



Examensarbete i omvårdnad, 15 hp

Mäns upplevelser av att leva med prostatacancer ur ett livsvärldsperspektiv

En litteraturstudie baserad på patografier

Sofie Björkander
Maria Wargéus

Handledare: Åsa Lindholm Davidsson
Sjuksköterskeprogrammet, kurs: OM1434
Blekinge Tekniska Högskola, Institutionen för hälsa
Karlskrona Maj 2018

Mäns upplevelser av att leva med prostatacancer ur ett livsvärldsperspektiv

Sofie Björkander
Maria Wargéus

Sammanfattning

Bakgrund: Prostatacancer är den vanligaste cancerformen bland män och drabbar cirka 10 000 personer i Sverige varje år. Prostatacancer ger initialt inga eller diffusa symtom vilket gör denna sjukdom svår att upptäcka. Det finns ett flertal olika behandlingsformer att tillgå vilka skiljer sig beroende på vilket stadie canceren befinner sig i. Sjuksköterskans uppgift är bland annat att bidra med ett personcentrerat arbetssätt för att stödja mannen i dennes nya livssituation. Litteraturstudien förankras i Dahlbergs livsvärldsteori.

Syfte: Syftet med studien var att ur ett livsvärldsperspektiv beskriva mäns upplevelser av att leva med prostatacancer efter påbörjad behandling.

Metod: Metoden har grundat sig i en kvalitativ litteraturstudie baserad på narrativer i form av fyra patografier. Elo och Kyngäs beskrivning av en deduktiv innehållsanalys tillämpades som analysmetod. I analysen identifierades utsagor som kodades och delades in i livsvärldsteoriens centrala begrepp vilket utgör resultatets fyra huvudkategorier: Den levda kroppen, vårdrelation, lidande samt välbefinnande.

Resultat: Män som drabbats av prostatacancer upplevde huvudsakligen en påverkan på den levda kroppen, det vill säga fysiskt, psykiskt och existentiellt. Information och stöd från både anhöriga och vårdpersonal hade en viktig inverkan under behandlingstiden. I resultatet framkom det att inkontinens, sexuell dysfunktion och en vilja av att leva i nuet var tre centrala fynd i denna studie. Det ansågs även viktigt att ha goda relationer och lidande tog sig i uttryck både som ett sjukdoms- livs och vårdlidande. Män som drabbats av prostatacancer kunde emellertid uppleva stunder av välbefinnande.

Slutsats: Resultatet av studien kan ge sjuksköterskan ökad förståelse för mäns upplevelser av att leva med prostatacancer vid påbörjad behandling och hur männen därmed kan stödjas i denna process.

Nyckelord: deduktiv, innehållsanalys, omvårdnad, patografier, prostatacancer, upplevelser

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	3
Inledning	5
Bakgrund	6
Prostatacancer	6
Upplevelser vid prostatacancer	7
Omvårdnad vid prostatacancer	8
Teoretisk referensram	10
Den levda kroppen	10
Välbefinnande	11
Lidande	11
Vårdrelation	12
Problemformulering	13
Syfte	14
Metod	14
Design	14
Urval	14
Datainsamling	15
Inledande sökning	15
Sökning av patografier	15
<i>Beskrivning av valda patografier</i>	18
Dataanalys	19
Etiska överväganden	21
Resultat	21
Den levda kroppen	22
Upplevelsen av fysisk påverkan av den levda kroppen	22
Upplevelsen av psykisk påverkan av den levda kroppen	24
Upplevelse av existentiell påverkan av den levda kroppen	26
Vårdrelation	27
Relation mellan patient och andra människor i omgivningen	27
Relation mellan patient och vårdare	28
Lidande	28
Sjukdomslidande	29
Vårdlidande	29
Livslidande	29
Välbefinnande	30

Diskussion	31
Metoddiskussion	31
Resultatdiskussion	33
Den levda kroppen	34
Vårdrelationer	36
Lidande	37
Välbefinnande	38
Slutsats	39
Självständighet	40
Referenser	41
Bilaga 1 Exempel på deduktivt analysförfarande i förhållande till begreppet den levda kroppen.	45

