmetastaserad sjukdom är en onkolog närvarande. Det är även bra om patientens kontaktsjuksköterska kan närvara (Regionalt Cancercentrum i Samverkan, 2013). I en review av Solsona m fl. (2010) beskrivs att varje behandling har inverkan på patientens livskvalitet. Vid val av behandling är det avgörande att patientens önskemål tas i beaktning. I en review av Solsona m fl. (2010) beskrevs att den sexuella funktionen påverkades efter partiell amputation. När det gällde strålbehandling förblev nivån

på livskvaliteten och sexualiteten oförändrad. Det kan ha berott på att patienterna, som fick strålbehandling, var tjugo år yngre än patienterna som genomgick partiell amputation (Solsona m fl., 2010). I Maddineni m fl. (2009) review studerades olika frågeformulär för att bedöma männens sexuella funktion för de som genomgått laserbehandling. Vissa av männen var inte sexuellt aktiva och hade därför inga sexuella svårigheter. Hälften av männen visade sig vara nöjda med sitt sexliv. En tredjedel hade en reducerad sexlust och två tredjedelar hade reducerad tillfredsställelse jämfört med före behandlingen (a a).

### **Nationellt kvalitetsregister**

Det är få antal personer som årligen drabbas av peniscancer och detta leder till att läkarnas erfarenhet av att bedöma dessa patienter är begränsad. Kvalitetsregistret upprättades år 2000 med syfte att utvärdera behandlingsresultat och kvalitetssäkra verksamheten till det bättre, allt för att gagna patienterna. Syftet var också att samla erfarenheter om denna ovanliga sjukdom (Regionalt Cancercentrum i Samverkan, 2014).

### **Manlighet/ maskulinitet och sexualitet**

Connell (1995) skriver att äkta maskulinitet utgår nästan alltid från mäns kroppar, att det finns i generna och uttrycker någonting om en mans kropp. Beynon (2002) skriver att maskulinitet består av många maskuliniteter. Det som alla har gemensamt är den manliga kroppen, det finns många former och uttryck av att vara maskulin. Enligt Beynon (2002) hänger maskulinitet ihop med kulturella, historiska och geografiska områden. I dagens samhälle har kombinerade influenser av feminism och gayrörelsen fått konceptet att explodera i en likformig maskulinitet. Om ”manlighet” är biologiskt då är maskulinitet kulturellt (a a). Ett vanligt antagande är att maskulinitet är en standardiserad form som är bestämd av biologin, där alla ”normala” män är placerade och är någonting ”naturligt”, som kan mätas i termer av psykologiska drag och fysiska egenskaper. Då maskulinitet sammanlänkas med kultur blir det uppenbart att maskulinitet är en varierande, rörlig och till och med ostabil konstruktion (Beynon, 2002).

*Maskulin* – som har utpräglat manliga egenskaper. Enligt traditionella ideal {→ viril}: en kraftigt byggd, ~ typ (Nationalencyklopedins ordbok, 1996).

Clifford (2000) anser att alla är sexuella varelser. Sexualitet är en stor del av oss, vare sig personen vill eller ej. Sexualitet är en personlig och privat del i de flesta människors liv (a a). Sexualitet har flera dimensioner, som påverkar och blir påverkad av många olika psykologiska och fysiska egenskaper ( Rutter, 2000a). Känslorna om sexualitet kan påverka hälsa, hur personen svarar på behandling och kan även försämra återhämtningen (Clifford, 2000). Många personer som är sjuka oroar sig för sina egna och partners sexuella känslor ( Rutter, 2000b).

*Sexualitet* - Sexualiteten är en central aspekt av att vara människa genom hela livet och innefattar kön, könsidentiteter och roller, sexuell läggning, erotik, njutning, intimitet och reproduktion. Sexualitet upplevs och uttrycks i tankar, fantasier, önsknings, övertygelser, attityder, värderingar, beteenden, rutiner, roller och relationer. Sexualitet kan omfatta alla dessa dimensioner, men inte alla är alltid upplevt eller uttryckt. Sexualitet påverkas av samspelet mellan biologiska, psykologiska, sociala, ekonomiska, politiska, kulturella, etiska, juridiska, historiska, religiösa och andliga faktorer (World Health Organization, WHO, 2002).

## Omvårdnad

Det är alltid läkaren som lämnar diagnosbesked till patienten och dess anhöriga. Det är bra om patienten får en kontaktsjuksköterska (Regionalt Cancercentrum i Samverkan, 2013). När patienterna får sitt cancerbesked reagerar de olika och därför är det bra om informationen ges muntligt och skriftligt. Det är bra om kontaktsjuksköterskan är med vid cancerbeskedet (Regionalt Cancercentrum i Samverkan, 2013). Sköterskan kan då lättare svara på frågor som uppkommer senare och återknyta det läkaren sagt. Ett cancerbesked kan innebära att patienten hamnar i en djupare kris och behöver psykologiskt stöd för att kunna hantera situation. Det primära psykosociala omhändertagandet bör ske med en kontaktsjuksköterska eller kurator på den diagnostiserande enheten (a a).

Patienten bestämmer över sin egen behandling och därför avgörs behandlingsstrategin tillsammans med patienten. Det krävs därför en ingående diskussion innan beslut om behandling tas. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 1982:763, § 3a) har patienten rätt till en förnyad medicinsk bedömning av en specialist (second opinion), om patienten så önskar. För ett adekvat behandlingsval är det viktigt att patienten är väl informerad om hur behandlingen går till, biverkningar, konsekvenser av behandling och planering för uppföljning. Information om att den sexuella förmågan kan påverkas av behandlingen är viktigt att upplysa patient och ev. partner, om (Regionalt Cancercentrum i Samverkan, 2013).

I samband med behandlingsdiskussionen bör information om patientens allmänna hälsotillstånd, inställning till recidivrisk, sexuell funktion/kosmetik och förväntad följsamhet till uppföljning värderas, för att avgöra valet av adekvat behandling (Regionalt Cancercentrum i Samverkan, 2013). Det är lättare för patienten att acceptera sin situation om patienten är välinformerad och psykiskt förberedd (a a). Enligt HSL (1982:763, § 2b) ska patienten ges individuellt anpassad information om hälsotillståndet, undersökningsmetoder, vård och tillgänglig behandling.

För de män som genomgår total amputation läggs urinröret i perineum<sup>1</sup>. Detta kräver en viss omställning vid urinering. Mannen har inget kvar att hålla i för att rikta strålen och om mannen står upp kan strålen ej alls styras, vilket kan göra det svårt att använda urinoar. Männen får lära sig att kissa på nytt genom att sitta ner på toalettstolen.

Sjuksköterskan kan komma i kontakt med personer med peniscancer i olika skeden, som t. ex. vid första vårdkontakten, vid väntan på diagnos eller vid kontakt med de som genomgått olika peniscancerbehandlingar. Därför är det viktigt med kunskap och förståelse för patienternas upplevelser och känslor och för att bemötandet skall bli så bra som möjligt. Enligt Kompetensbeskrivningen för legitimerade sjuksköterskor (Socialstyrelsen, 2005) ska sjuksköterskan ha ett etiskt förhållningssätt genom att visa ett gott bemötande, respektera patientens värdighet och integritet, samt vara uppmärksam på patienter som inte själva uttrycker informationsbehov eller som har speciellt uttalade informationsbehov (a a).

---

<sup>1</sup> Muntlig referens från Karin Stenzelius, universitetslektor och forskare inom urologi, 140523.



## SYFTE

Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva mäns upplevelser efter behandling av peniscancer.

### Frågeställningar:

- Hur upplever männen att deras sexualitet påverkas?
- Hur upplever männen att deras dagliga liv påverkas?
- Hur upplever männen att deras maskulinitet påverkas?

## METOD

Detta arbete var en litteraturstudie som baserades på fyra kvalitativa och sju kvantitativa vetenskapliga artiklar.

### Databassökning

Willman m fl. (2011) skriver att relevanta källor ska väljas ut för att kunna hitta studier, som svarar på det aktuella syftet. Databassökningarna är därför genomförda i CINAHL, PsycINFO och PubMed. I samtliga databaser började sökningarna i fritext för att se antalet träffar. Sedan avgränsades sökningarna genom att använda olika indexeringsord till respektive databas, Headings i CINAHL och MeSH-termer i PubMed. Indexeringsorden kontrollerades i respektive databas ämnesordslista (tesaurus). Databaserna är uppbyggda på olika sätt och kan därför ha olika benämningar på samma ord i sina respektive tesaurus (Willman m fl., 2011). För att översätta svenska ord till MeSH-termer användes Karolinska Institutets hemsida.

Sökorden som användes i CINAHL var: *penile cancer, penile neoplasms, experience, quality of life, body-image, life experience, psychological-well-being, men's health, emotion, masculinity, sexuality, sexual behavior, sexual dysfunction, complications, penile erection* och *attitude*. (Se tabell 1).

