



MALMÖ HÖGSKOLA
FAKULTETEN FÖR
HÄLSA OCH SAMHÄLLE

MÄNS UPPLEVELSER AV KOMPLIKATIONER EFTER RADIKAL PROSTATEKTOMI

- EN LITTERATURSTUDIE

OSKAR FÅGLEFELT
JOHANNES PERSSON

Examensarbete i omvårdnad
15 hp
Sjuksköterskeprogrammet
MAJ 2013

Malmö högskola
Hälsa och samhälle
205 06 Malmö

MÄNS UPPLEVELSER AV KOMPLIKATIONER EFTER RADIKAL PROSTATEKТОMI - EN LITTERATURSTUDIE

OSKAR FÅGLEFELT
JOHANNES PERSSON

Fåglefelt, O & Persson, J. Mäns upplevelser av komplikationer efter radikal prostatektomi. *Examensarbete i omvårdnad 15 högskolepoäng*. Malmö högskola: Fakulteten för hälsa och samhälle, Institutionen för vårdvetenskap för 2013.

Syfte. Att belysa vad den vetenskapliga litteraturen skriver om mäns upplevelser av urininkontinens och erektil dysfunktion efter radikal prostatektomi (RP) och dess påverkan på det dagliga livet. **Bakgrund.** Prostatacancer är den vanligaste cancerformen i Sverige och år 2010 diagnostiserades nästan 10 000 män med prostatacancer. Vid lokaliserad prostatacancer är ett av behandlingsalternativen radikal prostatektomi. Vid radikal prostatektomi kan komplikationer såsom erektil dysfunktion (ED) och urininkontinens (UI) uppstå. Efter att ha undersökt ämnet upptäcktes ett återkommande problem, nämligen att män som genomgått RP ansåg att de inte fått tillräckligt med information kring komplikationerna. **Metod.** I denna litteraturstudie har sökningar gjorts i olika databassökningar. Databaser som använts är Medline, Cinahl samt PsycINFO. Utifrån de sökningar som gjorts har sedan tio artiklar valts ut för att granskas. **Resultat.** Från de tio artiklar som valdes ut skapades fem teman: känslomässiga upplevelser efter operationen, att återfå kontrollen, tillgången på information och egen kunskap, förändringar i vardagen relaterat till UI, samt förändrade sexuella/intima relationer. **Slutsats.** ED och UI är komplikationer som medfört stora förändringar i respondenternas liv. Resultatet visade på att det fanns en brist i att ge patienterna information som de klarade av att ta in. Sjuksköterskan har en viktig roll när det gäller att stödja och hjälpa dessa män. Med tanke på att ingreppet ökar krävs ytterligare forskning inom detta område.

Nyckelord: Upplevelser, Urininkontinens, Erekttil Dysfunktion, Radikal Prostatektomi, Information, Hantering

MEN'S EXPERIENCES OF COMPLICATIONS AFTER A RADICAL PROSTATECTOMY

- A LITERATURE REVIEW

*OSKAR FÅGLEFELT
JOHANNES PERSSON*

Fåglefelt, O & Persson, J. Men's experiences of complications after a radical prostatectomy. *Degree Project in nursing 15 credit points*. Malmö University: Faculty of Health and Society, Department of Health Sciences 2013.

Aim. To illustrate what the scientific literature writes about men's experiences of urinary incontinence and erectile dysfunction after radical prostatectomy (RP) and its impact on daily life. **Background.** Prostate cancer is the most common cancer in Sweden and in 2010 nearly 10,000 men were diagnosed with prostate cancer. When cancer is localized to the prostate one of the treatment options is radical prostatectomy. Complications such as erectile dysfunction (ED) and urinary incontinence (UI) occur after radical prostatectomy. After having been researching the topic there was a recurring problem, which is that men who had undergone RP often felt they had not received enough information about complications. **Method.** In this literature review searches have been made in various database searches. Databases used were Medline, Cinahl and PsycINFO. Based on the different searches that been made, ten articles were selected for review. **Result.** From the ten articles five themes were created: emotional experiences after surgery, to regain control, the availability of information and self-knowledge, changes in daily life related to UI, and altered sexual/intimate relationships. **Conclusion.** ED and UI are complications that led to major changes in the respondents lives. The results show that there is a lack in giving patients information they are able to take in. The nurse has an important role when it comes to support and help these men. Considering that this intervention is growing, further research in this area is required.

Keywords: Experience, Urinary incontinence, Erectile dysfunction, Radical prostatectomy, Information, Coping

Innehåll

BAKGRUND.....	5
Prostatacancer	5
Diagnos och prognos	5
Behandlingar.....	6
Radikal Prostataktomi.....	6
Definitioner.....	7
Erekttil Dysfunktion.....	7
Inkontinens	7
Patientens behov av Omvårdnad.....	7
Tidigare forskning.....	8
Kunskap & Kompetens hos sjuksköterskan	8
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR.....	9
Frågeställning:	9
METOD	9
1. Preciserat problemet för utvärdering.....	10
2. Preciserat inklusions- och exklusionskriterier	10
3. Formulera plan för litteratursökningen	10
4. Genomföra litteratursökningen & samla in de studier som möter inklusionskriterier	11
5. Tolka resultatet från de individuella studierna.....	13
6. Sammanställa resultatet	13
RESULTAT	13
Känslomässiga upplevelser efter operationen.....	13
Negativa känslor och reaktioner	13
Känslor i relation till att cancer är borta.....	14
Positiva känslor och reaktioner	14
Att återfå kontrollen.....	15
Stöd/Hjälpmiddel	15
Nya vanor.....	16
Definition av kontroll.....	16
Förändringar i vardagen relaterat till Urininkontinens.....	17
Begränsning av socialt liv.....	17
Tillgången på information och egen kunskap	16
Missnöje kring information.....	16
Patienter som mottagit adekvat information	17
Förändrade Sexuella/Intima relationer.....	18
Acceptans av ED.....	18
Att avstå från samlag	18
Positiv upplevelse av förändring.....	18
METODDISKUSSION	18
RESULTATDISKUSSION	19
Känslomässiga upplevelser efter operationen.....	19
Att återfå kontrollen.....	20
Tillgången på information och egen kunskap	21
Förändringar i vardagen relaterat till UI	21
Förändrade sexuella/intima relationer.....	22
SLUTSATS.....	22
REFERENSER	24
BILAGOR.....	27
Matriser.....	27
Granskningsmall	37

BAKGRUND

Radikal prostatektomi är en kirurgisk metod för att avlägsna prostatakörteln. Operationen är komplicerad och kan ge komplikationer som består långt efter själva operationen. Dessa komplikationer är erektil dysfunktion och urininkontinens (Damber och Peeker, 2012). På grund av att allt fler fall av prostatacancer diagnostiseras varje år och att radikal prostatektomi har blivit ett av de vanligaste ingreppen de senaste 20 åren (aa) borde det innebära att allt fler män får urininkontinens och erektil dysfunktion.

Efter att ha undersökt ämnet i litteratur och på internet noterades ett återkommande ämne, nämligen att en del patienter kände att de inte fått tillräckligt med information kring de komplikationerna som kunde uppstå samt att de hade ett behov av att ventilera och diskutera ämnet.

Prostatacancer

Prostatacancer är den vanligaste cancerformen i Sverige och år 2010 diagnostiserades nästan 10 000 män med prostatacancer (Socialstyrelsen, 2013). Incidensen per år har ökat kraftigt de senaste tio åren i västvärlden och är den cancerform som ökat mest (Damber och Peeker, 2012). I Sverige har antalet fall med prostatacancer ökat sedan 90-talet. Detta har dock inte påverkat dödstalen, som ligger kvar på ca 2500 per år. En trolig förklaring till detta är att det idag upptäcks fler tumörer vid ett tidigt stadium. I en artikel som SVT publicerat sa Hans-Olov Adami, professor vid KI, i en intervju att ca hälften av de som får sin prostata bortopererad har en ofarlig typ av cancer. De patienter som genomgår detta ingrepp får komplikationer såsom impotens och inkontinens helt i onödan, menade han (Brohult, 2012).

Prostatan är en körtel belägen under urinblåsan och omsluter urinröret. Den producerar ett sekret, prostatasekret, som blandas med spermierna och bildar sädesvätskan. Prostatatillväxten och dess funktion styrs bland annat av hormonet testosteron och hormonet är en förutsättning för att prostatacancer skall utvecklas. Prostatacancern är generellt sett en långsamt växande cancertyp, men har en förmåga att bli allvarlig då den sällan ger symtom förrän den har blivit obotbar (Damber & Peeker, 2012)

En orsak till ökningen av prostatacancer är att medellivsmängden hos män har ökat, men en ökning av incidensen kan ses så långt tillbaka som det finns pålitlig cancerstatistik. Den största riskfaktorn för prostatacancer är främst hög ålder. Den drabbar i huvudsak män över 70 år och är ovanlig före 50 års ålder. Dock förekommer det en stor variation gällande förekomst och dödlighet med större förekomst i hög- och medelinkomstländer, detta tyder på att livstilen och kostfaktorer också har betydande effekt för uppkomst sjukdomen. Sjukdomen kan även vara ärftlig, men några specifika gener som är avgörande för överföring har inte identifierats idag (Damber och Peeker, 2012).

Diagnos och prognos

En ytterligare anledning till att incidensen har ökat är den ökade frekvensen av PSA-provtagning (Damber och Peeker, 2012). Prostataspecifikt antigen (PSA) är ett hormon som utsöndras från prostatan, vilket dock inte är cancerspecifikt utan

ett förhöjt värde förekommer även vid benign prostatahyperplasi, vilket gör att det behövs fler undersökningar för att fastställa diagnos. Ett förhöjt PSA-prov samt ett avvikande fynd vid rektalpalpation av prostatakörteln föregår ett transrektalt ultraljud med biopsiprover från prostatan. Med ultraljud kan man storleksbestämma prostatan samt med hjälp av biopsin göra en så kallad gleasonindelning.

Gleasonscore används idag för att studera tumörcellens utseende i mikroskop. När detta system används behövs det inte bara cellprov, det behövs även en vävnadsbit. Utifrån vävnadsbiten kan sedan den enskilda cellen jämföras med de olika tumörcellerna och hur de förhåller sig till den friska vävnaden. När detta är gjort förs sedan resultatet in på en skala mellan 2 och 10, desto högre talet är ju sämre är prognosen (Adami m fl 2006).

Tumörens stadium graderas med hjälp av TNM-systemet där T står för tumör, N för utbredning i regionala lymfkörtlar och M står för fjärrmetastaser. Detta kopplas ihop med en siffra och ger en indikation på hur mycket tumören brett ut sig (Damber och Peeker, 2012).