Inledning

Prostatacancer är den vanligaste cancerformen bland män och varje år drabbas cirka 10 000 personer i Sverige (Bratt, Myhrman, & Thulin, 2016). Individer med prostatacancer kan uppleva psykiska, fysiska och emotionella problem där diagnosen innebär en stor omställning i vardagen med känslor av chock och surrealism (Krumwiede & Krumwiede, 2012). Den anhöriges perspektiv av att leva som partner till män med prostatacancer är även en viktig aspekt (Wootten, Abbott & Osborne et al. (2014). Då männen uppvisar positivitet tenderar partnern att beundra sin livskamrat och dess förmåga att hantera situationen medan pessimism påverkar förhållandet negativt (ibid). Cockle-Hearne et al. (2013) visar att 80 procent av männen som blivit diagnostiserade med prostatacancer upplevde bristande omvårdnadsåtgärder av sjuksköterskan i förhållande till sina behov av information och stöd. Vidare angav 45 procent av männen att de inte hade blivit bemötta av en sjuksköterska under en eller flera tillfällen under sin vårdtid. En annan studie visar att sjuksköterskan har en betydande roll i omvårdnaden av patienter som diagnostiserats med prostatacancer och detta genom att främja patientens delaktighet i vården (De Sousa, Sonavane & Metha, 2012). Individers upplevelser är en central del att studera för att tillhandhålla en personcentrerad omvårdnad och därmed ge stöd och information (ibid.).

Då prostatacancer är en omfattande folksjukdom som drabbar män är det essentiellt att skildra mäns upplevelser av att leva med prostatacancer. Tidigare forskning visar att män med prostatacancer upplevde bristande omvårdnad av sjuksköterskan. Det finns även bristfällig forskning som skildrar hur en enskild individ upplever sin prostatacancer efter påbörjad behandling vilket gör detta ämne angeläget att beakta. Intentionen är att öka förståelsen för upplevelsen av att leva med prostatacancer i anslutning till behandling och därmed öka kvaliteten på omvårdnaden. Föreliggande studies resultat bör vara av intresse för såväl allmänheten som vårdpersonal inom all hälso- och sjukvård då detta kan vara en återkommande patientgrupp med behov av både omvårdnad och medicinsk behandling.

Bakgrund

Prostatacancer

Prostatacancer är den vanligaste cancersjukdomen bland män i Sverige och den näst vanligaste dödsorsaken orsakad av cancer i västvärlden (Grefberg, 2013). Cancer i prostatan är ovanlig före 50 års ålder och diagnostiseras vanligen på män mellan 70 till 74 år (Grefberg, 2013). Den upptäcks normalt via ett rutinemässigt blodprov där prostataspecifikt antigen (PSA) mäts i blodets innehåll (Järhult & Offenbartl, 2013). Cirka 12.5 procent av alla män riskerar att drabbas av prostatacancer före 75 års ålder och cirka tio till 20 procent av dessa personer har en spridd cancersjukdom när diagnosen fastställs. Statistik visar även att 20 till 30 procent av patienter med lokaliserad prostatacancer som påbörjat behandling med tiden kommer att utveckla metastaser (Grefberg, 2013).

Prostatan är en manlig körtel som är belägen strax under urinblåsan (Cancerfonden, 2014). Prostatacancer utger initialt inga eller diffusa symtom vilket gör denna sjukdom svår att upptäcka. Det är därmed vanligt att cancer ger symtom först när den har spridit sig till skelettet vilket vanligen uttrycks genom smärta från ländryggen (Grefberg, 2013). När cancertumören växer till sig i prostatan ökar vanligtvis prostatans storlek vilket medför symtom som till exempel täta miktationer, urininkontinens, svårigheter att initiera miktation, hematuri samt en känsla av ofullständig tömning (Järhult & Offenbartl, 2013). Dessa symtom förekommer även vid en godartad förstoring av prostatakörteln vilket är vanligt hos män över 50 år. Detta är ytterligare en orsak som gör cancer svår att upptäcka (ibid.).

Det finns ett flertal effektiva behandlingar mot prostatacancer där val av behandling utgår från lokalisering av tumören samt personens allmäntillstånd och ålder (Almås & Gjerland, 2002). Om tumören växer långsamt och individen är av hög ålder är det vanligt att avvakta behandling alternativt avstå helt från den. Detta då biverkningar av de behandlingar som förekommer uppfattas som mer komplexa än själva sjukdomen. Om cancer inte spridit sig finns det goda prognoser för individen att bli botad från sjukdomen med beaktande av de olika behandlingsalternativ som finns att tillgå (Gillå, 2011). Då tumören är lokaliserad inne i prostatakapseln brukar den opereras bort med total prostataektomi vilket innebär att hela kapseln runt prostatan avlägsnas (Järhult & Offenbartl, 2013). Denna behandlingsmetod kan förorsaka urininkontinens samt försämrade förmåga till erektion samtidigt som mannen mister

sin fertilitet (ibid.). Forskning visar även att män som genomgått en total prostataektomi upplevde emotionella problem i form av maktlöshet, nedstämdhet och ångest. Detta då de ansett sig mista en del av sin manlighet på grund av ett förlorat sexliv, erektil dysfunktion och urininkontinens (Baena de Moraes Lopez, Higa, Nogueira Cordeiro, Aparecida Rodrigues Estapé, Arturo Levi D'Ancona & Ribeiro Turato, 2012; Hedestig, Sandman, Tomic & Widmark, 2005).