I PsycINFO användes: *penile cancer, behavior, experience, quality of life* och *sexuality*. (Se tabell 2).

I PubMed användes: *penile cancer, quality life, patient experience, sexuality, penile neoplasms, attitude to health, attitude, life change events, emotions, experience, body image, self image, masculinity, relation\*, quality of life, life quality, quality, treatment, patient right, life change, social behavior* och *sexual behaviour*. (Se tabell 3).

Omfattande sökningar gjordes med olika kombinationer av ovan nämnda ord för att säkerställa att alla artiklar, som passade till syftet, hade hittats. Till slut hittades inga nya artiklar trots nya sökord.

Artiklar som hittades i PsycINFO fanns också i de andra databaserna. Den ”booleska termen” AND användes för att kombinera olika ord i databassökningarna. Sökkommandon och indexeringsord kombinerades för att täcka in så många studier som möjligt (Willman m fl., 2011). Citationstecken användes på olika ord för att specificera träffarna. Trunkering (\*) användes vid en sökning i PubMed. De språkliga begränsningarna gjorde att engelska valdes, eftersom det var det språk som båda författarna behärskade. Inklusionskriterierna,

för de valda vetenskapliga artiklarna var att det fanns abstrakt att läsa och att artiklarna var skrivna på engelska. Det gjordes ingen avgränsning på årtal i sökningarna. Författarna gjorde databassökningarna enskilt. Därefter gick sökresultaten igenom tillsammans. De valda artiklarna var publicerade mellan år 1994 – 2014.

Planen, innan databassökningarna påbörjades, var att endast använda artiklar som fanns att läsa gratis i fulltext. Men planen ändrades och tre artiklar köptes in pga. att artiklarnas abstrakt ansågs vara bra.

Två av artiklarna hittades i referenslistor i andra artiklar. Studien av Opjordsmoen m fl. (1994) hittades i Mortensen & Jakobsen (2013) referenslista och studien av Opjordsmoen & Fosså (1994) hittades i Witty m fl. (2013) referenslista.

*Tabell 1. Databassökning, CINAHL*

Databas CINAHL 140402-140408	Sökord och MeSH-termer	Begränsningar	Träffar	Lästa titlar	Granskade abstrakt	Granskade artiklar	Använda artiklar
	Penile neoplasms AND quality of life	-	3	3	3	1	-
	(MH "penile neoplasms")	-	155	155	50	4	2*
	Cancer AND masculinity	-	61	61	5	1	-

\*En artikel återfanns i både PubMed och PsycINFO, 1artikel återfanns i PsycINFO.

*Tabell 2. Databassökning, PsycINFO*

Databas PsycINFO 140402	Sökord och MeSH-termer	Begränsningar	Träffar	Lästa titlar	Granskade abstrakt	Granskade artiklar	Använda artiklar
	Penile cancer	-	98	-	-	-	-
	"Penile cancer"	-	18	18	18	1	1
	Penile cancer AND experience	-	7	7	7	1	1
	Penile cancer AND quality of life	-	15	15	15	-	-
	Penile cancer AND "quality of life"	-	15	15	15	-	-
	Penile cancer AND sexuality	-	3	3	3	-	-
	penile	-	14	14	14	-	-

	cancer AND behaviour						
--	----------------------------	--	--	--	--	--	--

**Tabell 3. Databassökning, PubMed**

Databas PubMed 140402-140408	Sökord och MeSH-termer	Begränsningar	Träffar	Lästa titlar	Granskade abstrakt	Granskade artiklar	Använda artiklar
	(Penile cancer) AND (quality life AND hasabstract [text] AND humans [Mesh])	-	202	202	100	4	3*
	(“penile cancer”) AND patient experience	Abstract available	72	72	11	1	1
	Penile cancer AND sexuality	-	205	205	27	2	2
	“penile cancer” AND quality of life	-	38	38	19	1	1
	(“penile cancer”) AND sexuality	-	21	21	6	2	2
	“penile neoplasm ” AND masculinity	-	4	4	4	3	2**

\*En artikel återfanns i både PsycINFO och CINAHL.

\*\* Två artiklar återfanns i både PsycINFO och CINAHL.

### Artikelgranskning och kvalitetsbedömning

Vid första gallringen av artiklarna valdes tre bort då de inte svarade på syftet. En av artiklarna var inte vetenskaplig. Det var totalt elva artiklar som blev kvalitetsgranskade och de är sammanställda i en matris (bilaga 3).

De kvalitativa artiklarna är kvalitetsgranskade med hjälp av en modifierad granskningsmall från SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering (2013). Se bilaga 1. Fem punkter valdes bort då de inte ansågs relevanta, t.ex. *Är relationen forskare/urval tydligt beskriven?* Artiklarna graderades hög, medel eller låg. För att få en hög gradering skulle artikeln ha mellan 15-16 poäng, medel 10-14 poäng och låg 0-9 poäng. De kvantitativa artiklarna är kvalitetsgranskade med hjälp av en modifierad granskningsmall från Forskningsprocessen (Olsson & Sörensen, 2011). Se bilaga 2. Tre punkter valdes bort då de inte ansågs relevanta, t.ex. *Confounders*. För att få hög gradering skulle artiklarna ha mellan 42-33,6 poäng, medel 25,3-33,5 poäng och låg 0-25,2 poäng. Varje fråga var värd mellan 0-3 poäng och maxpoäng var 42 poäng. Av de granskade artiklarna blev två artiklar högt graderade och resten medel. Inte någon av de granskade artiklarna blev lågt graderad och således inte exkluderade (se bilaga 3).

## Bearbetning och analys

Författarna har använt sig av Polit & Beck (2003) som hjälp och stöd i analysförfarandet. Artiklarna lästes igenom och analyserades flera gånger av författarna enskilt. Under läsningens gång markerades meningar och satser i artiklarnas resultatdel, som var relevanta för syftet. Författarna gick tillsammans igenom vad som hade markerats i artiklarna. De få skillnader som uppkom diskuterades. Sedan valdes de meningar, som var relevanta för syftet, ut och sammanställdes i ett separat dokument. Meningarna markerades med olika färger för att underlätta sorteringen. Meningarna klipptes ut och grupperades i respektive ämne. Underkategorier blev identifierande i meninggrupper, som sedan kunde grupperas till huvudkategorier efter att resultatet blivit färdiganalyserat.

## RESULTAT

Resultatet blev tre huvudkategorier med sju underkategorier. (Se tabell 4).

Tabell 4.

Huvudkategorier	Underkategorier
Påverkan på sexualitet	Sexuella funktioner Erektionsproblem Samlagsaktivitet Sexuell tillfredsställelse Sexuell lust
Påverkan på dagligt liv	Stöd/relationer Miktionsproblem
Påverkan på maskulinitet	

### Påverkan på sexualitet

Det största temat blev *påverkan på sexualitet* med följande underkategorier: *sexuella funktioner*, *erektionsproblem*, *samlagsaktivitet*, *sexuell tillfredsställelse* och *sexuell lust*.

#### *Sexuella funktioner*

Witty m fl. (2013) genomförde intervjuer med syfte att undersöka männens upplevelser av kirurgisk behandling av peniscancer och identifikation av de aspekter som de trodde påverkade deras livskvalitet. Inverkan på den sexuella funktionen varierade avsevärt hos männen (a a). Några män framhöll att, om de varit yngre vid diagnostiseringen så hade tillståndet haft en större påverkan på deras sexuella funktion (Witty m fl., 2013). Mortensen & Jakobsen (2013) genomförde semi-strukturerade kvalitativa intervjuer med syfte att få fördjupad kunskap om männens perspektiv av peniscancers påverkan på deras livskvalitet. För en av de yngre männen var påverkan på den sexuella funktionen förödande. Hans partner lämnade honom kort efter att diagnos ställdes och han sa att han inte fått möjlighet att inleda en ny relation (a a). Bullen m fl. (2009) genomförde en kvalitativ studie med semistrukturerade intervjuer postoperativt. Syftet var att utforska upplevelserna efter peniscancer. Männen blev förvånade över att operationen påverkade deras sexuella funktion. Förändrad funktionell förmåga och utseendemässigt förändrad penis påverkade deras sexuella beteende (a a). Flera av männen pratade om den sexuella relation de hade med sin partner. De hade inte varit medvetna om att följderna av operationen kunde leda till total

oförmåga att ha penetrerande sex (Bullen m fl., 2009). Det var tydligt att det var viktigt för männen att kunna ha penetrerande sex med utlösning (Bullen m fl., 2009). Det var även tydligt att detta var den enda legitima form av manlig sexuell aktivitet. Den sexuella förmågan och förmågan att få orgasm var problematiskt och var relaterat till omfattningen av operationen (a a).