Behandlingar

Vid behandling av prostatacancer skall ett antal aspekter tas i beaktande.

Principen är att förhindra död i prostatacancer men undvika överbehandlingar då ungefär hälften av de drabbade hinner dö i andra sjukdomar. Därför måste det göras en bedömning av patientens återstående livslängd och tumörens förväntade förlopp. Patienten själv skall naturligtvis ha stort inflytande på beslutet. Vid val av behandlingsmetod bör vissa faktorer beaktas: patientens ålder, patientens övriga sjukdomar och förväntade livslängd, eventuell hereditet, sexualfunktion och patientens värdering av denna, tumörstadium, gleasonpoäng, PSA-nivå och patientens beredvillighet att acceptera eventuella biverkningar (Damber och Peeker, 2012).

De behandlingar som blir aktuella är radikal prostatektomi, kurativ strålbehandling, aktiv monitorering och hormonbehandling (Damber och Peeker, 2012). Kurativ strålbehandling delas in i extern strålbehandling eller interstitiell strålbehandling. Extern betyder att strålkällan kommer utifrån medan interstitiell betyder att strålkällan förs in i prostatavävnaden. Biverkningarna av behandlingen är i de flesta fall lindriga men det finns en liten del som drabbas av allvarigare sådana. Kravet för strålning är att tumören är lokaliserad. Aktiv monitorering innebär att man avvaktar och följer förloppet hos tumören för att behandla när den ger symtom. Anledningen är att man vill bespara patienten biverkningar och vänta med den effektiva behandlingen tills den är mest effektiv. Denna metod tillämpas mest på de som förväntas avlida i andra sjukdomar innan eller de som drabbas av återfall efter en kurativ behandling (aa). Hormonell behandling används då canceren har spridit sig, växer mycket långsamt eller om patienten är mult sjuk. För att minska testosteronets uppbyggnad av tumören avlägsnas testiklarna alternativt behandlas medicinskt för att motverka testosteronets effekt på tumören s.k. kemisk kastration (Damber och Peeker, 2012).

Radikal prostatektomi

Att helt avlägsna prostatan är ett av de vanligaste ingreppen på en urologiklinik idag, och är den metod som tillämpas mest i kurativt syfte (Damber och Peeker, 2012). Det är dock inte helt klarlagt vilken av metoderna kurativ strålning eller radikal prostatektomi som har bäst botande effekt. Målgruppen för radikal

prostataktomi är män där cancern inte har metastaserat, åldern och sjukdomstillståndet i övrigt tyder på lång överlevnad och att de accepterar risken att bli inkontinenta och impotenta. Det finns idag två olika tillvägagångssätt för detta ingrepp där det ena är vanlig öppen kirurgi där man via ett snitt i buken går in och avlägsnar prostata. Det andra är laparoskopisk kirurgi och idag utförs den ofta med hjälp av en robot. Denna metod har blivit populär då den ger snabbare postoperativ återhämtning, mindre blödning under själva operationen som annars vid öppen kirurgi kan ge stora blodförluster samt, och kanske mest betydelsefullt, att den ökar chansen att inte drabbas av komplikationer. Dock är den mycket dyrare och det finns i dagsläget inte tillräckligt bra studier som stärker fördelarna (aa).

Komplikationerna som kan bestå upp till flera år efter operationen är erektil dysfunktion och inkontinens (Damber och Peeker, 2012). Bakgrunden till hur erektil dysfunktion kan uppstå vid en radikal prostataktomi är att Nervi Erigentes (erektionsnerv) som innerverar Corpora Caverosa (svällkroppar) ligger beläget dorsolateralt (vid sidan om och bakom) nära intill prostatans kapsel. Nerverna är belägna i de så kallade nervkärlssträngarna och är väldigt sårbara, dessa påverkar den erektila funktionen. Strängarna löper in i prostatakörteln och är ett ypperligt ställe för prostatacancern att växa. Därför är det av stor vikt att nervkärlssträngarnas sparas då de förbättrar möjligheten till postoperativ erektionsförmåga. Beroende på tumörens storlek och växt går det därför att spara. Orsaken till att inkontinensen uppstår är att urinrörets slutmuskel kan skadas under ingreppet. Cirka 10-20 procent behöver använda någon form av inkontinensskydd efter operation och 10-75 procent drabbas av erektil dysfunktion beroende på hur man definierar erektil dysfunktion (Damber och Peeker, 2012)

Definitioner

Erektil Dysfunktion

Definieras i Damber och Peeker (2012) som ”en oförmåga att erhålla och upprätthålla en erektion som är tillräcklig för att genomföra ett samlag”.

Inkontinens

Enligt ICS (International Continence Society) definieras inkontinens följande: ”Ofrivilligt urinläckage som är objektivt påvisbart och som utgör ett socialt eller hygieniskt problem för individen” (Abrahams m. fl. 2002)

Patientens behov av omvårdnad

Sjuksköterskans utövande av omvårdnad består av flera uppgifter (Nortvedt m fl 2011). Till exempel innebär det en förebyggande och hälsofrämjande omvårdnad samt behandlande, undervisande, rehabiliterande/habiliterande och lindrande omvårdnad. Den lindrande aspekten på omvårdnad syftar till att minska den fysiska, psykiska och sociala påfrestningen på patienten och kan uppfyllas genom att sjuksköterskan riktar fokus på patientens upplevelser och erfarenheter. Genom att stödja upplevelsen av, reaktionerna på och erfarenheterna av sjukdom och lidande kan sjuksköterskan förstå den sjuka människans tillstånd och upplevelse och utgå från den förståelsen för att lindra och förebygga ohälsa (aa). Med denna förståelse kan sjuksköterskan erhålla den förmåga som innebär identifiering av

patientens resurser och förmåga till egenvård (Socialstyrelsen 2005). Patienter som står inför beslut om val av behandlingsalternativ behöver stärkas så att de klarar av att fatta ett övervägt beslut. Här kan sjuksköterskan hjälpa till med information, undervisning och stöd. I Orem's egenvårdsteori har omvårdnaden som mål att så långt som möjlig hjälpa patienten till självständighet i de egenvårdsaktiviteter som patienten själv utför (Kirkevold, 2000). Orem's definition på egenvård var: ”utförande av sådana aktiviteter som individen själv tar initiativ till och utför för sin egen skull i syfte att upprätthålla liv, hälsa och välbefinnande.” Hennes människosyn var att vi människor har den förmåga och motivation som krävs för att på ett målinriktat sätt, genom handling, tillvarata och främja sin egen hälsa och förebygga sjukdom. Dessa handlingar kan ses som de egenvårdskrav som behövs för att främja hälsa och förebygga sjukdom. Egenvårdskraven sätts i relation till egenvårdskapacitet och när kapaciteten är mindre än egenvårdskravet kommer behovet av omvårdanden in. Egenvårdskapaciteten är den förmåga att tillgodose de egenvårdsbehov som av Orem beskrivs som insikter om handlingar utförda av eller för en person för att reglera utvecklingen och funktionen som människa. Egenvårdskapaciteten inbegriper kunskaper, motivation, mentala och praktiska färdigheter som är nödvändiga för att individen skall kunna utföra den egenvård som denne är i behov av. Uppfyllandet av egenvårdsbehovet beror på individens psykologiska, mentala och fysiska egenskaper och egenvårdskapaciteten utvecklas spontant genom utförande av egenvård men även genom instruktioner från andra. Orem menar att anhöriga skall ta över egenvården i första hand där egenvårdskapaciteten hos patienten inte räcker till. Om inte heller anhöriga förmår tillfredsställa behovet är det befogat med professionell omvårdnad (Kirkevold, 2000). Den behandlande, undervisande och rehabiliterande omvårdnaden kan innebära att stärka och förmedla trygghet till patienten genom att förmedla kunskap och motivera patienten (Almås, 2011). Detta kan i sin tur leda till de mentala och praktiska färdigheter som Dorothea Orem beskrev i sin teori för att stärka egenvårdskapaciteten (Kirkevold, 2000).

Tidigare forskning

I artikeln av Galbraith m fl (2012) drar författarna slutsatsen att kunskapen om de långsiktiga komplikationerna inte är tillräckliga och erkända av sjukvårdspersonal och i en annan artikel av Nahon m fl (2009) skriver författarna att de psykosociala effekterna av inkontinens på män efter radikal prostatektomi inte är adekvat utforskat. Även erektil dysfunktion har betydande påverkan på livskvalitén hos män som genomgått radikal prostatektomi såsom negativ påverkan på självkänsla och självförtroende (Lalong-Muh m fl, 2013)

Kunskap & kompetens hos sjuksköterskan

I sjuksköterkans kompetensbeskrivning står det under ”Bemötande, Information och Undervisning” att sjuksköterskan ska ha förmåga till ”uppmärksamma patienter som ej själva uttrycker informationsbehov eller som har speciellt uttalade informationsbehov”

I samband med radikal prostatektomi och dess komplikationer är den del av kompetensbeskrivningen viktig att lägga stor vikt på.

Även kunskap om olika sjukdomars konsekvenser är viktigt och i klinisk omvårdnad (Nortvedt, 2011) lyfter författarna att sjuksköterskan måste känna till konsekvenserna som kan uppstå i samband med urininkontinens. Exempel på en

sådan konsekvens är att urininkontinens är socialt hämmande, därför måste sjuksköterskan lyfta problemet (aa). I t.ex. Kanada får patienterna en broschyr om radikal prostatektomi innan de genomgår ingreppet. I den går det att läsa om vad ingreppet innebär och vilka komplikationer som patienten dels kan vänta sig, och hur de kan hantera dem (Vandall-Walker m fl 2008).

Det finns ett utrymme och behov för kunskap inom detta område för att kunna hjälpa patienten att ta sig igenom detta. Dessa komplikationer är värda att belysa då de påverkar patienten psykosocialt, fysiskt och sexuellt. För att bemöta det ökade antalet patienter på bästa sätt behövs mer information och kunskap kring dessa komplikationer och hur de påverkar männen

Genom att belysa och samla in männens erfarenheter av att leva med komplikationerna efter radikal prostatektomi är förhoppningen att med denna litteraturstudie kunna bidra med underlag till sjuksköterskeyrket för att på så sätt tillgodose dessa patienters behov och hjälpa dem att hantera problemen

SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Att belysa vad den vetenskapliga litteraturen skriver om mäns upplevelser av urininkontinens och erektil dysfunktion efter radikal prostatektomi och dess påverkan på det dagliga livet.

Frågeställning:

Hur upplever männen informationen som de får angående erektil dysfunktion och urininkontinens?

Hur hanterar männen erektil dysfunktion och urininkontinens?