Strålning mot prostatan är även en effektiv behandling vid prostatacancer och kan både bota patienten samt hämma tumörens utveckling. Denna metod används vanligen när tumören har vuxit in vävnaden omkring prostatakörteln (Gillå, 2011). Strålbehandlingen kan ges på två olika sätt. Antingen kan tumören bestrålas utifrån genom en strålkälla alternativt via inre strålbehandling där nålar sätts in i tumören. Vanliga biverkningar till följd av strålning är täta urinträngningar och cirka hälften av alla får potensproblem. I vissa fall kan strålningen även orsaka tarmbesvär såsom diarréer, blodig avföring samt avföringsinkontinens (ibid.).

Hormonbehandling är en frekvent förekommande behandlingsmetod med syfte att få tumören att växa långsammare med hjälp av att testosteronnivån minskar (Bratt et al., 2016; Järhult & Offrenbartl, 2013; Gillå, 2011). Avlägsnande av testiklar är en annan metod vilken också påverkar testosteronnivåer genom att strypa testosteronproduktionen (Gillå, 2011).

Hormonbehandling kan förekomma likväl i tablettform som i form av injektioner (Bratt et al., 2016). Vidare kan antiandrogener tillföras som tillfälligt blockerar testiklarna att framställa testosteron eller östrogen som har liknande hämmande effekt. Dessa behandlingsformer ges då canceren har spridit sig till andra organ (Gillå, 2011). Då testosteron är en bidragande faktor till att cancerceller sprider och delar sig verkar dessa behandlingar som blockerare med en företrädesvis god effekt (Bratt et al., 2016; Gillå, 2011). Vanligt förekommande biverkningar är förlorad sexlust, värmevallningar, nedsatt energi samt viktuppgång. Det är därför av stor vikt att sjuksköterskan främjar patientens fysiska aktivitet då detta har påvisats ha en positiv inverkan på de negativa effekterna (ibid.).

Upplevelser vid prostatacancer

Ericsson (1987) beskriver en upplevelse som ett fenomen en person har varit med om vilket har gett intryck på denne. En upplevelse är subjektiv och kan enbart förklaras av individen. Sjuksköterskan ska därför ta hänsyn till den enskilda individens upplevelse av sjukdom och

bortse från de generella erfarenheter som hon har sedan tidigare (ibid.). När män drabbas av prostatacancer är överlevnad initialt den främsta instinkten (O'Brien et al., 2014). Vidare påvisar Lindqvist (2011) att upplevelserna av de kroppsliga förändringarna hos män med prostatacancer är en process genom sjukdomstillståndet. Denna process sträcker sig från sjukdomsbesked tills det att de närmar sig döden. I de tidiga stadierna identifieras upplevelserna av trötthet och smärta som en fiende och något som är begränsande, men förändras med tiden till något som är hanterbart och i vissa fall rofylldt (ibid.). Vidare skriver Hsiao, Moore, Insel och Merkle (2011) att män som behandlas med radikal prostatektomi upplever fler symptom av sexuell dysfunktion men mindre tarmbesvär än de som strålbehandlas.

Män med prostatacancer är i behov av information för att uppleva trygghet (Carter, Miller, Murphy, Payne & Bryant-Lukosius, 2014; Kazer et al. 2011). Denna inhämtas genom böcker, internet, anhöriga och i vissa fall även Gud för att bli hjälpta i upplevelsen av sjukdomstillståndet. En del finner informationssökningen som behjälplig medan andra blir uppskakade av det funna resultatet (Carter et al. 2014). Vidare är stöd från anhöriga en viktig aspekt i hela sjukdomsförloppet och en viktig del under behandlingen (Kazer et al. 2011). Behandlingen för prostatacancer medför en rad olika komplikationer så som tarm, urin och sexuell dysfunktion. Dessa komplikationer medför nya vanor och livsstilar som sjuksköterskan behöver ta hänsyn till. Potensen beskrivs som defekt medan tarm- och urininkontinensen upplevs som okontrollerbar. Vidare skildrar Kazer et al. (2011) de copingstrategier män med prostatacancer antar och belyser vikten av dessa. Positivitet och ett förtroende för vårdteamet framkom som de främsta strategierna. En positiv attityd speglas då männen är lyckliga över att de fortfarande är vid liv och innehar en övertygelse om att kunna överleva cancer. Genom ett förtroende för vårdteamet som genomsyras av goda relationer och kompetenta medlemmar blir upplevelsen av sjukdomstillståndet hanterbart (ibid.).