D'ancona m fl. (1997) studerade män, som hade genomgått partiell amputation, med hjälp av semistrukturerade intervjuer och frågeformulär. Syftet var att undersöka vilken inverkan partiell amputation hade på livskvaliteten hos män med peniscancer. Efter operationen rapporterades att det fanns förändringar i sexualiteten (a a). Nivåerna, av den sexuella funktionen, ansågs normal eller sjunkit något hos de flesta av männen. Förmågan att ha samlag var normal eller något minskad hos nio män, måttligt problematiskt hos två och med stora problem hos tre av männen (D'ancona m fl., 1997). Opjordsmoen m fl. (1994) kom fram till liknade resultat, efter genomförandet av en studie med män som hade behandlats för peniscancer. Männen var intervjuade med semistrukturerade intervjuer och syftet var att utvärdera sexualiteten efter lyckad behandling av peniscancer. Männen delades in i fyra grupper där varje grupp var män som genomgått en specifik behandling för sin peniscancer (lokal excision, strålbehandling, partiell amputation och total amputation) (a a). Männen från gruppen med strålbehandling tenderade att fungera mest gynnsamt, minst nio av de tolv männen hade normal eller bara något minskad funktion när det gällde sexuell intresse, sexuell förmåga, sexuell identitet, sexuell njutning, samlagsfrekvens och partner relation (Opjordsmoen m fl., 1994). Resultatet i de tre andra grupperna varierade. Sexuell identitet och partnerrelation beskrevs som god eller någorlunda god av alla de fyra män, som genomgått total amputation. Detta resultat skilde sig märkbart från gruppen, som genomgått partiell amputation. Här rapporterade två av sju män om en försämrad partnerrelation och tre av nio män medgav avsevärda förändringar gällande sin sexualitet (Opjordsmoen m fl., 1994). Den sexuella funktionen var överlag normal eller bara något minskad hos tio av de tolv männen, som genomgått strålbehandling. Den sexuella funktionen var kraftigt minskad eller helt frånvarande hos sex av de nio av män, som genomgått partiell amputation (a a).

Opjordsmoen & Fosså (1994) genomförde en studie med män som hade behandlats för peniscancer. Männen var intervjuade med semistrukturerade intervjuer och syftet var att långsiktigt studera psykosociala välbefinnande hos män, som genomgått en lyckad fysisk behandling för peniscancer. Männen delades in i fyra grupper. Varje grupp var män, som genomgått en specifik behandling för sin peniscancer (lokal excision, strålbehandling, partiell amputation och total amputation) (a a). Överlag hade alla männen måttligt minskad sexuell funktion. Männen som hade behandlats med partiell- eller total amputation hade det sämsta resultatet, när det gällde den sexuella funktionen (Opjordsmoen & Fosså, 1994). Männen som genomgått lokal excision, laser- och strålbehandling var genomsnitt tio år yngre än de andra och hade bättre sexuell funktion. Sju av de 25 männen hade föredragit lägre överlevnadsgrad i syfte att bevara mer av penis och på så sätt öka chanserna för ett vanligare sexliv (Opjordsmoen & Fosså, 1994). En man rapporterade att hans beslut hade varit åldersberoende, som gammal man hade han prioriterat lång överlevnad, men som yngre man hade han föredragit en penisbevarande behandling, trots att det skulle minska chansen till större överlevnadsgrad. De andra sjutton männen hade föredragit längre överlevnad (a a).

### *Erektionsproblem*

Gulinos m fl. (2013) syfte med studien var att bedöma påverkan av organbevarande kirurgi i lokalt belägen peniscancer. Männerna blev intervjuade med hjälp av ett frågeformulär och svarade på hur det hade varit tre månader och två veckor innan operation och hur det var sex månader efter operation. Sex månader efter operationen rapporterade 31 av 42 (73 %) spontan styv erektion (a a). Enligt Mortensen & Jakobsen (2013) blev den sexuella förmågan påverkad olika mycket beroende på hur mycket av penis som blivit amputerad. Två av männen hade erektionsproblem redan innan peniscancern så den anpassning som behövdes efter blev inte lika märkbar för dem (Mortensen & Jakobsen, 2013). Romero m fl. (2005) genomförde personliga intervjuer med hjälp av ett frågeformulär om erektionsfunktion. Sedan jämfördes resultatet före och efter partiell penisamputation. Tio av arton män rapporterade att erektionen blev tillräckligt hård för penetrering ”större delen av tiden” och ”alltid” under samlaget, liknande tiden innan operation. Två män klagade över minskad erektionsfunktion från ”alltid” till ”ibland” och ”nästan aldrig” (a a). I studien av D’ancona m fl., (1997) beskrev männen att de innan operationen hade en normal erektion. I studien av Opjordsmoen m fl. (1994) beskrev tio av elva män som strålbehandlades och fyra av fem män som genomgått partiell amputation upplevde ingen eller bara lite erektionsproblem. Två av fem män som behandlats med lokal excision eller laser klagade över ihållande erektionsproblem (Opjordsmoen m. fl.,1994). Windahl m fl. (2004) genomförde en semistrukturerad intervju, med hjälp av ett frågeformulär, med män som hade genomgått laserbehandling för sin peniscancer. Syftet var att utvärdera sexuell funktion, sexuell tillfredsställelse och kosmetiskt resultat efter laserbehandling av peniscancer (a a). Tre av männen rapporterade att erektionsdysfunktionen var uppenbar under samlag före behandling och sex män rapporterade att de hade det efter behandling. Erektionsproblemen ledde till ångest för två män före behandling och för tre män efter behandling. Tio (22%) män rapporterade minskning av erektionsproblem efter behandling, 33 (72%) män rapporterade oförändrade erektionsproblem och tre (6%) män rapporterade förbättrad funktion (Windahl m fl., 2004).

### *Samlagsaktivitet*

Tjugofem av 42 (60 %) män rapporterade att de hade samlagsaktivitet 6 månader efter operation (Gulino m fl., 2013). Flera av männen i studien av Witty m. fl. (2013) beskrev att de kunde återfå ett aktivt sexliv efter en återhämningsperiod. Samlaget var annorlunda men fortfarande njutbart. En man beskrev att hans sexliv hade blivit återupplivat genom experimenterande, som hade kommit av att han fått omvärdera sin sexuella relation tillsammans med sin fru (a a). En annan man, som genomgått total amputation, menade att frånvaro av samlag, som en följd av operationen, fick honom att känna att han förvägrade sin fru sexuell tillfredsställelse (Witty m. fl., 2013). I studien av Romero m fl., (2005) rapporterade sex män att de inte var sexuellt aktiva efter den partiella amputationen. Sex av männen upprätthöll samma samlagsfrekvens som innan amputationen. De andra tolv männen hade minskad samlagsfrekvens, för åtta av männen halverades frekvensen och vissa hade slutat försöka (a a). Alla av de arton männen ansåg sig vara ”måttligt” eller ”våldigt nöjda” med deras sexliv och med sin sexuella relation till sin partner före operationen (Romero m fl., 2005). Skeppner m fl. (2007) genomförde en retrospektiv strukturerad intervju, med en median på 3 år efter laserbehandling. Syftet var att bedöma de tidiga symtomen av

peniscarcinom och männens tidsram i vårdsökandet och att beskriva de effekter laserbehandlingen hade på deras sexuella aktivitet och livskvalitet. De flesta av männen var sexuellt aktiva innan behandlingen (Skeppner m fl., 2007). Tio män hade inte återupptagit den sexuella aktiviteten, när intervjuerna hölls. Tjugonio av männen hade haft penetrerande samlag under de tre månaderna innan intervjun, majoriteten av dessa inom de senaste två veckorna. En något lägre proportion av männen i åldern 34-74 år hade haft samlag under de föregående tre månaderna jämfört med de i samma åldersgrupp i kontrollgruppen (a a). Männen i studien av D'ancona m fl., (1997) beskrev att de innan operationen hade sexuell aktivitet minst en gång i månaden. Samlagsfrekvensen var oförändrad eller bara något minskad i nio fall och märkbart minskad hos två av männen. Tre av männen hade inte samlag (D'ancona m fl., 1997). I studien av Windahl m fl. (2004) var 34 av de 46 männen under 75 år sexuellt aktiva innan behandling och 27 hade återupptagit sin sexuella aktivitet vid tidpunkten för intervjun. Av de män som var äldre än 75 år var det endast tre av sex män som var sexuellt aktiva innan behandlingen och återupptog aktiviteten efter behandlingen. Av de 46 männen rapporterade 23 (50%) att de var nöjda eller väldigt nöjda med deras sexliv vid intervjun. Vidare rapporterade 33 (72%) av männen att de ansåg att deras sexliv var så bra som de önskade (Windahl m fl., 2004).