METOD

Detta är en litteraturöversikt inom ämnet omvårdnad vilket betyder att företeelser inom vården skall studeras (Friberg, 2012). En litteraturöversikt kan syfta till att inspirera till nya forskningsidéer eller att för sjuksköterskan utveckla eller utarbeta evidensbaserad omvårdnad, eller att som en översikt beskriva kunskapsläget inom ett visst område (aa). En litteraturöversikt definieras enligt Polit & Beck (2009) som en kritisk sammanfattning av ett ämne, ofta framställd för att sätta ett forskningsproblem i ett sammanhang eller att sammanfatta existerande evidens. Ordet översikt definieras enligt Nationalencyklopedin som ”framställning som ger huvuddragen inom visst ämnesområde”. Då detta ej är en systematisk litteraturstudie, dock med en systematisk ansats, avser den inte att inkludera all relevant litteratur för att få svar på frågeställningarna (Forsberg m fl, 2013). Istället avses det att sammanställa resultatet från ett begränsat antal artiklar som svarar på syftet för att försöka beskriva kunskapsläget inom området, till fördel för sjuksköterskor och för framtida forskning inom området.

Vid arbete med litteraturöversikt har en metod i sju steg som beskrivs i Willman m fl (2011) använts. Metoden har modifierats bl. a. genom att ta bort det sista steget då det inte anses att denna litteraturstudie kan ligga till grund för rekommendationer då all relevant litteratur inte är granskad och genomgången.

1. Precisera problemet för utvärdering
2. Precisera inklusion- och exklusionskriterier för studier
3. Formulera plan för litteratursökning
4. Genomföra litteratursökningen och samla in de studier som möter inklusionskriterier
5. Tolka resultatet från de individuella studierna
6. Sammanställa resultatet
7. Formulera rekommendationer baserade på kvaliteten av bevisen

1 Precisera problemet för utvärdering

Inför problemformuleringen undersöktes området prostatacancer. Genom att göra ett antal pilotsökningar på olika databaser och efter att ha läst ett antal abstrakt valdes erektil dysfunktion och urininkontinens efter radikal prostatektomi ut som ett problemområde. Detta är ett sätt som Willman m fl (2011) tar upp i evidensbaserad omvårdnad för att precisera ett forskningsproblem. För att sedan kunna formulera ett bra syfte användes POR-modellen (Se tabell 1) (aa). Denna modell användes för att kunna strukturera upp ett bra syfte som går att svara på, precisera ett problem som är välavgränsat samt är tydligt. Ett antal litteraturstudier på området lästes också för att få en översikt på litteraturen som fanns, och om den var relevant för vår litteraturstudie (Polit and Beck, 2009)

Tabell 1- POR modellen

Population	Områden	Resultat
Män som genomgått radikal prostatektomi	Erektill dysfunktion, Urininkontinens	Upplevelser

2. Precisera inklusion- och exklusionskriterier

Inklusionskriterier var studier där män som genomgått radikal prostatektomi var deltagare. För att få så stor spridning på resultatet som möjligt, och då de flesta som drabbas av prostatacancer är över 70 år, sattes ingen åldergräns på deltagarna i studierna. En av anledningarna till detta var att det ej framgick om resultatet av patienternas upplevelser skiljde sig beroende på ålder. Studierna skulle också vara på engelska eller svenska samt innehålla abstract och vara peer reviewed.

Exklusionskriterier var studier gjorda tidigare än år 2000 för att radikal prostatektomi är ett ingrepp som ökat de senaste åren (Damber and Peeker, 2012). Studier som inte handlade om radikal prostatektomi, utan t ex radioterapi, exkluderas, liksom kvantitativa studier. Dessa valdes bort för att kvantitativa studier inte kan beskriva en persons subjektiva upplevelser (Polit and Beck, 2009)

3 Formulera plan för litteratursökningen

Databaserna Cinahl, PsycINFO och Medline användes då provsökningar gjordes på dessa och en mängd artiklar hittades som verkade svara på syftet. Sökorden som använts till att hitta artiklarna framgår i tabell 2,3 och 4. Sökorden radical prostatectomy som fritextsökning och prostatectomy som Cinahl-heading och Mesh-term användes för att bredda sökningen då endast prostaectomy verkade vara ett sökord i Cinahl men sökningar med sökordet ”Radical prostatectomi” gav många relevanta träffar. Blocksökningar genomfördes med relevanta sökord som ”experience”, complications” i olika böjningar tillsammans med ”incontinence”

och ”erectile dysfunction” för att försöka samla ihop de artiklar som verkligen svarade på syftet.

4 Genomföra litteratursökningen & samla in de studier som möter inklusionskriterier

Efter några sökningar visade det sig att Cinahl i huvudsak hade de artiklar som svarade på syftet. Medline och PsykInfo visade i några fall ge samma resultat som från Cinahl. Efter omfattande sökningar med olika sökord och kombinationer av dessa samt tillägg av begränsningar, lästes titlar och abstrakt på huvuddelen av träffarna. Detta resulterade i 20 artiklar som kunde vara användbara. Efter närmre granskning valdes 15 stycken av dessa ut för att granskas med protokoll från SBU (www.sbu.se). En av dessa 15 artiklar beställdes via biblioteket på Malmö Högskola, Hälsa och Samhälle då bara abstraktet fanns tillgängligt. Fem artiklar valdes sedan bort för att de inte svarade på syftet eller att resultatet var för tunt att ta med eller att de hamnade under vår godkändgräns. Referenslistorna har gått igenom på varje artikel för att hitta fler relevanta artiklar som kan användas. Ingen extra artikel hittades på detta sätt. Under granskningen lästes alla 15 artiklarna var för sig av författarna, därefter gjordes en egen granskning med protokollet för att sedan tillsammans gå igenom artikel för artikel med granskningsprotokollet. SBU’s mall (Bilaga Granskningsmall) för kvalitativa patientupplevelser har använts i sin helhet utan modifieringar. Antal svarsalternativ räknades om till procent där alla ”ja” ifyllda motsvarade 100 %. Efter en diskussion mellan författarna för att sätta nivån på artiklarna sattes en gräns till 65-75 % för medelhög kvalitet på studierna och 75-100 % för hög kvalitet på studierna. Alla artiklar under 65 % ansågs ha låg kvalitet och exkluderades därför.

Tabell 2 PsycINFO

	Databas PsycINFO	Boolesk	Antal Träffar	Boolesk	Antal Träffar	Antal Lästa Titlar	Lästa Abstrakt	Använda artiklar
Block 1	Prostatectomy							
	Prostatectomie	OR						
	Prostatectomia	OR						
	Radical prostatectomy	OR	268					
Block 2	Experience			AND				
	Experiences	OR	242163					
Block 3	Coping			AND				
	Adapt	OR						
	Adapting	OR						
	Adapted	OR						
	Adaptive	OR	89019		3	3	3	1

Limits: Peer-reviewed, English, 2000-2013

Tabell 3 Medline

	Databas Medline	Träffar	Boolesk		Boolesk	Antal träffar	Antal Lästas Titlar	Lästa Abstrakt	Använda Artiklar
Block 1	Patient	605,536							
	Patients	526,137	OR						
	Cancer patients	134,750	OR	605,539					
Block 2	Experience	46,356			AND				
	Experiences	46,356	OR	46,356					
Block 3	Complication	185,646			AND				
	Complications	175,954	OR						
	Erectile Dysfunction	1460	OR						
	Impotence	8610	OR						
	Urinary Incontinence	1,728	OR						
	UI*	392	OR	195,440					
Block 4	Prostatectomy	8330			AND				
	Radical Prostatectomy*	6,456	OR	8,330					
Block 5	Qualitative	7,517		7,517	AND	419	200	15	2

Sökord med * i slut är ingen mesh-term Limits: Abstract available, 2000-2013, English language, Human Subject subset: Cancer

Tabell 4 Cinahl

	Databas Cinahl	Träffar	Boolesk		Boolesk	Antal Träffar	Antal Lästas Titlar	Lästa Abstrakt	Använda artiklar
Block 1	Patient	412,376							
	Patients	343,319	OR						
	Cancer patients	30,441	OR	412,376					
Block 2	Experience	153,865			AND				
	Experiences	153,865	OR	153,865					
Block 3	Complications	115,983			AND				
	Complication	121,404	OR						
	Erectile Dysfunction	1,311	OR						
	Impotence	4,948	OR						
	Urinary Incontinence	3,799	OR						
	UI*	2,102	OR	128,909					
Block 4	Prostatectomy	1,090			AND				
	Radical Prostatectomy*	689	OR						
	RALP*	9	OR	1,097					
Block 5	Qualitative	59,623		59,623	AND	99	99	25	7

Sökord med * i slutet är ingen Cinahl-Heading Limits: Abstract Available, English Language, 2000-2013, Peer-reviewed

5 Tolka resultatet från de individuella studierna

Enligt metoden av Friberg från 2012 nedan har studierna gått igenom en och en först självständigt för att sedan tillsammans diskuteras ihop så att ett gemensamt resultat har skapats.

1. Läs igenom de valda studierna flera gånger för att förstå innehåll och sammanhang
2. Sök likheter respektive skillnader
3. Gör en sammanställning

6 Sammanställa resultatet

Sammanställningen av resultatet från de tio artiklar som inkluderats i studien har växt fram genom att artiklarna lästs igenom var för sig med fokus på resultatet. Sedan granskades de tillsammans och en diskussion om vilka olika upplevelser som framkommit i studierna, d.v.s. svarade på syftet. Varje upplevelse färgmarkerades och sammanställdes så att mönster av liknande upplevelser kunde sammanställas till teman (Polit & Beck, 2009). Efter detta lästes resultatet ännu en gång var för sig och kontrollerades att de teman som kommit överens om stämde. Slutligen skrevs resultatet in i ett dokument som gjordes gemensamt. De fem teman som vuxit fram presenteras i tabell 5.

RESULTAT

Resultatet presenteras i fem teman enligt tabell 5. Alla teman har underkategorier för att strukturera upp och förtydliga resultatet.

Tabell 5 - Teman med underkategorier

Känslomässiga upplevelser efter operationen	Att återfå kontrollen	Tillgång på information och egen kunskap	Förändringar i vardagen relaterat till Urininkontinens	Förändrade sexuella/intima relationer
Negativa känslor och reaktioner	Stöd/Hjälpmedel Nya vanor	Missnöje kring information	Begränsning av socialt liv	Acceptans av ED Att avstå från samlag
Känslor i relation till att cancer är borta	Definition av kontroll	Patienter som mottagit adekvat information		Positiv upplevelse av förändring
Positiva känslor och reaktioner				

Känslomässiga upplevelser efter operationen

Patientens upplevelser beskrivs utifrån ett känslomässigt perspektiv som uppkommit i samband med komplikationerna.