Omvårdnad vid prostatacancer

Berg (2014) menar att sjuksköterskan har ett ansvar i mötet med patienten och ska anpassa dennes behov utefter dess livssituation. Genom att sjuksköterskan använder sina sinnen och är lyhörd tillgodoses den bästa vården för patienten. Erfarenheter och kunskap om sjukdomar ska på så vis ligga till grund för vården, men med ett riktat fokus på den enskilde individens autonomi. Sjuksköterskan ansvarar även för att relationen baseras på att tillit och trygghet

genomsyras i mötet med patienten. Detta genom att tydligt informera patienten, respektera denne samt hålla de löften som har tilldelats (Berg, 2014). Vidare är sjuksköterskan ofta den primära kontakten i förhållande till patienten och dennes anhöriga (De Sousa, Sonavane & Metha, 2012). Det faller sig därför naturligt att en starkare relation byggs upp mellan dessa parter än med en läkare vilket resulterar i att sjuksköterskan får flertalet frågor. Detta menar De Sousa et al. (2012) är en roll som inte får misskötas och sjuksköterskan bör därför vara kunnig inom området. Kompetens i att hantera psykologiska problem hos patienten samt stödja dennes anhöriga är en central aspekt. Det är därför av vikt att sjuksköterskan mäter nivån av den upplevda ångesten då ångest och oro har visat sig vara vanligt förekommande hos män med prostatacancer. Vidare är kunskap angående behandlingar, dess biverkningar och vart patienten kan få hjälp då komplikationer uppstår något som sjuksköterskan ska bistå med (ibid.).

Bungay och Capello (2009) skriver att flertalet äldre män med prostatacancer är tillfredsställda med omvårdnaden då de upplever tillit till vårdpersonalen. Carter et al. (2014) belyser emotionellt stöd, information, smärtlindring och symtomlindring som de viktigaste aspekterna i omvårdnaden vid prostatacancer där sjuksköterskan har en central roll i förhållande till patienten och anhöriga. Trots detta beskriver män att de upplever brister i stöd och kommunikation gällande sexuella- och psykologiska faktorer vid påbörjad behandling (O'Brien et al., 2014; King et al., 2015). Detta går i linje med Carter et al. (2014) som menar att prostatacancer är ett komplext ämne som i flertalet fall är svårt att beskriva på ett sätt som får patienten att förstå samtidigt som sjuksköterskan arbetar under tidspress och därför inte kan tillgodose patientens behov. Vidare framkom det att de sexuella problem som medföljer från behandlingen framstår som genanta för männen att prata om samtidigt som den bristande kontinuiteten av vårdpersonal försämrar relationen mellan patient och vårdare (O'Brien et al., 2014). Detta bidrar därför till att männen upplever en komplexitet att berätta om sin problematik i samlivet. En annan aspekt är att män har en föreställning om att de inte ska samtala om sitt sexualliv då detta anses personligt och tillhörande den manliga identiteten. O'Brien et al. (2014) påvisar att äldre män upplever att vårdpersonalen inte ifrågasätter deras sexuella funktioner då de inte anses vara i behov av denna aspekt. På så vis framställs det som genant för patienten att ta upp denna diskussion då de inte själva vill bekräfta att de har sexuella behov.

Teoretisk referensram

En passande teoretisk referensram i denna litteraturstudie är livsvärldsteorin med intention att åskådliggöra mäns upplevelser av livet vid påbörjad behandling av prostatacancer. Dahlberg, Segersten, Nyström, Suserud och Fagerberg (2003) skriver att:

*Livsvärlden är den levda världen, direkt given i erfarenhet och handling
.... Med livsvärlden som ansats i vårdandet krävs ett förhållningssätt där
patientens levda och kanske komplexa verklighet bejakas. Genom
livsvärldsteorin betonas människors upplevelser och erfarenheter”*
(Dahlberg et al., 2003, s. 24).

Livsvärldsteorin framhåller en ontologisk kunskap vilket ger en ökad förståelse för människors erfarenheter och upplevelser av att drabbas av en långvarig sjukdom (Dahlberg, 2014). Teorin syftar till att förstå den subjektiva människan, dess anhöriga samt vårdare. Livsvärlden berör även tankar och känslor kring hälsa och belyser den existentiella världen som människan lever i. De centrala begrepp som teorin utgår ifrån är den levda kroppen, lidande, välbefinnande samt vårdrelationen (ibid.). (Se Tabell 1).