### *Sexuell tillfredsställelse*

En man tyckte att samlag var mindre tillfredställande än före operationen (Witty m fl., 2013). Flera män poängterade att deras egen tillfredsställelse var mindre problematiskt än känslan av att inte kunna tillfredsställa sin partner (a a). För tio av männen i studien av Romero m fl., (2005) var samlagen "nästan alltid" eller "alltid" tillfredställande. Graden av tillfredsställelse varierade. Tre av männen ansåg tillfredsställelse som "hög tillfredsställelse" eller "mycket hög tillfredsställelse" (a a). I studien av Witty m fl., (2013) ansåg fem män det som "ganska tillfredställande" och fyra med minskande njutning till "inte så tillfredställande" eller "någorlunda tillfredställande". I studien av Romero m fl., (2005) behöll endast sex av männen sin nivå av tillfredsställelse. Fem män påstod att de var "lika nöjda som missnöjda", fyra av männen blev "måttligt missnöjda", och tre av männen var "väldigt missnöjda" efter den partiella amputationen (a a). Intresset för sex och sexuell tillfredsställelse förblev normal eller minskade något i nio till 12 bland de fjorton fallen i studien av D'ancona m fl. (1997). Den sexuella tillfredsställelsen hade en signifikant ökning (50%) 6 månader efter den organbevarande kirurgin, hos männen i studien av Gulino m. fl (2013).

### *Sexuell lust*

I studien av Gulino m fl. (2013) rapporterade 71 % av männen att deras sexlust var jämförbara med tiden före sjukdomen. Romero m fl., (2005) skrev att åtta män bekräftade att de hade känt sexuell lust "större delen av tiden" eller "alltid", med "höga" eller "väldigt höga" nivåer av lust före och efter operation. För fyra män var den sexuella lusten densamma, som innan operation och sex män rapporterade en minskad frekvens och/eller nivå av sexuell lust (a a). I Bullen m fl. (2009) skrev att sexlusten var oförändrad för några, trots oförmåga att få orgasm, vilket ledde till frustration. För andra var orgasmen förändrad, men den gav ändå en viss del av lättnad och njutning (a a). Av de 46 männen i studien av Windahl m fl. (2004) rapporterade 36 män att de hade känt sexuell lust ofta eller ibland, 37 män rapporterade oförändrad sexlust efter behandling, åtta män rapporterade minskad sexlust och en man rapporterade ökad sexlust. I tre av fallen var minskningen relaterad till fysiska anledningar, i tre andra var minskningen relaterad till

psykologiska anledningar och två fall var relaterade till partnern. Den man, som rapporterade ökad sexlust, hade inlett en ny partnerrelation kort efter behandlingen (Windahl m fl., 2004). Åtta av männen upplevde minskad sexlust innan behandling och sex män upplevde minskad sexlust efter behandling. Minskningen av sexlusten ledde till ångest för sju av åtta män, som upplevde det före behandling och fyra av sex män som upplevde ångest efter behandling (a a).

### **Påverkan på dagligt liv**

Branney m fl. (2014) syfte var att undersöka hur män med peniscancer tog till sig humor i relation till deras diagnos och behandling. Män intervjuade varandra med hjälp av frågor, som de tillsammans hade kommit fram till. I studien beskrev deltagarna att de var rädda att de skulle bli till åtlöje på grund av cancerens lokalisering och/ eller konsekvenserna av behandlingen (a a). Medelvärdet i frågeformuläret i studien av Gulino m fl. (2013) om livskvalitet visade en signifikant förbättring sex månader efter operation jämfört med två veckor före operation. Obehagskänslorna minskade med 50% (a a). Mortensen & Jackobsen (2013) skrev att en man aldrig var rädd att cancer skulle ta hans liv, men oroades sig för att det skulle påverka hans livskvalitet. I studien av Skeppner m fl. (2007) kom de fram till att männens belåtenhet med livet i helhet var likvärdig med kontrollgruppen. I Bullen m fl. (2009) beskrev de flesta av männen att tidigare erfarenheter (skilsmässa, sorg och konkurs) hjälpt dem att bearbeta de utmaningar som peniscancer innebär för dem.

### *Stöd/ relationer*

Männen i studien av Branney m fl. (2014) beskrev att de upplevde att interaktionen med sjukvårdspersonalen fick en positiv emotionell effekt. Den fick dem att se på den ljusa sidan av situationen och må bättre. Männen i studien av Gulino m fl. (2013) beskrev att familjen och partnerrelationen förbättrades efter behandling jämfört med två veckor innan, från fyra till 16 poäng (högre poäng desto bättre). Inga signifikanta skillnader upptäcktes i vänskapsrelationer. De ökade från 20 till 22 poäng (a a). I Mortensen & Jakobsen (2013) studie beskrev männen att ingen av de äldre relationerna påverkades negativt av peniscancer. De äldre (66-72år) männen sa att samlag hade blivit mindre väsentligt för intimitet och att partnerskap, omtanke och smekningar hade mer betydelse. Två män ansåg att relationen till partnern blev starkare under sjukdomens gång pga. stödet de hade från sin partner (a a). Männen i studien av D'ancona m fl. (1997) rapporterade också att de inte hade några problem med relationen till sin partner. I studien av Opjordsmoen m fl. (1994) rapporterade männen, liksom männen som genomgått total amputation, att deras partnerrelation var oförändrad/bra eller någorlunda bra, tillskillnad från de som genomgått partiell amputation där två av de sju männen rapporterade en olycklig partnerrelation (a a). I studien av Wittey m fl. (2013) beskrev en man att hans humörsvängningar skadade relationen med hustrun. Stödet från fru och partners togs frekvent upp som en viktig faktor i hanteringen av effekterna av kirurgin. De män, som på ett bra sätt hanterade effekterna på den mentala hälsan och välmåendet, hade ofta socialt stöd från partner, vänner och familj (a a). De män som hade en relation rapporterade att det var viktigt att få acceptans av fru och partner angående de kroppsliga förändringarna. För vissa av männen var denna acceptans och uppmuntran från sina intima partners till stor hjälp att stärka relationen (a a). I studien av Bullen m fl. (2009) beskrevs det att männen sökte stöd från familj, partners och vänner för att kunna hantera sexuella förändringar och miktionsproblem. Trots att den fysiska intimiteten avtog rapporterade män i stabila relationer ökad närhet och



tacksamhet till sina fruar (Bullen m fl., 2009). De paren införlivade oundvikliga postoperativa förändringar, i sin relation och relationen innehöll också uppmuntran och tröst till männen (Bullen m fl., 2009). Partnern gav ovärderligt intimt stöd och barn och barnbarn gav en känsla av kontinuitet för männen som bevis på tidigare potens och en framtid (a a).

### *Miktionsproblem*

I studien av Branney m fl. (2014) beskrevs det hur männen tacklade sin oförmåga att kunna stå upp och urinera genom att skratta åt problemen. Männen beskrev det som lättare att sitta ner än att stå upp för då visste de vart urinen hamnade. De tyckte det var onormalt att behöva sitta ner på offentliga toaletter och att behöva använda ett bås istället för en urinoar (a a). I studien av Mortensen & Jakobsen (2013) beskrev männen att det inte hade några problem med urineringen, men att de dock behövde sitta ner för att urinera. Witty m fl. (2013) beskrev att några av männen tränade för att kunna använda toaletten igen och vissa av männen använde en tratt till hjälp. Några av männen tyckte det var lättare att sitta ner och urinera. Urineringsproblemen påverkade vissa män, när de skulle bege sig hemifrån. De var då tvungna att ta reda på om det skulle finnas toalettmöjligheter där de kunde sitta ned. En av männen ansåg det vara genant om andra män skulle se honom kämpa med att använda en urinoar. Detta var en faktor, som påverkade honom vid användning av offentliga toaletter. För att detta inte skulle ske använde han ett bås (Witty m fl., 2013). D'ancona m fl. (1997) beskrev att de tre första månaderna efter operation så var obehag vid att sitta ned och urinera en av de största svårigheterna som männen behövde tackla.