Negativa känslor och reaktioner

I Lopes kvalitativa intervjustudie (2012) från Brasilien där 10 män deltog i studien präglades intervjuerna av en känsla av hjälplöshet, maktlöshet, värdelöshet och rädsla relaterat till ED & UI. Flera studier visade att en del av respondenterna önskade att de hade samma liv som innan operationen, de kände att en stor del av

livet gått förlorat (Hedestig m fl 2004, Walsh m fl 2009, Waller m fl 2012). I Iyigun m fl (2009) studie från Turkiet med 15 deltagare och Walsh m fl (2009) studie från Irland med åtta deltagare ville männen prata om sina problem med vårdpersonal, men upplevde det som svårt.

Att förlora sin erektila funktion gjorde att de kände sorg och nedstämdhet (Hedestig, m fl 2004, Milne m fl 2008). I Hedestigs m fl studie (2004) från Sverige med 10 deltagare redovisades att männen kände precis som att de inte var hela längre, i somliga fall uttrycktes även att det kändes som att de blivit stympade, det som i sin tur gav dem en lägre självkänsla. Detta resultat kan liknas med tre andra studier där männen kände en känsla av skam relaterat till ED, samt att de upplevde en förändrad maskulinitet, förändrat jag och förändrad kroppsuppfattning (Lopes m fl 2012, O'Shaughnessy m fl 2009, Walsh m fl 2009). I sex studier uttryckte männen en oro över sitt dysfunktionella tillstånd (ED) och att det skulle bli permanent (Petry m fl 2004, Walsh m fl 2009, Burt m fl 2004, Butler m f. 2001, Milne m fl 2008, Wallers m fl 2012).

Även en oro för att UI skulle bli permanent fanns i Burt m. fl, 2004) studie. I fyra av studierna sade sig männen känna sig generade relaterat till deras UI (O'Shaughnessy m fl 2009, Iyigun m fl, 2009, Burt m fl 2004, Butler m fl 2001). De uttryckte att det värsta som kunde ske var om familj och vänner såg deras läckage och hänvisade till en känsla av att tappa kontrollen (aa). I O'Shaughnessy m fl (2009) studie från Australien med 11 deltagare fanns det tanke om att UI var en social oanständighet och männen fann det respektlöst mot sin omgivning. Waller m fl (2012) och Burt m fl (2004) studie tar upp att männen som hade UI kände skam. I Waller m fl (2012) studie från Storbritannien med 15 deltagare kände de även förtvivlan, pinsamhet och känslor av att vara onormal och i vissa fall som barn. De flesta männen i denna (Waller m fl, 2012) studie ansåg att sin UI var privat och ville inte prata med sin familj och vänner om problemet.

Männen i Milne m fl (2008) studie från Kanada med 19 deltagare upplevde sämre självkänsla relaterat till UI. De menade på att män som lider av UI redan är obekväma med situationen som den var och att dessutom behöva använda kläder och hjälpmedel som var löjväckande, gjorde att det kändes ännu värre (aa). I Hedestigs studie m fl (2004) uttryckte respondenterna att de var oroliga över att personer i deras omgivning skulle känna lukten av urin, eller märka på annat sätt att de hade UI (Butler m fl 2001, Waller m fl 2012)

Känslor i relation till att cancer är borta

I flera studier betonade respondenterna att det viktigaste var att cancer var borta, oberoende av hur svår ED eller UI de hade drabbats av (Petry m fl 2004, Walsh m fl 2009, Milne m fl 2008). Ett liknande resultat hittades i Waller m fl (2012) studie från England där sju män som deltog såg komplikationerna som ett byte mot att bli av med cancer. I O'Shaughnessy m fl (2009) studie fanns en respondent som uttryckte att han tyckte det var så jobbigt med urinläckagen att han kände ånger för att ha genomgått operationen.

Positiva känslor och reaktioner

De flesta männen i ett antal studier hade hoppet kvar om att deras erektion skulle återvända en dag (Petry m fl 2004, Walsh m fl 2009, Burt m fl 2004, Butler m fl

2001, Milne m fl 2008, Wallers m fl 2012). I Burts m fl studie från Kanada (2004) med 17 deltagare upplevde patienterna känslor av optimism då de var av uppfattningen att UI skulle bli temporär. De yngre männen upplevde mindre besvär med inkontinensen och menade själva att det berodde på deras ålder, fysiska förmåga och bäckenbottenträningen (aa).

Att återfå kontrollen

Denna kategori handlar främst om hur patienten gör för att hantera sin situation, både fysiskt och psykiskt. Det kan vara allt från att få stöd från sin familj till att använda sig av bäckenbottenövningar, men även att förändra vanor för att kunna kontrollera komplikationerna.

Stöd/Hjälpmedel

I två studier uttryckte respondenterna vikten av att ha ett postoperativt stöd (Burt m fl 2004, Wallers m fl 2012). Det kunde vara makar, barn och vänner som användes som stöd, men kunde lika gärna vara en prostatastödgrupp (aa). Männen i Iyiguns m fl (2009) studie betonade deras fysiska och emotionella stöd från deras fruar, vilket även männen i Petry m fl (2004) uttryckte, en studie utförd i Schweiz med 10 deltagare. I Burts m fl (2004) studie höll en del män kontakten med sina rumskompisar på sjukhuset, detta var deras sätt att stötta varandra. Ett sätt att hantera sina komplikationer var genom att använda sig av humor genom att skämta om UI och ED (O'Shaughnessy m fl 2009, Wallers m fl 2012).

För att känna sig trygga kring komplikationerna ansåg männen i Burts m fl (2004), Milne m fl (2008), Wallers m fl (2012) och i Hedestig, m fl (2004) att män som redan genomgått behandling för prostatacancer var bra informationskällor då informationen gav trygghet. I Wallers m fl (2012) tog även respondenterna hjälp av internet för att söka information, vilket gjorde att de kände sig tryggare. I Wallers studie m fl (2012) uttryckte även respondenterna att information i olika utförande och tidpunkter möjliggjorde att dessa män kunde återfå kontroll över deras situation.

I Petry m fl (2004) studie och i Hedestig m fl (2004) studie var målet för patienterna att återfå kontrollen över deras ED. Att ta hjälp av Viagra och injektioner var ett sätt för respondenterna att försöka återfå sin kontroll över sin ED (Burt m fl 2004). Av 19 män i Milne m fl (2008) studie var det knappt några män som använde sig av läkemedel för att hantera sin ED relaterat till att det gav biverkningar, inte heller hade männen provat vakuumpump då de ej fått tillfälle att diskutera det. I Walsh m fl (2009) studie sade en man att han var skeptisk till att behöva ta hjälpmedel för sin sexuella funktion. I en del studier hade männen provat hjälpmedel för att kunna få erektion, men tyckte att det hindrade upphetsningen och den sexuella prestationen (O Hedestig m fl 2004, O'shaughnessy m fl, 2009, Burt m fl, 2004).

Männen i Milne m fl (2008) uttryckte en vädjan om att få professionell hjälp för att kunna hantera sin ED. Det var av stor betydelse att deras makar fick vara med vid rådgivning, för att de ansåg att makarna hade ett annat perspektiv på ED (aa). I Lopes studie (2012) var det en man som inte tog viagra p.g.a. av att hans läkare sa att det kunde vara farligt i allt för stora doser.

Ett annat bra sätt för männen att få kontroll över sin UI var genom att använda inkontinensskydd och toalettpapper som hade bra uppsugningsförmåga (Hedestig m fl 2004, Burt m fl 2004, Petry m fl 2004). För en del respondenter utvecklades egna hanteringssätt (Lopes 2012), t. ex. att använda urininkontinensskydd som egentligen var för kvinnor som de modifierade eller använde de kondomkateter (Milne m fl 2008, Petry m fl 2004, Iyigun m fl 2009). I Iyiguns m fl studie (2009) använde en del respondenter barnblöjor som ett sätt att hantera sin UI, en annan respondent hade en bit toalettpapper ständigt i fickan som en trygghet. Samma resultat fanns även i Butler m fl (2001) samt Wallers m fl (2012) samt att i dessa studier visste männen även vart toaletterna fanns när de var på stan (Butler m fl 2001, Waller m fl 2012, Iyigun m fl 2009).

Nya vanor

I den kanadensiska studien av Butler m fl (2001) från Kanada med 21 deltagare gjorde hälften av männen bäckenbottenövningar och de gjordes efter att de pratat med andra män i samma situation. I fyra av studierna motiverades patienterna att göra bäckenbottenövningar p.g.a. rädslan för att få bestående inkontinens och en vilja att inte låta UI påverka vardagen. (Burt m fl 2004, Wallers m fl 2012, Petrys m fl 2004, Milnes m fl 2008). Männen i Burt m fl (2004) sade också att regelbunden träning och motion var viktigt för återhämtningen. Genom att minska konsumtionen av drycker, speciellt kaffe och alkohol, samt gå ofta på toaletten eller ta hänsyn till val av kläder relaterat till väder kunde männen få kontroll över sin UI (Hedestig m fl 2004, Waller m fl 2012, Burt m fl 2004). Noggrann hygien och användandet av mörka kläder var metoder som männen i Waller m fl (2012) studie använde sig av.

Definition av kontroll

Att vara torr, förberedd och inte behöva tänka på att en olycka skulle kunna ske ökade känslan av kontroll och framgång, och gjorde att de kunde leva ett mer normalt liv t.ex. gå, vandra och jobba (Petry m fl 2004). Respondenterna i Wallers studie (2012) hade också en definition på att ha kontroll över sin inkontinens, att ha kontroll innebar att folk inte kunde se att männen led av UI. I Petry m fl (2004) Wallers m fl (2012) var målet att få kontroll över UI och detta var prioriterat före att återfå erektil funktion.

Tillgången på information och egen kunskap

Detta är ett tema som skapades utifrån hur patienterna upplevde informationen kring ingreppet och dess komplikationer.

Missnöje kring information

Ett resultat från den turkiska studien genomförd av i Iyigun m fl (2009) visade att de män som visste att de skulle bli inkontinenta inte var beredda på att det skulle bli så omfattande. Ett liknande resultat framkom även Waller m fl (2012), Milne m fl (2008), Walsh m fl (2009), Hedestig, m fl (2004) Petry m fl (2004), O'Shaughnessy m fl (2009) och Butler m fl (2001). Männen i Butler m fl (2001) trodde respondenterna att de blivit felinformerade, alla ansåg att de fått för lite information. De flesta män i Iyigun m fl (2009) visste inte att de skulle bli inkontinenta och det kom som en överraskning. Alla män i Iyigun m fl (2009) fick uttrycka sig om vad de önskade att sjukvården gav dem för råd och information före dem skrevs ut. Flest uttryckte en önskan om att få råd i hur de

skulle hantera de postoperativa problem som uppstod, både emotionellt och praktiskt, vilket även Walsh m fl (2009) och Waller m fl (2012) fann. I Milnes m fl studie (2008) upplevde männen att de inte fått möjlighet till att diskutera hur den erektila dysfunktionen påverkade dem och hur de skulle kunna hantera det. I Walsh artikel (2009) uttryckte sig en man att han kände sig nere efter sin operation, och att han hade kunnat må bättre om någon hade berättat för honom att det fanns prostatstödgrupper.