Den levda kroppen

För att inte objektifiera patienten i vårdandet är det av stor vikt att se till dennes livsvärldsperspektiv (Dahlberg, 2014). Detta då kroppen är ett subjekt bortsett från de biologiska beståndsdelarna och den är fylld av erfarenheter och minnen. Genom kroppen upplever människor existens och därmed hälsa och ohälsa. Dahlberg (2014) beskriver det existentiella perspektivet som det människor upplever av livet i förhållande till omvärlden, människor och fenomen. Upplevelsen är unik och medför därför att människor tolkar situationer på skilda vis. Vidare kan sjukdom bidra till att vardagen förändras och existensen som tidigare varit en självklarhet blir ifrågasatt. Existentiell ångest kan då uppstå i dessa situationer, där människan får en medvetenhet om nuet och ifrågasätter existensen och meningen med det levda livet. Genom detta menar Dahlberg (2014) att det är en prioritet i vårdandet att stödja människor som genomgår en omtumlande upplevelse i livet. Denna upplevelse är essentiell för vårdandet och hur detta ska bedrivas. Då människan drabbas av sjukdom påverkas följaktligen inte endast en enskild kroppsdel utan hela existensen och livet. Sjukdom medför att rutiner i vardagen förändras och reflektion och planering tillkommer

inför varje genomförande av aktivitet. Den levda kroppen gör sig därmed påmind, något som tidigare gått obemärkt förbi. Den levda kroppen förklaras således som något fysiskt, psykiskt, existentiellt och andligt där alla delar är jämbördigt betydelsefulla (ibid.).

Välbefinnande

Två centrala komponenter för att kunna förstå en individs livsvärld är lidande och välbefinnande. Detta då båda aspekter är vanligt förekommande i människors liv (Dahlberg et al., 2003). Det finns ett starkt samband mellan lidande och välbefinnande då dessa kan konkretiseras som ett spänningsförhållande som skapar rörelse. Som vårdare är det centralt att beakta att lidande och välbefinnande kan förekomma samtidigt och patienten kan, trots sjukdom, uppleva välbefinnande. Vårdandets syfte är att förebygga och lindra lidande och därmed öka förutsättningarna för välbefinnande. Välbefinnande kan likaledes ses utifrån ett existentiellt perspektiv då patienten kan behöva existentiellt stöd för att åstadkomma en positiv hälsoutveckling. För att öka möjligheterna till välbefinnande hos en patient med långvarig sjukdom är det essentiellt att individen till och börja med erkänner sitt lidande och därefter vågar vara i lidandet (ibid.).

Lidande

Dahlberg et al. (2003) beskriver sjukdomslidande, livslidande och vårdlidande som centrala begrepp för fenomenet lidande. Sjukdomslidande uppkommer då ohälsa uppstår och härleds ofta till symtom som illamående eller smärta. I ett djupare sammanhang förstås sjukdomslidande även som existentiell ensamhet eller en upplevelse av att vara sårbar. Detta då sjukdomen är en subjektiv upplevelse som den drabbade inte kan dela med sig av i dess fulla bemärkelse. Det har även framkommit att sjukdomslidande uppstår då patienten upplever känslor av hopplöshet, skam eller då hon/han blir negligerad av människor i sin omgivning. Vidare påvisar Dahlberg et al. (2003) att när kroppen förändras vid sjukdom framställs känslor av att vara sårad och upplevelsen grundar sig i att inte längre känna igen den egna kroppen. Människan behöver känna en ödmjukhet inför sin existens för att kunna främja ett ansvarstagande för den egna hälsan. En förutsättning för detta är att lidandet är hanterbart. Livslidande är det lidande som uppkommer genom alla stadier av livet och är i dagsläget ofta förknippat med en livsföring med för höga stressnivåer. Vårdlidande utgörs av ett flertal aspekter och är baserat på det lidande patienten upplever under sin vårdtid. Detta

kan utgöras av en känsla av maktlöshet då patienten är utelämnad och beroende av vårdpersonalens välvilja. Vidare definierar Dahlberg et al. (2003) vårdlidande som brist på information angående vårdandets mening och dess händelser. Detta resulterar i sin tur i en förlorad självkänsla hos patienten och medför ett onödigt lidande. Situationer där vårdpersonal inte ser till patientens behov eller förnekar dessa är en annan aspekt av vårdlidandet. Dahlberg et al. (2003) menar att det är av vikt att patienter och vårdpersonal har en god vårdrelation vilket medför att ovanstående aspekter av vårdlidande reduceras (ibid.).