### **Påverkan på maskulinitet**

I studien av Mortensen & Jakobsen (2013) beskrev en man att han kände sig annorlunda och att han förlorat en del av sin maskulinitet. Sammantaget påverkade detta hans mod i att leta efter en ny partner och även hans känslomässiga välmående (a a). Männen i studien av Witty m fl. (2013) beskrev också att de kände som att de förlorat en del av sin maskulinitet. Även här beskrev en av männen att han hade förlorat sin självsäkerhet till att närma sig en potentiell sexpartner. Han kände sig annorlunda för vad han ansåg vara den maskulina normen (a a). En man beskrev att hans ändrade kroppsuppfattning och kopplingen mellan självkänsla och det maskulina idealet hade påverkats av hans känslor av att känna sig kastrerad. Samma man gjorde upp planer för en penisrekonstruktion för att återfå sin maskulina kroppsuppfattning (Witty m fl., 2013). I studien av Bullen m fl. (2009) beskrevs att uppfattningen av de fysiska och funktionella förändringarna dagligen förstärktes i förkroppsligandet av det maskulina idealet. Faktorer som lymfkörtel excision, sömnproblem, massage, stödstrumpor, infektions förebyggning, förändrat hälsostatus och ökad känslighet underminerade uppfattningen av manlig styrka och förmåga (a a). Diagnosen och behandlingen av peniscancer förändrade männens maskulinitet på olika nivåer. Söka hjälp, få en livshotande diagnos, genomgå kirurgi och hantera resultat är allmänna upplevelser av cancer, men dessa mäns maskulinitet blev ännu mer påverkad av cancers placering (Bullen m fl., 2009).

## **DISKUSSION**

Diskussionsdelen presenteras i två delar: metod- och resultatdiskussion.

## Metoddiskussion

Författarna tror inte att val av databaser har påverkat resultatet negativt. De flesta av sökningarna gjordes i CINAHL och PubMed. Enstaka sökningar gjordes i PsycINFO av en av författarna. Denna databas blev inte lika noggrant avsökt som de tidigare nämnda. På så vis kan relevanta artiklar i PsycINFO ha missats men alla artiklar, som hittades i PsycINFO återfanns i de andra databassökningarna. Sökningarna i CINAHL och PubMed gjordes var för sig. Det anser författarna vara en styrka, ty då användes tiden mer effektivt och olika fynd gjordes. Författarna användes sig av många olika sökord, både i fritext och indexeringsord. Genom fritextsökningarna kom även artiklar med, som ej blivit indexerade än. De annars hade de gått förlorade om endast indexeringsord använts. De olika indexeringsorden blev noggrant genomgångna i respektive thesaurus just pga. att de olika databaserna har olika indexeringsord. Sökningarna gjordes i många olika kombinationer för att sökningarna skulle bli så uttömmande som möjligt. En av de sista sökningarna som gjordes i PubMed skiljde sig från övriga. Det fanns en skillnad i antalet träffar beroende på i vilken ordning som orden kom i. T.ex. *masculinity AND "penile neoplasms" OR "penile cancer"* gav 876 träffar och *masculinity AND "penile cancer" OR "penile neoplasms"* gav 4413 träffar. Sökningarna gjordes om för att kontrollera ett ev. misstag. Detta fick författarna att undra över alla andra ordkombinationer som gjorts. Detta kan ha haft inverkan på vilka artiklar som hittats eller ej. Vill påstå att så inte är fallet. Många olika ordkombination användes i sökningar och efter ett antal sökningar kom många av de tidigare funna artiklarna upp och inga nya relevanta fynd gjordes. Då inga nya fynd gjordes, trots nya sökord och olika sökkombinationer, ansåg författarna att inga relevanta artiklar hade missats. Slutledningen blev att sökningarna hade varit uttömmande och databassökningarna avslutades.

Författarna ansåg inte att det behövdes göra begränsningar i årtal eftersom forskningen på området är begränsat. Det gjordes heller inga avgränsningar på kön eftersom peniscancer endast drabbar män. Det hade antagligen ingen negativ påverkan på antalet träffar. Engelska, som språklig begränsning, var aldrig någon nackdel eftersom endast artiklar som var skrivna på engelska användes.

Nio av de 11 artiklarna hade sitt ursprung i Europa, varav fem var från nordiska länder. Två artiklar hade sitt ursprung i Brasilien. Incidensen är högre i Sydamerika än i Europa och detta kan vara anledningen till att 2 artiklar från Brasilien hittades. Förutom artiklarna från Brasilien så är resterande artiklar geografiskt samlade. Detta ansågs vara positivt då ev. kulturella skillnader kan tänkas variera i upplevelser av peniscancerbehandling.

När databassökningarna påbörjades var inställningen att bara använda sig av artiklar som fanns att läsa gratis. Sedan visade sig att en av artiklarna inte fanns att läsa gratis, trots information om gratis tillgång. Då köptes den och sedan köptes två till. Artiklarna som köptes var av god kvalitet och var till fördel för resultatet. Litteraturstudien består av övervägande kvantitativa artiklar och detta kan ha påverkat resultatet negativt. Det hade varit önskvärt att hitta fler kvalitativa artiklar då de lämpar sig bättre till det valda ämnet.

Under tiden som artiklarna lästes igenom återfanns många av artiklarna i olika referenslistor. Fyndet ansågs som en styrka då artikelförfattarna använt sig av varandras artiklar i sina egna studier. Detta styrker att bra och relevanta artiklar hittats

Granskningsmallarna till respektive kvalitativa och kvantitativa artiklar blev modifierade. Detta kan ha haft påverkan på den kvalitetsgradering, som artiklarna fått. Författarna hade liten erfarenhet av att kvalitetsgranska vetenskapliga artiklar och det kan ha lett till att artiklarna blev under- eller övergraderade. Granskningen av artiklarna tog mycket tid, men har nog haft positiv inverkan på själva granskningsprocessen, som då blev noggrant utförd.

## **Resultatdiskussion**

Denna litteraturstudie hade till syfte att beskriva mäns upplevelser efter behandling av peniscancer. Elva vetenskapliga artiklar av kvalitativ och kvantitativ design användes.

### *Påverkan på sexualitet*

Efter peniscancerbehandling påverkas sexualiteten i olika grad. Sexualiteten består av flera dimensioner som påverkar olika psykologiska och fysiologiska egenskaper (Rutter, 2000a). Witty m. fl. (2013) beskrev upplevelser efter kirurgisk behandling med varierande resultat. Inverkan på den sexuella funktionen varierade avsevärt hos männen (a a). Männen sa att om de hade varit yngre hade deras liv påverkats mer. Det kan ha att göra med att yngre män värdesätter sin sexuella aktivitet mer än äldre män gör. Äldre män har oftare mer problem med den sexuella funktionen och på så sätt vant sig vid detta tidigare. Det kan även vara att äldre män har mer livserfarenhet och tacklar problemen på ett annat sätt än de yngre männen.

I Bullen m fl. (2009) beskrev männen att de blev förvånade av hur mycket den sexuella funktionen påverkades av behandlingen. Detta hade kunnat förebyggas med mer information om ev. påverkan på sexuella funktioner. D'ancona m. fl. (1997), Opjordsmoen m fl. (1994) och Opjordsmoen & Fosså (1994) kom fram till att den sexuella funktionen påverkades på olika sätt, beroende på behandlingsform. I D'ancona m. fl. (1997) beskrev att fler av männen som genomgått partiell amputation hade en förändrad sexualitet. Nivåerna av den sexuella funktionen varierade (a a). Opjordsmoen m fl. (1994) jämförde sexualiteten hos män, som genomgått total- eller partiell amputation, strålbehandling eller lokal excision. Strålbehandlingen var den behandling som hade minst påverkan på den sexuella funktionen. Resultatet i de andra tre grupperna varierade. De män som genomgått partiell amputation hade kraftigt minskad eller total avsaknad av den sexuella funktionen (a a). Opjordsmoen & Fosså (1994) kom fram till att de som genomgått partiell- eller total amputation hade sämst resultat gällande den sexuella funktionen. Männen som genomgått lokal excision eller strålbehandling hade bättre sexuell funktion, dock var de 10 år yngre än de andra männen (a a). Det bästa resultatet fanns hos männen som genomgått strålbehandling eller lokal excision. Detta kan förklaras med att vid dessa behandlingar tas inga eller små bitar bort från könsorganet och då bevaras funktionen bättre. Vid partiell- eller total amputation tas stora delar eller hela könsorganet bort och då påverkas den sexuella funktionen mer.

I studierna av Mortensen & Jakobsen (2013) och Witty m fl. (2013) tas åldersaspekten upp. De yngre männen påverkades mer än de män som var äldre. Författarna anser att de faktorer, som spelade in, var bl. a. att de äldre männen hade barn och barnbarn. Det gav dem en sexuell status. För de yngre männen var det viktigt vilken status de befanns sig om, de var singel, hade fast relation eller

var gifta. De män som inte hade barn vid diagnosbeskedet började kanske tänka mer på fertiliteten. Det kan ha gjort att de omprioriterade i sina liv. Det blev viktigare för dessa män att få barn än före beskedet. För de män som inte hade en partner blev det viktigare att hitta en partner och öka möjligheten att få barn. Detta bekräftar vikten av att männen ska välja den behandlingsform som passar dem bäst. Den sexuella funktionen påverkas oavsett behandlingsform. Därför är det viktigt att männen får information om hur behandlingen går till, biverkningar, konsekvenser av behandling och att den sexuella förmågan kan påverkas (Regionalt Cancercentrum i Samverkan, 2013). Tidigare review av Solsona m. fl. (2010) har i sitt resultat belyst inverkan av olika behandlingsformer på den sexuella funktionen. Den sexuella funktionen påverkades olika mycket och sexuella lusten påverkades inte. Detta stämmer överens med resultatet i denna litteraturstudie.