Flera män i O'Shaughnessy m fl (2009) trodde inte inkontinensen skulle bestå. Sex av 21 män i Butlers m fl (2001) studie hade fått information om att genomföra bäckenbottenträning, dock förstod de inte sambandet mellan inkontinens och bäckenbottenträningen. Och deras farhågor hade kunnat bli mindre om de hade fått information hävdar de (O'Shaughnessy m fl 2009). Brist på information gjorde att patienterna kände sig dåligt förberedda för komplikationerna som kunde uppstå (Waller m fl 2012).

Patienter som mottagit adekvat information

I den australienska studien med både fokusgruppintervjuer och enskilda intervjuer av 11 män genomförd av O'Shaughnessy m fl (2009) förstod respondenterna konsekvenserna av att genomföra radikal prostatektomi. Allteftersom de långsiktiga komplikationerna blev mer uppenbara började en del män dock att omvärdera deras beslut att ha genomgått operationen (aa).

De som hade fått adekvat information kände sig mer bekväma Iyigun m fl (2009), Waller m fl (2012). I Burts m fl studie från 2004 uttryckte respondenterna att de hade fått bra information kring fördelar och nackdelar med operationen och andra behandlingsalternativ. En man uttryckte sig att han läst information kring komplikationer såsom erektil dysfunktion samt urininkontinens, men att det endast fanns en risk för dessa och att han inte tyckte det var avgörande faktorer för att inte genomföra operationen O'Shaughnessy m fl (2009). Alla män i Butlers m fl studie (2001) angav att de fått information från deras urolog angående sexualfunktionen postoperativt.

Förändringar i vardagen relaterat till urininkontinens

Detta tema innehåller resultat utifrån de valda artiklarna som hänvisar till hur UI har påverkat patienternas sociala liv.

Begränsning av socialt liv

Att ha blivit drabbad av urininkontinens innebar att för en del män behöva byta kläder flera gånger på dagen trots att de använde ”pads” (Hedestig m fl 2004). Kallt väder, full blåsa, hög konsumtion av alkohol och distress gjorde UI värre (aa). I Burt m fl (2004) beskrev en man att han inte kunde lämna huset pga inkontinens. En del män blev mindre aktiva pga av deras inkontinens, de kunde inte utöva sin sport (O'Shaughnessy m fl 2009). Männen i Iyigun m fl (2009) studie angav att inkontinensen hade begränsat deras sociala liv betydligt, t.ex. att träffa vänner och/eller utöva sport (Walsh m fl 2009, Butler m fl 2001, Lopes m fl 2012). Detta var relaterat till att de alltid var tvungna att hålla kontroll på inkontinensskydden, veta om det fanns en toalett i närheten eller se efter om det syntes utanpå (aa).

I Hedestigs m fl (2004) studie uttrycktes att leva normalt var något som var omöjligt att göra relaterat till UI. I Lopes m fl (2012) studie framkom det att en del män sade att livet blivit tråkigt.

Förändrade Sexuella/Intima relationer

Detta tema utgår från hur patienternas sexuella/intima relationer påverkats av ED.

Acceptans av ED

Erekttil dysfunktion påverkade sexlivet negativt hos männen i flera studier, sexlivet var inte detsamma som innan ingreppet (Hedestig m fl 2004, Butler m fl 2001, Iyigun m fl 2009 Lopes m fl 2012). I andra studier sade sig också männen ha fått sitt sexliv påverkat, men det var i första hand de yngre männen som led av detta och de hade svårt att acceptera situationen (Petry m fl 2004 Walsh m fl 2009, Iyigun m fl 2009, O'Shaughnessy m fl 2009, Burt m fl 2004, Milne m fl 2008). De i äldre männen i dessa studier kunde acceptera sitt förändrade sexliv på ett annat sätt och menade på att de haft ett bra sexliv och inte blev påverkade på samma sätt (aa).

Att avstå från samlag

Frustration över att inte kunna etablera sexuella relationer med ny partner var upplevelser som uttrycktes i O'Shaughnessy m fl (2009) Lopes m fl (2012) och i Butler m fl (2001). I Burt m fl (2004) kände männen att de inte kunde tillgodose deras partners sexuella behov och en rädsla för otrohet väcktes. I Lopes m fl (2012) studie var det en man vars äktenskap gick i stöpet relaterat till ED och i Butlers m fl (2001) studie framkom det att fyra män inte hade något aktivt sexliv längre. I den turkiska studien av Iyigun m fl (2009) sade en tredjedel att de inte försökte ha sex relaterat till rädsla för att inkontinensen skulle besvära deras fruar. De fysiska och emotionella aspekterna av UI riskerade intimiteten i förhållandena, en man nämnde att han valde att sova i en separat säng relaterat till UI (Waller m fl 2012). I Lopes studie (2012) kände männen en frustration över en liknande situation. Männen i Milne m fl (2008) säger att ED påverkade förhållandet negativt, det var påfrestande och skadade deras självkänsla, i Butlers m fl (2001) studie fanns den två respondenter som uttryckte liknande känslor.

Positiv upplevelse av förändring

I Burt m fl (2004) studie och i Petry m fl (2004) ville respondenterna inte tynga partnern för mycket utan sade att de kände en lättnad när de fick prata med den kvinnliga intervjuaren om problemen.

I Butlers m fl (2001) studie var det ett antal män som inte upplevde någon förändring i deras förhållande, två tyckte att deras förhållande hade blivit bättre relaterat till ED. I Petry m fl (2004) studie visade att de flesta männen inte trodde att förhållandet påverkades och inte heller trodde att fruarna skulle vara otrogna.

METODDISKUSSION

Syftet med litteraturstudien var att belysa mäns upplevelser av erektil dysfunktion och urininkontinens efter radikal prostatektomi. Det ansågs att ett litteraturbaserat arbete var fördelaktigt för att kunna samla in resultat och svara på syftet.

Pilotsökningarna visade inte så många kvalitativa artiklar som efterfrågades och en tanke om att ha med kvantitativa artiklar uppstod. Efter ett antal

blocksökningar hittades dock fler kvalitativa artiklar och då beslutades det att endast använda kvalitativa artiklar. Syftet var att beskriva upplevelser och målet var att inte bestämma vilka sorts upplevelser som skulle beskrivas. Hade det tagits med kvantitativa artiklar hade detta mål inte kunna uppfyllas då denna typ av studier ofta fokuserar på en förutbestämd kontext och ett givet utfall. Antalet användbara artiklar stannade på 10 stycken då det ansågs vara tillräckligt för att sammanställa till en litteraturstudie.

Ambitionen från början var att endast ha med den senaste forskningen. Efter att ett antal sökningar gjorts bestämdes det för att utöka publiceringsintervallet från 2005-2013 till 2000-2013 för att enbart kvalitativa artiklar skulle kunna användas. De artiklar som valts att tas med i resultatet anses spegla syftet, och vill lyfta fram att artiklarnas ursprung är vitt skilda. Totalt har resultat från fyra olika världsdelar kommit med vilket anses som en styrka. Resultatet från dessa artiklar var relativt lätt att sammanställa då liknande resultat hittades trots olika ursprung.

De sökningar som gjort har ansetts vara relativt uttömmande. Bland annat hittades samma artiklar vid flera olika sökningar samt att blocksökningar användes.

Fler relevanta träffar hade kunnat påvisas om fler ord hade valts att användas i blocksökningarna samt om de booleska termerna använts mer. Exempelvis användes inte "NOT" som boolesk term vilket gjorde att flera irrelevanta träffar visades. Författarnas kunskap om artikelsökning har utvecklats, men det finns fortfarande kunskapsluckor i att söka på det mest effektiva sättet. Detta kan bl. a. relateras till tidsdisponeringen, mer tid ansågs inte kunna läggas på sökningen. Sökorden "adapt" och "coping" användes på PsycINFO men inte på de andra databassökningarna. Detta anses kunna vara en svaghet då det sökordet hade kunnat ge fler relevanta träffar. Sökningen i PsycINFO gjordes sist och därför lades dessa orden till för att få relevanta träffar i denna databas.

RESULTATDISKUSSION

Resultatdiskussionen kommer att presenteras efter de fem teman som redovisats i tabell 5.

Känslomässiga upplevelser efter operationen

Under temat känslomässiga upplevelser efter operationen framkom det en mångfald av känslor relaterat till komplikationerna. Rädsla, skam, genans, sorg, oro var några känslor som framkom i studierna, detta är något som sjuksköterskan bör vara uppmärksam på. Att ha en öppen attityd mot männen och få dem känna sig bekväma och trygga är viktigt då de annars kan bli nedstämnda och till slut bli deprimerade (Nahon m fl 2009). Känslor som också framkom i denna litteraturstudie. I de artiklar som valts ut och granskats framgår ej vilket tumörstadium cancer befinner sig i. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prostatacancer från 2013 är rekommendationen för behandling vid lokaliserad lågriskcancer aktiv monitorering. Detta för att minska komplikationerna från prostatektomi. Denna rekommendation är intressant, då patienten kanske hade sluppit jobbiga känslor och kanske sluppit att ångra sig efter ingreppet när komplikationer uppstått. Dock ska det beaktas att män som väljer aktiv monitorering kanske får en känsla av oro istället när de går runt och oroar sig för

att cancer ska sprida sig. Detta resonemang styrks av Hedestigs m fl studie från 2003 där patienter som valde aktiv monitorering som behandlingsform kände en oro för att cancer skulle sprida sig.

Genom att sjuksköterskan uppmärksammar patientens behov av information, även de som inte ger uttryck för det kan sjuksköterskan fånga upp patienternas känslor som annars kanske inte kommit upp. Detta kan kopplas till sjuksköterskans kompetensbeskrivning där det står att sjuksköterskan ska ”ha förmåga att uppmärksamma patienter som ej själva uttrycker informationsbehov eller som har speciellt uttalade informationsbehov” (Socialstyrelsen, 2005). Detta är speciellt viktigt då respondenterna i dessa studier har en högre ålder och kanske inte känner sig bekväma att tala om ED och UI. Män bör uppmuntras att våga tala om ED och UI redan innan operation för att kunna hantera komplikationerna efter ingreppet (Lalong-Muh m fl 2013). Att drabbas av ED var något som påverkade alla respondenter i studierna. Allt från en känsla av förändrad maskulinitet till att inte känna sig hel längre var något som var återkommande. Detta resultat styrks av Gannon m fl (2010) där männen uttryckte att kunna ha sex var något som de identifierade sin maskulinitet med.