Vårdrelation

För att patienten skall erhålla en god vård krävs det en fungerande relation mellan patient och vårdare (Dahlberg et al., 2003). Detta är likväl en essentiell komponent för att kunna lindra lidande, öka välbefinnande samt för att åstadkomma ett personcentrerat synsätt där vårdaren bejakar patientens subjektiva upplevelser. En vårdande relation kan även existera utanför vårdkontexten och kan därmed vara mellan människor som till exempel partner, närstående, familj och vänner. Detta menar Dahlberg et al. (2003) genererar ett naturligt vårdande där relationen är underbyggd av tillit, trygghet och det finns en djupare förförståelse för individen. Det naturliga vårdandet skiljer sig från relationen mellan vårdare och patient genom att vårdaren inom hälso- och sjukvården ska uppvisa ett professionellt engagemang och inte förväntas få ut något för egen del. Det finns en del komplexa aspekter som gör det besvärligt att skapa en vårdande relation mellan patient och vårdare. Dessa kan bero på till exempel tidsbrist, osäkerhet i hur sjuksköterskan skall förhålla sig till den sjuke personen samt rädsla för att bli alltför involverad (ibid.).

Tabell 1. Samanställning av de fyra kategorier som finns inom livsvärldsteorin (Dahlberg et al., 2014).

LIVSVÄRLD

DEN LEVDA KROPPEN	Människans upplevelse om den levda kroppen är subjektiv. Den levda kroppen förklaras således som något fysiskt, psykiskt, existentiellt och andligt.
VÅRDRELATION	En vårdrelation kan existera utanför vårdkontexten, till exempel anhöriga, partner etc. men kan likväl vara relationen mellan vårdare och patient.
LIDANDE	Lidande kan förklaras utifrån begreppen; sjukdomslidande, vårdlidande samt livslidande.
VÄLBEFINNANDE	Vårdandets syfte är att förebygga och lindra lidande och därmed öka förutsättningarna till hälsa och välbefinnande trots sjukdom.

Problemformulering

Prostatacancer är den vanligaste cancerformen bland män och den näst vanligaste dödsorsaken orsakad av cancer i västvärlden. Det är därför viktigt att ha kunskap inom detta område då sjuksköterskan möter denna patientgrupp i olika vårdkontexter. Det finns en variation av behandlingar att tillgå och med dessa följer ett flertal biverkningar som bidrar till likväl psykiska som fysiska påfrestningar. Upplevelsen av att behandlas för prostatacancer är subjektiv och sjuksköterskan ska därför tillgodose en personcentrerad omvårdnad för att ge omvårdnad anpassad till individens livsvärld. Detta då behandlingen kan framkalla flertalet tankar och känslor. Genom att öka förståelsen för den individuella upplevelsen ur ett livsvärldsperspektiv vid påbörjad behandling för prostatacancer kan detta hjälpa sjuksköterskan att ge en bättre omvårdnad genom att lindra lidande samt bemöta den unika mannens behov. Det finns även bristfällig forskning som skildrar hur en enskild individ upplever sin dagliga livsföring utifrån ett omvårdnadsvetenskapligt perspektiv efter att ha påbörjat behandling för prostatacancer. Studien syftar således till att beskriva mäns upplevelser av livet efter påbörjad behandling för prostatacancer utifrån livsvärldsteorins centrala begrepp lidande, välbefinnande, vårdrelation samt den levda kroppen.

Syfte

Syftet med studien var att ur ett livsvärldsperspektiv beskriva mäns upplevelser av att leva med prostatacancer efter påbörjad behandling.

Metod

Design

Med hänsyn till studiens syfte, *mäns upplevelser av att leva med prostatacancer efter påbörjad behandling*, har en litteraturstudie valts som inkluderar kvalitativ data i enlighet med Olsson och Sörensen (2012). Den kvalitativa metoden syftar till att författaren vill få en djupare förståelse av den enskilde individens livsvärld vilket kan åskådliggöras genom narrativer i form av patografier, det vill säga skrivna berättelser där individen redogör för sina upplevelser av ett visst fenomen (ibid.). Vidare menar Kristensson (2014) att denna vetenskapliga metod innebär ett systematiskt sätt att inhämta, organisera och bearbeta data för att belysa kunskap om den enskilde individen. En litteraturstudie innebär att forskaren baserar sitt resultat på insamlad data (ibid.). Studien utgår från fyra patografier. En patografi innebär en självbiografi där författare, utifrån sitt eget liv, redogör för sina upplevelser av en sjukdom. Redogörelser i form av biografier och liknande skrifter ger stor potential till att åstadkomma en djupare förståelse för en individs upplevelser i jämförelse med vetenskapliga artiklar (Friberg, 2017). I denna kvalitativa studie har en deduktiv ansats tillämpats i syfte att få en bredare insikt i ämnet. En deduktiv ansats innebär att författaren går från helheten till delarna och utgår därmed från en teori som sedan appliceras på insamlad data (Kristensson, 2014). I denna studie användes livsvärldsteorin som sedan bröts ned i kategorierna lidande, välbefinnande, den levda kroppen samt vårdrelation (Dahlberg, 2014).