### *Påverkan på dagligt liv*

Mortensen & Jakobsen (2013) beskrev i sin studie att männen inte var rädda för att cancer skulle ta deras liv utan mera hur deras livskvalitet skulle påverkas. Männen värdesatte ett bra liv, även om det skulle bli kortare, än ett långt liv med sämre livskvalitet just för att de sista åren i deras liv skulle bli så bra som möjligt. I studien av Branney m. fl. (2014) beskrev männen att de var rädda för konsekvenserna av cancers lokalisering och behandling. Männen könsorgan är inte bara en kroppsdel utan en viktig del för mannen. Sexualitet och livskvalitetsfrågor framhålls vid val av behandling (Kirrander, 2012). Det är viktigt att männen är välinformerade och psykiskt förberedda för att lättare kunna acceptera sin situation och på så sätt tackla problemen lättare (Regionalt Cancercentrum i Samverkan, 2013). Solsona m. fl. (2010) tog också upp att behandlingen inverkar på männen livskvalitet. Den konservativa behandlingen hade hög nivå av tillfredsställelse.

Interaktionen med sjukvårdspersonalen hade en positiv emotionell effekt (Branney m. fl., 2014). Flera andra studier visade också att partner och familjerelationen förbättrades efter behandlingen och ingen av de äldre männen relationer blev negativt påverkade (Gulino m. fl., 2013; Mortensen & Jakobsen, 2013). Två av männen fick en närmare relation tack vare stödet från sina respektive partners (Mortensen & Jakobsen, 2013). D'ancona m.fl. (1997), Opjordsmoen m. fl. (1994) och Bullen m. fl. (2009) beskrev i sina artiklar att männen inte upplevde några problem i sina relationer. I Bullen m. fl. (2009) beskrev männen att de hade stabila relationer trots fysiska förändringar. Stöd från omgivningen är av stor betydelse för männen. Svåra situationer som t.ex. peniscancerbesked och behandling kan bli lättare att bearbeta, när personen känner stöd från omvärlden.

Vid en total amputation anläggs urinröret i perineum och detta kräver en viss omställning vid urinerings. I studie av Branney m.fl. (2014) beskrev männen att de tyckte det vara onormalt att behöva sitta ner vid urinerings. I studie av Witty m. fl. (2013) beskrev männen att de tyckte det var lättare att sitta ner på toalettstolen. Männen påverkades mycket av sina urineringsproblem att de tvunget behövde veta att det fanns toalettmöjligheter där de kunde sitta ner, när de befann sig utanför hemmet (Witty m. fl.,2013). Männen i studien av Mortensen & Jakobsen (2013) beskrev att de inte hade några problem med att sitta ner vid urinerings, männen i studien av D'ancona m. fl. (1997) upplevde det som ett obehag att sitta ner. Detta var den största svårigheten som männen behövde tackla. Den oskrivna

normen i samhället är att män ska stå upp och urinera och detta påverkar männen olika mycket. P.g.a. detta blir det ett större problem än vad det borde vara. Männen har svårt att bryta vanan att hålla i penis vid urinering.

### *Påverkan på maskulinitet*

Maskuliniteten utgår nästan alltid från mäns kroppar, att det ligger i generna och att det uttrycker något om en mans kropp (Connell, 1995). Beynon (2002) skrev att gemensamt för olika syner på maskulinitet är den manliga kroppen. I flera av studierna beskrev männen att de kände sig annorlunda från den rådande maskulina normen eller att deras maskulinitet gått förlorad (Mortensen & Jakobsen, 2013; Witty m. fl., 2013) I studien av Bullen m. fl. (2009) beskrev männen att behandlingen påverkade deras maskulinitet olika mycket. Männen kan ha olika syn på sitt könsorgan och de värdesätter sitt könsorgan olika mycket. Männens självförtroende kan ha inverkan på hur mycket mannen påverkas. Har han tidigare ett bra självförtroende kanske han klarar av situationen på ett annat sätt än en man med sämre självförtroende. Det verkar som att just könsorganet bestämmer nivån av maskulinitet.

## **SLUTSATS**

Behandling av peniscancer kommer alltid påverka männens vardag i olika utsträckning. Allt är beroende på tumörens spridning och behandlingsform. I denna litteraturstudie var det sexualiteten som påverkades mest. Peniscancer är en ovanlig cancersort och få människor känner till den. Därför är det viktigt att sprida information om peniscancer. Det är en allvarlig cancersort och att informera om symtom kan få män att söka vård tidigare. Eftersom det är en ovanlig sjukdom behöver sjuksköterskan ha kunskap om hur det är att leva efter en stympande operation.

## **FRAMTIDA VÄRDE**

Sår på penis kan vara början av peniscancer. Därför är det viktigt att män inte väntar för länge med att söka vård. Det är viktigt att sjuksköterskan har kunskap om cancerformen. Eftersom peniscancer är en ovanlig sjukdom är det inte ofta sjuksköterskan stöter på dessa män inom sjukvården. Då är det desto viktigare att sjuksköterskan har kunskap om hur dessa mäns erfarenheter är efter behandling. Det är viktigt att sjuksköterskan lyssnar på patienten och även vågar samtala om de ”svåra” frågorna som t.ex. sexualiteten. En god förmåga att lyssna och möta patienterna där de befinner sig i sitt bearbetande av upplevelsorna efter behandlingen. I Kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska (Socialstyrelsen, 2005) står det att sjuksköterskan ska söka, analysera och kritiskt granska relevant litteratur/information, implementera ny kunskap och därmed verka för god omvårdnad i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Kontaktsjuksköterskan, som männen ska tilldelas på avdelningen, har en stor uppgift att informera och psykiskt och fysiskt förbereda männen, som fått peniscancerdiagnos, på att hans sexualitet, maskulinitet, och dagliga liv ev. kan komma att påverkas. Med detta examensarbete vill författarna underlätta för sjuksköterskans kunskapsutveckling.

## REFERENSER

Beynon J, (2002) *Masculinities and culture*. Buckingham: Open University Press.

Branney P, Witty K, Braybrook D, Bullen K, White A, Eardley I, (2014) Masculinities, humour and care for penile cancer: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 00, 1-10.

Bullen K, Edwards S, Marke V, Matthews S, (2009) Looking past the obvious: experiences of altered masculinity in penile cancer. *Psycho-Oncology*, 19, 933-940.

Clifford D, (2000) *Psychosexual awareness in health care*. I: Wells D (Red) *Caring for Sexuality in Health and Illness*. (1<sup>st</sup> edition). London: Harcourt Publishers Limited, s 11-18.

Connell RW, (1995) *Masculinities*. Berkeley: University of California Press.

D'Ancona CA, Botega NJ, Moraes C, Lavoura NS Jr, Santos JK, Rodrigues Netto N Jr, (1997) Quality of life after partial penectomy for penile carcinoma. *Urology*, 50, 593-596.

Gulino G, Sasso F, Palermo G, D'Onofrio A, Racioppi M, Sacco E, Pinto F, Antonucci M, D'Addessi A, Bassi PF, (2013) Sexual outcomes after organ potency-sparing surgery and glans reconstruction in patients with penile carcinoma. *Indian J Urol* 29, 119-123.

Hälso- och sjukvårdslagen, 1982:763.

Kirrander P, (2012) *Peniscancer I*: Damber J\_E, Peecker R (Red) *Urologi* (2nd edition) Studentlitteratur AB, Lund, s 375-384.

Maddineni S B, Lau M M, Sangar V K, (2009) Identifying the needs of penile cancer sufferers: A systematic review of the quality of life, psychosexual and psychosocial literature in penile cancer. *BMC Urology*, 9:8.

Mortensen G L, Jakobsen J K, (2013) Patient perspectives on quality of life after penile cancer. *Dan Med J* 60/7, 1-4.

Nationalencyklopedins ordbok (1996). Bra Böcker AB, Höganäs.

Olsson H, Sörensen S, (2011) *Forskningsprocessen. Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber AB.

Opjordsmoen S, Fosså S.D, (1994) Quality of life patients treated for penile cancer. A follow-up study. *British Journal of Urology*, 74, 652-657.

Opjordsmoen S, Waehre H, Aass N, Fossa S.D, (1994) Sexuality in patients treated for penile cancer: patients' experience and doctors' judgement. *British Journal of Urology*, 73, 554-560.