Att återfå kontrollen

I vår studie framkom det att männen som använt läkemedel för att hantera sin ED inte fortsatte med det efter att ha provat läkemedel, eller att de inte ens provat läkemedel eller andra hjälpmedel. Vårt resultat tyder på att det finns en kunskapslucka och i Mirzas m fl (2011) studie skriver författarna att behandlingarna av ED inte är väl utforskat, men menar på att det som är känt idag ändå är användbart. Genom att följa upp männen under en tid, stötta dessa psykosocialt, undervisa, utvärdera läkemedel och hjälpmedel kan dessa män hjälpas att hantera sin ED. Dessa åtgärder är avgörande för förbättring visar Mirzas m fl (2011) litteraturstudie. Viktigt är också att innan operation ta upp diskussion om olika behandlingsalternativ (Lalong-muh m fl 2013). Vidare i Mirza m fl (2011) studie jämför de att lära ut hur patienten ska hantera sin ED med att lära en diabetespatient hur denne ska ge sig själv insulininjektioner, eller hur en patient ska ta sina mediciner vid bröstsmärta. I Orems egenvårdsteori är målet för omvårdnad att hjälpa patienten till självständighet genom att lära ut egenvårdsaktiviteter (Kirkevold, 2000). Med denna teori i bakhuvudet bör sjuksköterskan undervisa patienten med samma självklarhet som det idag lärs ut hur insulininjektioner och nitratpreparat skall tas.

I resultatet framkom det att männen själva fått utveckla strategier för att hantera sin UI, och t ex låna sina fruars ”pads” för att klippa till dem eller genom att alltid ha en bit toalettpapper i fickan. I Sverige regleras tillgången och rättigheten till anpassade urininkontinensskydd av Hälso- och Sjukvårdslagen (1982:763) och ingår i högkostnadsskyddet. Det är viktigt att veta att det finns en lag för detta och att det finns rättigheter till att få hjälpmedel. Att männen själva hittat på så många olika sätt för att hantera sin UI visar på att det finns en motivation hos patienterna till att bemästra sin UI och detta resonemang styrks av Nahon m fl (2009) studie.

Vår litteraturstudie visade att männen i sökte stöd och hjälp hos familj och vänner, men även hos den personen de delade rum med. Detta kan liknas vid Orems (Kirkevold 2000) egenvårdsteori där i första hand anhöriga ersätter den egenvård patienten själv inte klarar av att uppfylla.

Tillgången på information och egen kunskap

Resultatet under detta tema visade på att respondenterna inte hade helt klart för sig vad för komplikationer de kunde vänta sig. De upplevde också att de inte fått någon vidare information om hur de skulle hantera dem. Den övergripande slutsatsen utifrån detta tema är att informationen om komplikationerna och vad de innebär är bristande. Det ena sättet att se på det här problemet är att det finns en del patienter som uttrycker att de ej fått ta del av någon information angående komplikationer. Sjuksköterskan måste uppmärksamma patienter som inte uttrycker informationsbehov och de som har speciellt informationsbehov (socialstyrelsen 2005). Enligt vår litteraturstudie har dessa män ett speciellt behov av att få information kring detta. Det andra sättet att se på det här är de män som sade sig ha förstått informationen, men som efter sin operation när de började lida av sina komplikationer började omvärdera varför de genomgått ingreppet. Detta resonemang kan dras till sjuksköterskans kompetensbeskrivning där det står att sjuksköterskan ska ha förmågan att förvissa sig om att patienten förstått given information (socialstyrelsen 2005). Uppenbarligen förstår dessa patienter ej detta. Ett sätt att förbättra kommunikationen är att ha med sig sin partner som stöd på mötet med läkaren och/eller sjuksköterskan för att minnas vad som sagts (Adami m fl, 2006).

Utöver att försöka få patienten att verkligen förstå given information, tror vi även att ett bättre team-arbete runt patienten kan förbättra dennes förståelse för komplikationerna. Ett exempel är att patienten får träffa en inkontinenssjuksköterska innan ingreppet och sätta sig ner och diskutera vad det finns för lösningar på problemet och vad patienten kan förvänta sig, även en terapeut eller kurator kan vara till hjälp för att kunna hantera det psykosociala. Andra sätt skulle kunna vara att för sjuksköterskan tänka igenom när och hur informationen ges (Galbraith, 2012).

Ett par respondenter i en studie nämnde att de fått tips om att göra bäckenbottenövningar, men förstod inte sambandet relaterat till UI. Under rubriken ”Främjande av hälsa och förebyggande av ohälsa” i sjuksköterskans kompetensbeskrivning står det att sjuksköterskan ska ha förmågan att motverka komplikationer i samband med sjukdom, vård och behandling. Detta tyder på att sjuksköterskan måste bli tydligare i sättet som informationen framförs på, för att patienten ska förstå varför denne gör t.ex. bäckenbottenövningar.

Förändringar i vardagen relaterat till UI

Att ha drabbats av UI var något som påverkade nästan alla respondenter på ett eller annat sätt. Allt från att ha fått ett begränsat socialt liv till att inte kunna utöva aktiviteter längre påverkade respondenterna, vilket även resultatet i Galbraith m fl (2012) visade på. Slutsatsen från detta tema är att respondenternas sociala liv påverkades av UI. För att hjälpa dem skulle en inkontinenssjuksköterska kunna bistå med en hel del tips för hur inkontinensen skulle kunna påverka det sociala livet mindre. I Dorothea Orems omvårdnadsteori talar hon om att lära patienten egenvård så att patienten på egen hand och initiativ kan utföra aktiviteter som ökar patientens välbefinnande, hälsa och framförallt så att denne kan upprätthålla sitt normala liv (Kirkevold 2000).

Som sjuksköterska måste denne vara medveten om att UI är något som påverkar patientens sociala liv (Almås, 2011), därför måste sjuksköterskan möta patientens sjukdomsupplevelse och lidande och så långt som möjligt lindra detta genom adekvata åtgärder (Socialstyrelsen 2009). Slutligen kan sjuksköterskan informera och motivera patienterna att söka specialisthjälp för sin UI t ex kan en konstgjord slutmuskel opereras in. Vid Göteborgs universitet kan sjuksköterskor utbildas till uroterapeuter för att bredda sin kompetens vilket skulle vara av stor vikt för att bemöta dessa män. På många håll i Sverige t.ex. Malmö SUS finns praxis att patienterna redan preoperativt får möta en uroterapeut som sedan följer dem postoperativt med förskrivning av hjälpmedel.

Förändrade sexuella/intima relationer

Slutsatsen från detta tema var att männens sexuella/intima relationer blivit påverkade av ED och UI. Resultatet från Galbraith m fl (2012) studie stärker vårt resultat där deltagarna upplevde både positiva och negativa förändringar. De positiva var att förhållandet hade stärkts t ex. genom förbättrad kommunikation och det negativa visade sig som en skilsmässa.

Vi tror att männen har svårt att ta upp ämnet kring ED relaterat till deras ålder. Sjuksköterskan måste fånga upp de män som lider mest av detta och vår studie visar att de yngre upplever det svårare än de äldre männen. Viktigt är att våga ta upp ämnet sexualitet samt ha en sjuksköterska som regelbundet träffar männen som inger förtroende och gör att männen vågar prata om det. I detta fall kan en manlig sjuksköterska vara att föredra om det finns att tillgå. Det kan även vara av god idé att låta männens respektive få följa med vid rådgivning om det finns någon sådan. Detta är något som stöds i Darst studie från 2007 som menade på att det är viktigt att ta med sin respektive till rådgivning för att prata om de sexuella förändringarna. På så sätt menade Darst att intimiteten i förhållandet ökar, genom att göra detta kan man hjälpa paret att hantera de fysiska och psykiska förändringar som uppstår vid ED (aa). Genom att ta med partnern till rådgivning kan det öppna för diskussioner hemma angående problemet. Det blir som att lära paret egenvård och är i samma anda som Orems omvårdnadsteori (Kirkevold, 2000). Detta går även in under sjuksköterskans uppgifter som bl. a. består av att bedöma, åtgärda och följa upp enligt sjuksköterskans kompetensbeskrivning (socialstyrelsen 2005).

SLUTSATS

Vår slutsats av denna litteraturstudie är att det finns en hel del arbete kvar att göra när det gäller att informera patienten om ingreppet och dess komplikationer. Ett vanligt förekommande resultat från de studier som granskats var just brist på information kring komplikationerna. För att förbättra detta i framtiden måste sjuksköterskan förvissa sig om att informationen som ges till patienterna utformas på ett sätt så att givna informationen tas in. Vår litteraturstudie visade också på hur viktigt bemötandet är gentemot dessa patienter. Många olika negativa känslor måste bemötas och hanteras av sjuksköterskan.

Radikal prostatektomi i samband med prostatacancer är ett ämne som är viktigt att belysa då det är ett växande problem samt att radikal prostatektomi är ett ingrepp som blir allt vanligare. Eftersom ingreppet ökat de senaste åren relaterat till ökad

PSA-provtagning har det medfört att många män drabbas av komplikationerna. Frågan om PSA-provtagning är något omdebatterat och idag föreligger det ingen screening, trots det tar många detta blodprov och får diagnosen prostatacancer. Som nämnts i bakgrunden är det många som i onödan drabbas av impotens och inkontinens i samband med att de tar bort prostatan. Enligt Damber and Peeker (2012) är målgruppen för radikal prostatektomi män som accepterar risken för att drabbas av UI och ED. Vad acceptans innebär kan diskuteras, men vår litteraturstudie antyder att männen inte haft underlaget för att kunna ta det beslutet.

Vår förhoppning med denna litteraturstudie är att ge ökad kunskap och förståelse om radikal prostatektomi och vad det innebär för mannen. Upplevelser är något subjektivt och det går inte att säga att alla män som drabbas av impotens och inkontinens i samband med prostatacancer upplever det som vår litteraturstudie beskriver. Men det går ändå att få en uppfattning om innebörden av upplevelserna efter en radikal prostatektomi. Sjuksköterskan har en viktig roll när det gäller att stödja och hjälpa dessa män, och för att få större förståelse och kunna hjälpa och stötta männen i dessa situationer är en studie av denna typ relevant för sjuksköterskans framtida arbete.