Urval

Inklusionskriterier för denna studie var att patografierna skulle vara skrivna av män med erfarenheter av behandling för prostatacancer samt att de skulle vara skrivna på svenska för att minimera risken för feltolkningar. Det fanns inga inklusionskriterier på männens ålder då detta inte ansågs relevant på grund av att samtliga män redan befann sig i liknande åldersspann. Exklusionskriterierna uteslöt patografier som var skrivna av anhöriga, böcker

skrivna innan år 2000 samt män som befann sig i ett palliativt skede. Detta för att säkerställa att syftet med studien blev besvarat då endast upplevelsen av att behandlas för prostatacancer var av relevans för studiens syfte. Vidare går detta i linje med Olsson och Sörensen (2012) som menar att ett tillförlitligt resultat uppkommer då inklusions- och exklusionskriterier är tydligt dokumenterade (ibid.).

Datainsamling

Inledande sökning

För att säkerställa att det valda syftet gick att besvara har en pilotstudie genomförts i enlighet med Olsson och Sörensen (2012). Detta syftar till att kontrollera det valda undersökningsinstrumentet och säkerställa att den upplagda forskningsplanen är genomförbar (ibid). Polit och Beck (2012) belyser betydelsen av en inledande sökning och menar att detta ger en djupare förståelse för metoden och minimerar risken för eventuella fallgropar i studien. Utifrån Olsson och Sörensen (2012) samt Polit och Becks (2012) beskrivning gjordes en inledande sökning för att säkerställa att det valda syftet var förenat med forskningsplanen där relevanta patografier fanns att tillgå. Denna pilotstudie genomfördes som en snabbsökning i databasen Libris med sökordet *Prostatacancer* vilket resulterade i 222 titlar där författarna efter en översiktlig läsning fick en snabb överblick av patografiernas innehåll. Efter den inledande sökningen drogs slutsatsen att relevant litteratur fanns att tillgå vilket resulterade att studiens syfte fastställdes.

Sökning av patografier

Med hänsyn till litteraturstudiens syfte har en systematisk litteratursökning genomförts med hjälp av den svenska biblioteksdata-basen Libris, som är det ledande registret för böcker och består av cirka sex miljoner titlar (Libris n.d.). Detta i linje med Forsberg och Wengström (2016) som menar att datainsamlingen ska ske systematiskt där en beskrivning av vilka databaser, sökord alternativt frågeställningar skall redovisas (ibid.). De sökord som användes i litteratursökningen var *prostatacancer*, *patografi*, *upplevelser*, *biografi* och *självbiografi*. Dessa sökord kombinerades därefter för att åstadkomma en bättre precision i sökningen med ett + då detta är ett vedertaget tecken att tillämpa i vald databas (se Tabell 2 för redovisning av patografisökning i Libris).

De första sökordet som användes var prostatacancer vilket resulterade i 222 träffar. I syfte att avgränsa denna sökning användes Libris funktion för att begränsa träffmängden varav endast böcker som var skrivna på svenska godkändes. Detta genererade 129 träffar varav samtliga sammanfattningar lästes igenom. Då flertalet träffar inte föll inom ramen för vårt valda syfte användes ytterligare sökord för att specificera sökningen. I den andra sökningen användes patografi som sökord vilket gav 202 träffar. I den tredje sökningen användes en kombination av sökorden *prostatacancer* + *upplevelser* vilket resulterade i sex träffar. Samtliga träffar exkluderades då dessa inte föll inom ramen för valda inklusionskriterier på grund av att en av böckerna inte var på svenska, två av böckerna hade en medförfattare vilket inte uppfyllde nämnda inklusionskriterier samt då resterande böcker inte besvarade studiens syfte. Vidare gjordes en sökning med begreppen *prostatacancer* + *självbiografi* vilket bidrog till två träffar. Referatet till dessa träffar lästes igenom och överensstämde med valda inklusionskriterier vilket medförde att patografierna *Ditt PSA är för högt : mitt möte med prostatacancer* samt *Att vilja leva* inkluderades i studien. I den sjätte sökningen användes begreppen *prostatacancer* + *biografi* vilket resulterade i 16 träffar varav två böcker som redan var inkluderade i studien. Därefter lästes övriga 14 böckers referat ut vilket resulterade i att ytterligare fyra biografier *Jag och min PC*, *I cancers skugga – ett år av hopp och förtvivlan*, *Tur i otur*, *Prostatacancer: en bok om hopp* stämde överens med samtliga inklusionskriterier som redovisats och valdes därmed ut för vidare bearbetning. Slutligen gjordes en kombination av sökord där begreppen *prostatacancer* + *upplevelser* + *patografier* utgjorde sökningen vilket resulterade i en träff. Denna träff exkluderades direkt då denne inte var inom ramen för studiens inklusionskriterier.