Polit D, Beck C T, (2003) *Nursing Research. Principle and Methods*. Philadelphia PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Regionalt Cancercentrum i Samverkan, (2014) *Nationellt kvalitetsregister för peniscancer*.

> <http://www.Regionalt Cancercentrum Samverkan.se/sv/INCA/kvalitetsregister/peniscancer342/>< (hämtad 140430).

Regionalt Cancercentrum i Samverkan, (2013) *Nationellt vårdprogram för peniscancer*.

>[http://www.Regionalt Cancercentrum i Samverkan.se/Global/RCC%20Samverkan/Dokument/V%C3%A5rdprogram/Nat VP\\_Peniscancer\\_130515\\_final.pdf](http://www.Regionalt Cancercentrum i Samverkan.se/Global/RCC%20Samverkan/Dokument/V%C3%A5rdprogram/Nat VP_Peniscancer_130515_final.pdf)< (hämtad 140212).

Romero, F.R., Richter Pereira Dos Santos Romero, K., De Mattos, M.A.E., Camargo Garcia, C.R., De Carvalho Fernandes, R., Cardenuto Perez, M.D., (2005) Sexual function after partial penectomy for penile cancer. *Urology*, 66, 1292-1295.

Rutter M, (2000a) *Becoming a sexual person*. I: Wells D (Red) *Caring for Sexuality in Health and Illness*. (1<sup>st</sup> edition). London: Harcourt Publishers Limited, s 151-170.

Rutter M, (2000b) *The impact of illness on sexuality*. I: Wells D (Red) *Caring for Sexuality in Health and Illness*. (1<sup>st</sup> edition). London: Harcourt Publishers Limited, s 207-220.

Skeppner E, Windahl T, Andersson S-O, Fugl-Meyer K.S, (2007) Treatment-Seeking, Aspects of sexual activity and life satisfaction in men with laser-treated penile carcinoma. *European Urology*, 2253, 1-9.

Socialstyrelsen, (2005) *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska 2005*. Artikelnummer: 2005-105-1

>[http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1\\_20051052.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf)< (140212.)

Solsona E, Bahl A, Brandes SB, Dickerson D, Puras-Baez A, van Poppel H, Watkin NA, (2010) New Developments in the Treatment of Localized Penile Cancer. *UROLOGY* 76, 36 – 42.

Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU, (2013) *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok*. Version 2013-05-16 Stockholm: >[www.sbu.se/metodbok](http://www.sbu.se/metodbok)< (hämtad 140414).

World Health Organization, WHO, (2002) Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health. Geneva.

Willman A, Stoltz P, Bahtsevani C, (2011) *Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur AB.

Windahl T, Skeppner E, Andersson S-O, Fugl-Meyer K.S, (2004) Sexual function and satisfaction in men after laser treatment for penile carcinoma. *The Journal of Urology*, 172, s 648-651.

Witty K, Branney P, Evans J, Bullen K, White A, Eardley I, (2013) The impact of surgical treatment for penile cancer- Patient's perspectives. *European Journal of Oncology Nursing*, 17, 661-667.



**Bilaga 1. Modifierad mall för kvalitetsgranskning av studier med kvantitativ metod efter SBU (2013).**

Poängsättning	0	1	2	3
Abstrakt (syfte, metod, resultat =3p)	Saknas	1/3	2/3	Samtliga
Introduktion	Saknas	Knapphändig	Medel	Välskriven
Syfte	Ej angiven	Otydlig	Medel	Tydlig
<b>Metod</b>				
Metodval adekvat till frågan	Ej angiven	Ej relevant	Relevant	
Metodbeskrivning (representativitet möjlig)	Ej angiven	Knapphändig	Medel	God
Urval (antal, beskrivning, representativitet)	Ej acceptabel	Låg	Medel	Hög
Bortfall	Ej angiven	>20%	5-20%	<5%
Etiska aspekter	Angivna	Ej angivna		
<b>Resultat</b>				
Frågeställningen besvarad	Nej	Ja		
Resultatbeskrivningen (redovisning, tabeller etc)	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Statistisk analys (beräkningar, metoder, signifikans)	Saknas	Mindre bra	Bra	
Tolkning av resultat	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
<b>Diskussion</b>				
Problem anknytning	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Diskussion av egenkritik och felkällor	Saknas	Låg	God	
Anknytning till tidigare forskning	Saknas	Låg	Medel	God
<b>Slutsatser</b>				
Överrensstämmelse med resultatet (resultatets huvudpunkter belyses)	Slutsats saknas	Låg	Medel	God
Ogrundade slutsatser	Finns	Saknas		

## Bilaga 2. Modifierad mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik- patientupplevelser efter Olsson & Sörensen (2011).

### *Syfte:*

Utgår studien från en väldefinierad problemformulering/frågeställning?

\*Ja                    \*Nej                    \*Oklart                    \*Ej tillämpat

### *Urval:*

Är urvalet relevant?

\*Ja                    \*Nej                    \*Oklart                    \*Ej tillämpat

Är urvalsförfarandet tydligt beskrivet?

\*Ja                    \*Nej                    \*Oklart                    \*Ej tillämpat

Finns relevant etisk resonemang?

\*Ja                    \*Nej                    \*Oklart                    \*Ej tillämpat

### *Datainsamling:*

Är datainsamlingen tydligt beskriven?

\*Ja                    \*Nej                    \*Oklart                    \*Ej tillämpat

Är datainsamlingen relevant?

\*Ja                    \*Nej                    \*Oklart                    \*Ej tillämpat

Råder datamättnad?

\*Ja                    \*Nej                    \*Oklart                    \*Ej tillämpat

Har forskaren hanterat sin egen förförståelse i relation till datainsamlingen?

\*Ja                    \*Nej                    \*Oklart                    \*Ej tillämpat

### *Analys:*

Är analysen tydligt beskriven?

\*Ja                    \*Nej                    \*Oklart                    \*Ej tillämpat

Är analysförfarandet relevant i relation till datainsamlingsmetoden?

\*Ja                    \*Nej                    \*Oklart                    \*Ej tillämpat

### *Resultat:*

Är resultatet logiskt?

\*Ja                    \*Nej                    \*Oklart                    \*Ej tillämpat

Är resultatet begripligt?

\*Ja                    \*Nej                    \*Oklart                    \*Ej tillämpat

Är resultatet tydligt beskrivet?

\*Ja                    \*Nej                    \*Oklart                    \*Ej tillämpat

Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram?

\*Ja                    \*Nej                    \*Oklart                    \*Ej tillämpat

Är resultatet överförbart till ett liknande sammanhang (kontext)?

\*Ja                    \*Nej                    \*Oklart                    \*Ej tillämpat

Är resultatet överförbart till ett annat sammanhang (kontext)?

\*Ja                    \*Nej                    \*Oklart                    \*Ej tillämpat

### Bilaga 3. Matris

Författare, år, land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare/ (Bortfall)	Resultat	Gradering
Branney m fl., 2014 United Kingdom	Masculinities, humor and care for penile cancer: a qualitative study	To explore how men with penile cancer construct humour in relation to their diagnosis and treatment.	Focus groups and patient-conducted interviews were both used during a one-day 'pilot workshop' in March 2011. The data were initially analysed using framework analysis. This paper explores the theme of humour in depth.	10 men	Humour helped participants make light of their condition, which meant that they could laugh about the consequences of treatment ('laughing about urination') and build rapport with health professionals ('humour with health professionals'). Nevertheless, the use of humour was less important than the treatment of their cancer ('humour discounted') and there was a fear that they would be subject to ridicule because of their condition ('fear of ridicule').	Medel
Bullen m fl., 2009 United Kingdom	Looking past the obvious: experiences of altered masculinity in penile cancer	To explore the experience of penile cancer, a qualitative research method Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) was chosen	Participants were interviewed individually within the Urology Department. Semi-structured interviews of 6–8 questions provided opportunities for participants to relate their experiences of penile cancer.	34 were invited. 21 responses yielded 16 volunteers with the first 9 responders recruited into the study.	Central themes were (1) grappling with reality; (2) learning to cope and (3) changes to self.	Medel
D'Ancona m fl., 1997 Brazil	Quality of life after partial penectomy for penile carcinoma	To investigate the impact of partial penectomy on the quality of life of patients with carcinoma of the penis.	Fourteen patients who had undergone partial penectomy for penile cancer were studied. The quality of life was evaluated in three dimensions: social adjustment, sexuality, and emotional state. The patients underwent a semistructured interview and were asked to complete the Overall Sexual Functioning Questionnaire, the Social Problem Questionnaire, the General Health Questionnaire, and the Hospital Anxiety and Depression Scale.	18 were invited, 2 did not accept, 2 had chronic mental deficiency and were not included. 14 agreed to participate.	In 9 (64%) patients, the overall sexual function was normal or slightly decreased. Only 2 (14%) men had precarious or absent sexual function. The masculine self-image and the relationship with their partners remained practically unchanged in all the patients. Sexual interest and satisfaction remained normal or slightly reduced in 9 and 12 patients, respectively. The frequency of sexual intercourse was unchanged or slightly decreased in 9 patients. Three patients had no sexual intercourse after surgery. No significant levels of anxiety and depression were found. Within the areas of living conditions, family life, and interactions with other people, all the patients remained as they were before the surgery.	Medel
Gulino m fl.,	Sexual	Our purpose was	We evaluated retrospectively 42	42 patients	Six months after surgery 73% of patients reported	Hög