REFERENSER

- Abrahams P, Cardozo J.G, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, van Kerrebroeck P, Victor A, Wein A (2002) The standardisation of terminology of lower urinary tract infection: Report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol. Urodyn.* 16, 79-91
- Adami H-O, Grönberg H, Holmberg L, Johansson J-E, Wildmark A, Cederquist E (red.) (2006) *Prostatacancer*. Karolinska Institutet, University Press
- Nortvedt P, Grönseth R (2011) Klinisk omvårdnad – funktion och ansvar. I: Almås H (red) (2011) *Klinisk Omvårdnad: Del 1 & 2*. Stockholm, Liber AB
- Brohult Linus,(2012) ”Tusentals män blir impotenta i onödan”.
><http://www.svt.se/nyheter/vetenskap/tusentals-man-blir-impotenta-i-onodan>
< (2013-02-14)
- Burt J, Caelli K, Moore K and Anderson M (2004) Radical prostatectomy: men's experiences and postoperative needs. *Journal of Clinical Nursing* 14, 883-890
- Butler L, Downe-Wamboldt B, Marsh S, Bell D, Jarvi K (2001) Quality of life Post Radical Prostatectomy: a Male Perspective. *Urologic nursing* 21, 283-288
- Darst H, Elaine (2007) Sexuality and Prostatectomy: Nursing Assessment and Intervention. *Urologic Nursing* 27, 534-541
- Damber, Jan-Erik & Peeker, Ralph (2012) *Urologi (2a upplagan)*. Lund, Studentlitteratur AB.
- Forsberg Christina and Wengström Yvonne (2013) Att göra systematiska litteraturstudier: *Värdering, analys och presentation*. Natur & Kultur.
- Friberg Febe (2012) Dags för uppsats. Lund, Studentlitteratur AB.
- Galbraith M E, Hays L and Tanner T (2012) What men say about surviving prostate cancer: Complexities Represented in a decade of comments. *Clinical Journal Of Oncology Nursing* 16,(1) 65-72
- Gannon G, Guerro-Blanco M, Patel A and Abel P (2010) Re-constructing masculinity following radical prostatectomy for prostate cancer. *The Aging Male* 13 (4), 258-264
- Hedestig O, Sandman P O, Tomic R and Widmark A (2004) Living after radical prostatectomy for localized prostate cancer: A qualitative analysis of patient narratives. *Acta Oncologica* 44 679-686
- Hedestig O, Sandman P O and Widmark A (2003) Living with untreated localized prostate cancer: a qualitative analysis of patient narratives. *Cancer nursing* 26, 55-60
- Hälso- & Sjukvårdslagen (1982:763)

Iyigun E, Ayhan H and Tastan S (2009) Perceptions and experiences after radical prostatectomy in Turkish men: a descriptive qualitative study. *Applied Nursing Research* 24, 101-109

Kirkevold M (2000) *Omvårdnadsteorier:analys och utvärdering*. Lund, Studentlitteratur.

Lalong-Muh J, Colm T, Steggall M (2013) Erectile dysfunction following retropubic prostatectomy. *British Journal of Nursing* 22

Lopes M H B M, Higa R, Cordeiro S N, Estape N A R, D'Ancona C A L, Turato E R (2012) Life experiences of Brazilian men with urinary incontinence and erectile dysfunction following radical prostatectomy. *Wound Ostomy and Continence Nurses Society* 39, 90-94

Milne J L, Spiers J A, Moore K N (2008) Men's experiences following laparoscopic radical prostatectomy: A qualitative descriptive study. *International journal of nursing studies* 45, 765-774

Mirza M, Griebing T L and Wallace Kazer m (2011) Erectile dysfunction and urinary incontinence after prostate cancer treatment. *Seminars in Oncology Nursin* 27, 278-289

Nahon I, Waddington G S, Dorey G, Adams R (2009) Assessment and conservative management of post-prostatectomy incontinence after radical - prostatectomy. *Australian and New Zealand Continence Journal* 15, 70-77

O'Shaughnessy P K & Laws T A (2009) Australian men's long term experiences following prostatectomy: A qualitative descriptive study. *Contemporary Nurse* 34, 98-109

Petry H, Berry D L, Spichiger E, Kesselring A, Gasser T C, Sulser T, Kiss A (2004) Responses and experiences after radical prostatectomy: perceptions of married couples in Switzerland. *International journal of nursing studies* 41, 507-513

Polit F Denise and Beck Cheryl (2009) *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice*. Lippincott Williams and Wilkins.

SBU (2012) Bilaga 5. Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik – patientupplevelser >www.sbu.se< 2013-03-23

Socialstyrelsen (2005) Sjuksköterskans kompetensbeskrivning >www.socialstyrelsen.se< 2013-05-07

Socialstyrelsen (2013) Nationella riktlinjer för bröst-, prostata-, tjocktarms och ändtarmscancervård 2013 >www.socialstyrelsen.se< 2013-05-17

Vandall-Walker V, Moore K & Pyne D (2008) *Before and after radical prostate surgery: Information and Resource Guide*. Athabasca University Press

Waller J & Pattison N (2012) Men's experiences of regaining urinary continence following robotic-assisted laparoscopic prostatectomy (RALP) for localised prostate cancer: a qualitative phenomenological study. *Journal of Clinical Nursing* 22, 368-378

Walsh E, Hegarty J (2009) Men's experiences of radical prostatectomy as treatment for prostate cancer. *European Journal of Oncology Nursing* 14, 125-133
Willman A, Stoltz P & Bahtsevani C (2011) *Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. (3:e upplagan). Lund, Studentlitteratur

Matriser

Author, Year, Country, title	Studydesign, Setting, Population, Inclusion- and exclusioncriteria	Aim	Method	Number of patients	Main findings	Studyquality comments
<p>Burt, J Caelli, K Moore, K & Anderson, M 2004 Canada</p>	<p>A qualitative descriptive study. Men diagnosed with early stage prostate cancer, undergoing radical prostatectomy at one hospital in Alberta Canada, who spoke and read English, were included. Seventeen men, aged 55–70, participated in the study</p>	<p>This study had two aims wich directed the data collecection. The first was to explore, in-depth, men’s experiences after radical prostatectomy and their expressed postoperative needs. The second was to collect descriptive data about clinical indicators of incontinence after prostatectomy surgery.</p>	<p>Multiple, tape-recorded, semistructured telephone interviews were conducted with 17 participants and a single, in-depth, face-to-face interview was conducted 12 months postoperatively with a subset of five men selected for their reflective and descriptive abilities</p>	<p>17 participated in this study</p>	<p>Although participants received comprehensive written and verbal information preoperatively, it was not sufficient to foster their management of all postoperative sequelae. Telephone follow-up, used as a data collection strategy, was helpful in fostering adjustment after surgery and relieved anxiety caused by side effects of surgery and unanswered questions. Pre- and postoperative teaching needs to make allowances for the impact of stress on the recall and processing of information. Written information in itself is not adequate to answer necessary questions and provide reassurance. Follow-up telephone support is recommended as a way of fostering adjustment after surgery.</p>	<p>Medium-High</p>

Author, Year, Country, title	Studydesign, Setting, Population, Inclusion- and exclusioncriteria	Aim	Method	Number of patients	Main findings	Studyquality comments
Butler, L Downe- Wamboldt, B Marsh, S Bell, D & Jarvi, K 2001 Canada	A qualitative design. Men who had been treated for cancer of the prostate by radical prostatectomy.	To explore the meaning of UI and impotence, and the strategies used to cope with their effect on the quality of life for men with prostate cancer and their partners	Semi-structured interview guide were used, developed specifically for use in this study, based on a previous pilot study.	Sample of 21 men participated in this study.	<p><i>Sources of information for decision making.</i> The men reported that the decision for surgery was made predominantly on their own Some of the men indicated that their choice for the surgical option was influenced by being told that if they had radiation first, surgery would not be an option if the cancer recurred.</p> <p><i>Sexual relationships</i> The ability to achieve an erection was a major concern for the men postoperatively, the uncertainty of how much function that would return was a source of concern</p> <p><i>Urinary incontinence</i> not prepared for the immediate effects of incontinence, Men reported the use of protective pads as an area of concern, Issues about the effect of incontinence on men's body image included dribbling, tu-ine odor, visible wetness,and type of clothing that could be comfortably worn.</p> <p><i>Effects of a radical prostatectomy on quality of life</i> The men described their social activities as dependent on knowing the exact location of bathroom facilities.</p>	Medium-High

Author, Year, Country, title	Studydesign, Setting, Population, Inclusion- and exklusionkriteria	Aim	Method	Number of patients	Main findings	Studyquality comments
Hedestig, O Sandman, P-O Tomic, R & Widmark, A 2005 Sweden	Qualitative design The following inclusion criteria were used: subjects had to be 60/69 years of age and to have been diagnosed with LPC; they had to have a prostatespecific antigen (PSA) level 5/10 ng/ml at diagnosis, live in the county of Västerbotten in northern Sweden, speak Swedish, and have no other chronic disease that could affect their daily life. The patients had to have had RP more than six months but not more than three years, previously. Exclusion criteria were being related to, or personally acquainted with, the interviewer. Thirteen patients met the inclusion criteria and ten were willing to participate. The same criteria for inclusion and exclusion had been used in our previous studies among men with LPC treated with watchful waiting or EBRT .	The purpose of this study was to illuminate the experience of living after radical prostatectomy (RP) for localized prostate cancer (LPC).	A tape-recorded narrative interview lasting 35/60 minutes was conducted in the men's home. The interviewer (OH) encouraged the patient to talk as freely as possible about his feelings and thoughts about life as experienced after RP. After each interview, the interviewer entered his thoughts and feelings regarding the interview, in a reflective diary. This was done so as to record the sense of the interview and remind the interviewer of his impressions of the interview situation. This record also allows the interviewer to validate the interview data during the process of analyzing the material. The interviews were transcribed into text, and episodes of silence, and emotional expressions such as laughter and sighs were also included to the text. The transcribed text was validated against the audio tapes to ensure that the transcriptions were correct.	10 patients were recruited.	The men suffered from worry, anxiety, and distress, and longed for life as they had lived it before the diagnosis. Changes in bodily functions after RP include urine incontinence (UI) and/or erectile dysfunction (ED) making the patient feel like a changed man with a lost sex life, with changes in his intimate relations with his wife, and with lowered self-esteem. Most men choose to cope on their own. Coping strategies in our study population included finding new areas of interest and a new focus in the present. In the present study, living after RP meant striving to gain control over, and become reconciled with, the new life situation as a changed man living with an altered self.	High