Examensarbete i omvårdnad  
61-90 hp  
Sjuksköterskeprogrammet  
Juni 2014

Malmö högskola  
Hälsa och samhälle  
205 06 Malmö

2013 Italy	outcomes after organ potency-sparing surgery and glans reconstruction in patients with penile carcinoma	to assess the impact of organ potency-sparing surgery in locally confined carcinoma of the penis.	patients with early penile cancer and limited apical resection in cases of Stage T2. Sexual function, ejaculation and libido were evaluated with an IIEF-15 questionnaire before the appearance of neoplasia (about three months before the surgery) and six months after surgery. Quality of life was evaluated by the Bigelow-Young questionnaire. The scores relating to two weeks prior to the surgery have been compared to those obtained six months after surgery.	participated.	spontaneous rigid erections, 60% coital activity while 76% of the group treated with urethral glanduloplasty reported normal ejaculation and orgasm, regained an average of 35 days after surgery. The average IIEF-15 scores reported in the entire series in the domains of erection, libido and coital activity of the pre-cancer period were not statistically different than those recorded six months after surgery. In the group treated with glandular reconstruction, pre- and postoperative IIEF-15 mean scores related to ejaculation and orgasm domains were not significantly different. Mean scores of Bigelow-Young questionnaires related to sexual pleasure, familial, social and professional relationships showed significant improvement after surgery.	
Mortensen & Jakobsen. 2013 Denmark	Patient perspectives on quality of life after penile cancer	This quality of life (QoL) study aimed at obtaining in-depth knowledge about patients' experiences with PC.	A semi-structured interview were used. Qualitative interviews with four former PC patients were transcribed verbatim and analysed using a medical anthropological approach. The analysis focused on the ways patients frame their disease experiences and relate the physical, sexual and emotional disease impact.	Four participants.	Varying degrees of amputation affected the participants' sexual capabilities. Still, three participants (aged 66-72 years) said that their partner relationships were not negatively affected by the disease. In contrast, the impact on sexual function and self-esteem had been devastating to the fourth participant (aged 44 years) who was single and worried about the disease impeding his chance of finding love in life. For all participants, having had a potentially fatal disease put the physical disease impact into perspective.	Medel
Opjordsmoen & Fosså, 1994 Norway	Quality of life patients treated for penile cancer. A follow-up study	To study the long-term psychosocial well-being of patients following successful physical treatment for cancer of the penis.	They underwent a semi-structured interview and completed the Impact of Events Scale, General Health Questionnaire and the EORTC QLQ C-30 questionnaire. Global scales for measuring sexual function, subjective well-being and social activity were constructed and found reliable and valid.	30 patients participated	There was a strong correlation between the well-being scale and the EORTC scale for overall quality of life and psychological distress. Patients treated with partial or total penectomy had a worse outcome with regard to sexual function than patients treated conservatively, but there was no difference in the other domains of quality of life, indicating that even the more radically treated patients usually adapted adequately. Half of the individuals had mental symptoms at follow-up, and these patients were less satisfied and showed less social activity. Seven men reported that, if asked again, they would choose treatment with lower long-term survival to increase the chance of remaining sexually potent, but the majority gave priority to higher	Medel

					long-term survival.	
Opjordsmoen m fl., 1994 Norway	Sexuality in patients treated for penile cancer: patients' experience and doctors' judgement	To evaluate sexuality after successful treatment of penile cancer.	Post-therapy sexuality was evaluated in 30 men treated for cancer of the penis 80 months previously. Patients underwent a semi-structured interview and completed three self-administered questionnaires (psychosocial adjustment to severe illness [PAIS], mental symptoms [GHQ], quality of life [EORTC QLQ C-30]). A global score of overall sexual functioning was constructed consisting of sexual interest, sexual ability, sexual satisfaction, sexual identity, partner relationship and frequency of coitus.	30 patients participated.	In 10 of 12 patients treated by irradiation the sexual global score was not or only slightly reduced compared with two of nine patients after partial penectomy and one of five patients with local surgery/laser beam treatment. All four patients who had undergone total penectomy recorded a severely reduced sexual global score. Of the six single domains, sexual identity and partner relationship did not change within increasing age, whereas the other scores of sexual life deteriorated as the patient became older. In the patients treated by irradiation doctors evaluated the patients' post-treatment sexuality to be more impaired than that experience by the patients.	Medel
Romero m fl., 2005 Brazil	Sexual function after partial penectomy for penile cancer	To compare sexual function and satisfaction before and after partial penectomy and to evaluate possible dysfunctions that could modify postoperative sexual functioning.	The patients twice answered the validated Portuguese version of the International Index of Erectile Function. Retrospectively, each patient evaluated his pre-morbid sexual function and then his current function. The resulting numeric values for each domain of sexual function were compared before and after surgery.	18 patients participated.	The median patient age was 52 years. The medium penile length after partial penectomy was 4 cm in the flaccid state; 55.6% of patients reported erectile function that allowed sexual intercourse. The main reason for not resuming sexual intercourse appeared to be related to feelings of shame owing to the small penis size and the absence of the glans penis found in 50% of sexually abstinent patients. Surgical complications also compromised the resumption of sexual activity after amputation in 33.3% of these patients. However, 66.7% sustained the same frequency and level of sexual desire as before surgery, and 72.2% continued to have ejaculation and orgasm every time they had sexual stimulation or intercourse. Only 33.3% maintained their preoperative sexual intercourse frequency and were satisfied with their sexual relationship with their partners and their overall sex life.	Medel
Skeppner m fl., 2007 Sweden	Treatment-Seeking, Aspects of sexual	The aims were to assess the initial symptoms of penile carcinoma	A retrospective face-to-face structured interview study of patients laser treated for localised penile carcinoma. Face to face	58 were invited, 12 declined. 46 agreed to participate.	Ninety-six percent of the patients recalled their first symptom of penile carcinoma. Superficial ulceration and fissures were the most common symptoms (39%). Thirty-seven percent delayed seeking treatment for more than 6 mo.	Hög

	activity and life satisfaction in men with laser-treated penile carcinoma	and patients' time frame in treatment seeking, and to describe the effect of laser treatment on sexual activity and life satisfaction.	interviews to address clinical symptoms and to determent seeking. The interviews also addressed sexual activity and life satisfaction after treatment. The questionnaire included 53 items.		The patients had a greater lifetime number of sexual partners and a greater lifetime prevalence of STIs than a Swedish representative comparator population. Some aspects of sexual life, such as manual stimulation/caressing and fellatio, decreased markedly after laser treatment. Patient satisfaction with life as a whole was approximately the same as that of the general population.	
Windahl m fl., 2004 Sweden	Sexual function and satisfaction in men after laser treatment for penile carcinoma	We evaluate sexual function, sexual satisfaction and cosmetic results after laser treatment of penile carcinoma.	Structured face-to-face interview addressing sexual function, sexual satisfaction and cosmetic results. The length of time that had elapsed since treatment ranged from 6 months to 15 years.	58 were invited, 12 declined. 46 agreed to participate.	Of the 40 patients (87%) who had been sexually active before treatment 30 (75%) had resumed activities at the time of the interview. Unaltered erectile function after treatment was reported by 33 patients (72%), 10 patients (22%) reported decreased function and 3 (6%) reported improved function. Of the 46 patient 23 (50%) were satisfied/very satisfied with their sexual life. After treatment only 3 of 30 (10%) of the evaluable men had dyspareunia. The cosmetic results were considered satisfying/ very satisfying by 36 (78%) men.	Medel
Witty m fl., 2013 United Kingdom	The impact of surgical treatment for penile cancer- Patient's perspectives	The aim of this paper is to explore these men's experiences of surgical treatment for penile cancer and identify those aspects that they think impact on their quality of life.	PEPC using one-on-one semi-structured interviews design, because it would allow us to explore each patents oral histories. Maximum variation sampling was used to acquire the widest possible range of experiences.	28 men were recruited and interviewed. One man withdrew at the transcript checking stage.	The physical impact of surgery was inter-connected with broader events in the lives of the men experiencing treatment. These experiences cover urinary function, sexual function and sexual relationships, healing and recovery, masculinity, mental well-being, coping and support.	Medel