Author, Year, Country	Studydesign, Setting, Population, Inclusion- , exclusionkriterier	Aim	Method	Number of patients	Main findings	Studyquality
Iyigun, E Ayhan, H & Tastan, S 2009 Turkey	A qualitative design with a descriptive phenomenological method was used. Including patients who had undergone RP surgery at the urology department with a diagnosis of prostate cancer more than 3 months ago, could speak and understand Turkish, and accepted participation in the study. Study sample consisted of 15 men meeting these criteria in the end. Participants were included to the research until no any other different information had been obtained.	The objectives of this study were to define the experiences and perceptions of Turkish men who have undergone RP and to determine the views and suggestions of men who had undergone RP as to their discharge training content	A semistructured interview format was used to collect the data. Descriptive phenomenological method was used	Study sample consisted of 15 men	Following the RP, urinary incontinence (UI) and erectile dysfunction (ED) negatively affect the daily life of men. It has been determined that men need support to deal with these problems they met. Being discharged without obtaining information from the health care staff regarding home catheter care and UI and ED management causes men to experience difficulties and find it difficult to cope when faced with these problems.	High

Author, Year, Country	Studydesign, Setting, Population, Inclusion- and exclusion criteria	Aim	Method	Number of patients	Main findings	Studyquality
M H B de Moares Lopes, R Higa, S N Cordeiro, N A R Estape, C A L D ´Ancona, E R Turato 2012 Brazil	Qualitative methodology Men who underwent radical prostatectomy for prostatcancer were interviewed. All participants underwent treatment at a urology clinic during the period of September 2007 to February 2009.	To explore the psychosocial meaning and repercussions on lifestyle associated with erectile dysfunction and urinary incontinence in men following radical prostatectomy	Clinic-qualitative, semi-structured interviews with open ended questions.	10	Three themes were identified: Sexuality called into question, a body without governance and experiencing loss. Men reported difficulties in dealing both with the physical and emotional impotence resulting from the treatment. Urinary incontinence and erectile dysfunction affected their body by accentuating conflicts related to masculinity, triggering subjective feelings of powerlessness and psychological distress.	High

Author, Year, Country, title	Studydesign, Setting, Population, Inclusion- and exclusionkriteria	Aim	Method	Number of patients	Main findings	Studyquality comments
Jill L. Milne, Judith A. Spiers & Katherine N. Moore 2006 Canada	A qualitative descriptive study. Inclusionkriteria: aged 46–76, who had undergone laparoscopic radical prostatectomy within the previous 3–6 months period were recruited from the treatment and control arms of a randomized controlled trial. Men who were not in the trial were recruited via letters mailed from surgeons' offices.	The aim of this study was to explore what men experience following laparoscopic radical prostatectomy and how adequately their pre- and postoperative needs are being met.	Data were generated during loosely structured individual and focus group interviews. Inductive content analysis helped to ensure that participants' perspectives were accurately represented.	19 men participated in this study	Men had actively sought information prior to surgery but seemed unprepared for the intensity of discomfort and incontinence they experienced. They particularly valued opportunities for informal discussion with former prostatectomy patients; however, erectile dysfunction remained a major concern and most did not know where to turn for help	High

Author, Year, Country, title	Studydesign, Setting, Population, Inclusion- and exclusioncriteria	Aim	Method	Number of patients	Main findings	Studyquality comments
<p>O'Shaughnessy, P K & Laws, T A</p> <p>2009</p> <p>Australia</p>	<p>Qualitative methodology</p> <p>Men who had a prostatectomy more than 6 months prior to commencement of the study were invited to take part because they met the requirement of 'long-term' recovery.</p>	<p>This qualitative study aims to describe men's long term recovery following prostatectomy for the purpose identifying the effects of unresolved post-surgical morbidity</p>	<p>Focus group interviews and individual interviews</p>	<p>A total of 11 men participated in the study</p>	<p>The men expressed great regret over the lack of information accessible to them for evaluating the risk and nature of long term problem.</p> <p>Incontinence and impotence were a major source of emotional tension affecting the men's social interactions and sense of self-worth</p> <p>This study identifies that coping with erectile dysfunction is a major concern for most men and diminishes their quality of life.</p>	<p>Medium-High</p>

Author, Year, Country, title	Studydesign, Setting, Population, Inclusion- and exclusionkriteria	Aim	Method	Number of patients	Main findings	Studyquality comments
Petry H, Berry D L, Spichiger E, Kesselring A, Gasser T C, Sulser T, & Kiss A 2003 Switzerland	<p>The cross-sectional qualitative study, using grounded theory method of analysis, was conducted in cooperation with two university-affiliated hospitals in Basel, Switzerland. A purposeful sample of men being treated for prostate cancer and their intimate female partners were recruited. The participants were informed by the surgeon that this study was taking place. A preliminary consent form was given to them. After a reflection period of at least one night they were again asked if they were willing to participate. If they agreed their name was given to the investigator, who was not a member of the treatment team. Couples were then contacted by phone and written individual consent was obtained from both men and their partners prior to data collection. Nine were within 4–8 weeks after radical prostatectomy, 1 participant was within 12 weeks after the surgery. All participants were able to read, and speak Swiss–German. One participant, initially recruited, dropped out because of language difficulties.</p>	<p>The purpose of this qualitative study was to explore the responses and experiences of a sample of Swiss men after radical prostatectomy and their intimate partners</p>	<p>A home visit was scheduled to interview both the man and his partner. Private interviews with each couple were conducted, lasting between 45 and 90 min. Some interviews were conducted separately with each partner, some of them together, depending on the couple’s preferences. The interviews were audiotape recorded and transcribed verbatim. Data collection was halted after 10 interviews as pre-determined by available funding. Redundancies were found in all the categories after 8 interviews.</p>	<p>Ten men and their female partners participated in the study</p>	<p>Men focused on regaining control over their lives, urinary and erectile function while wives efforts focused on being there. The results revealed that current clinical practice of follow up at 3 months may not address the serious deficits in the patient’s ability to “get a grip” on incontinence and other complications of surgery.</p>	<p>Medium-High</p>

Author, Year, Country	Studydesign, Setting, Population, Inclusion- , exclusionkriterier	Aim	Method	Number of patients	Main findings	Studyquality
Waller J and Pattison N 2012 UK	<p>A qualitative study using hermeneutic phenomenology</p> <p>A purposive sample was taken from men with early-stage prostate cancer who had undergone RALP Interview at 14 weeks (ranging 13–16 weeks post-RALP).</p> <p>Inclusion criteria Men > 18 years diagnosed with locally confined, stage pT1, pT2 a, b or c prostate cancer. Men receiving primary treatment with robotic assisted laparoscopic prostatectomy (RALP) within the past 12–16 weeks Self-defined as continent of urine Willing and able to articulate their post-RALP experiences of regaining continence in English</p> <p>Exclusion criteria Stage pT3, nodal or distant metastasis Prior treatment for prostate cancer or benign prostatic hypertrophy History of other cancers Fully continent of urine with no symptoms of urinary bother immediately on catheter removal Directly or indirectly received care/treatment pre-, peri- or post-RALP by investigating researcher</p>	To understand how men interpret their experiences of regaining continence following robotic-assisted laparoscopic prostatectomy (RALP).	Face-to-face, in-depth audio-recorded interviews with seven men (aged 57–71) who had recently undergone RALP and defined themselves as continent of urine. Data were inductively analysed for themes using an adapted version of Diekelmann et al. [1989, The NLN Criteria of Appraisal of Baccalaureate Programs: A Critical Hermeneutic Analysis, 1st edn. National League for Nursing (NLN) Press, New York, NY] framework.	15 men met the inclusion criteria, 7 patients choose to participate in this study	The need to regain a sense of control over their lives resulted in all men developing coping mechanisms in order that they could resume their societal roles, which were salient to their personal identity, inferring that men's ability to cope with incontinence after RALP was dependent on factors other than urinary leakage alone.	High

Author, Year, Country, title	Studydesign, Setting, Population, Inclusion- and exclusionkriteria	Aim	Method	Number of patients	Main findings	Studyquality comments
Walsh E & Hegarty J 2009 Ireland	A qualitative, descriptive design was employed. Men 15 years or less post radical prostatectomy was recruited through a prostate cancer support group M.A.C. (Men Against Cancer). Interviews were taped and transcribed verbatim. Data were analyzed using qualitative thematic content analysis. Men who had a history of RP for localized prostate cancer, and who had an adequate command of spoken English were included . Those who had experienced postoperative complications or who were undergoing other treatments for their prostate cancer were excluded .	The aim of this study was to provide a retrospective view of men's experiences of the prostate cancer treatment journey from initial diagnosis through to completion of their surgery and beyond.	Data were collected by means of taped semi-structured Interviews.	8 men participated in this study	Information Whilst the theme of information is recurring and is interrelated with the themes described thus far, the authors believe that this theme warrants further discussion. Key issues which arose included the seeking of information, the importance of being equipped with information and the need for increased information provision by HCP's. Erectile dysfunction (ED) ED was a big concern for the patients that took part in this study. Everybody had experience ED and their way to cope with it was different from patient to patient. Urinary Incontinence (UI) UI was also a big concern for the patients. And their way of coping with it and looking at it differs from each other. Some of the patients accept the UI and rather have UI then cancer.	Medium-high

Granskningsmall
 Ursprungligen hämtad från SBU: Mall för kvalitetsgranskning av
 studier med kvalitativ forskningsmetodik
 – patientupplevelser

1 Syfte	JA	NEJ
a) Utgår studien från en väldefinierad problemformulering/frågeställning?		
2 Urval	JA	Nej
a) Är urvalet relevantt beskrivet?		
b) Är urvalsförfarandet tydligt		
c) Är kontexten tydligt beskriven?		
d) Finns relevant etiskt resonemang?		
e) Är relationen forskare/urval tydligt beskriven?		
3 Datainsamling	JA	NEJ
a) Är datainsamlingen tydligt beskriven i relation till datainsamlingen?		
b) Är datainsamlingen relevant?		
c) Råder datamätnad?		
d) Har forskaren hanterat sin egen förståelse		
4 Analys	JA	NEJ
a) Är analysen tydligt beskriven?		
b) Är analysförfarandet relevant i relation till datainsamlingsmetoden?		
c) Råder analysmättnad?		
d) Har forskaren hanterat sin egen förståelse i relation till analysen?		
5 Resultat	JA	NEJ
a) Är resultatet logiskt?		
b) Är resultatet begripligt?		
c) Är resultatet tydligt beskrivet?		
d) Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram?		
e) Genereras hypotes/teori/modell?		
f) Är resultatet överförbart till ett liknande sammanhang (kontext)?		
g) Är resultatet överförbart till ett annat sammanhang (kontext)?		