Tabell 2. Litteratursökning i Libris.

Sökord i Libris	Antal träffar	Datum för sökning	Antalet lästa sammanfattningar	Antalet inkluderade böcker
<i>Prostatacancer</i>	129	2017-11-30	129	0
<i>Patografi</i>	202	2017-11-30	0	0
<i>Prostatacancer</i> + <i>upplevelser</i>	6	2017-12-01	0	0
<i>Prostatacancer</i> + <i>självbiografi</i>	2	2017-12-01	2	2
<i>Prostatacancer + biografi</i>	16 (2)	2017-12-01	14	4
<i>Prostatacancer</i> + <i>upplevelser + patografier</i>	1	2017-12-01	1	0

(x) syftar till det antal patografier som redan var inkluderade.

Efter en lottdragning bland de sex patografierna *Ditt PSA är för högt: mitt möte med prostatacancer*, *I cancers skugga- ett år av förtvivlan och hopp*, *Att vilja leva*, *Jag och min PC*, *Tur i otur* samt *Prostatacancer: en bok om hopp* med intention att åstadkomma ett oberoende urval framkom de fyra patografierna *Jag och min pc*, *Att vilja leva*, *ditt PSA är för högt* samt *Prostatacancer: en bok om hopp* som gick vidare för dataanalys. Detta i enlighet med Olsson och Sörensen (2012) som påvisar att ett slumpmässigt urval ökar tillförlitligheten i studien då forskarens egna värderingar utesluts. Vidare uteslöts patografen *Att vilja leva* efter genomläsning då det framkom att den inte uppfyllde kriterierna för inkludering. Detta då personen drabbats av flertalet komplexa sjukdomar vilket därav gjorde det svårt att urskilja den specifika upplevelsen av att leva med prostatacancer. Därefter gjordes en ny lottdragning av de två patografierna *I cancers skugga- ett år av förtvivlan och hopp* samt *Tur i otur*. Det här resulterade i att *I cancers skugga- ett år av förtvivlan och hopp* inkluderades trots anhörigperspektiv. Boken är skriven av en medförfattare men då det enkelt går att åtskilja den närståendes- och mannens perspektiv var boken relevant att ingå i studien.

Beskrivning av valda patografier

Titel: *Prostatacancer: En bok om hopp*

Författare: Peter Örn

År och förlag: 2016, Ekerlids förlag.

Handling: Boken är skriven av Peter Örn, 2016. Boken är en patografi som innehåller 180 sidor. Historien inleds då Peter upplevde svårigheter i att tömma blåsan och kontaktade då sin bror, tillika läkare Thomas, som ber honom ta ett PSA prov. Det första PSA provet visade 5.8 [normalvärde 0-3.0] vilket innebar en liten förhöjning och skulle därmed följas upp. Efter vidare undersökningar fastställdes diagnosen prostatacancer. För Peter blev det därefter viktigt att söka information om sin sjukdom och ta stöd av både anhöriga, vänner och kollegor. Boken illustrerar Peters tankar och upplevelser både under och efter sin behandling för prostatacancer.

Titel: *Jag och min PC*

Författare: Bosse Loverfelt

År och förlag: 2014, Nomen förlag.

Handling: Boken är skriven av Bosse Loverfelt, 2014. Boken är en patografi som innehåller 171 sidor. Bosse får diagnosen prostatacancer efter att själv inkluderat ett PSA prov i en rutinmässig undersökning. PSA provet visade 48 och blev starten på ett flertal undersökningar, samtal och slutligen behandlingar. Genom alla dessa faser beskriver Bosse sina upplevelser och tankar kring sin prostatacancer och de effekter som behandlingarna medför. Bosse åskådliggör likväl hur viktiga hans anhöriga var för kampen att bli botad samt vikten av ett respektfullt bemötande av vårdpersonal.

Titel: *I cancers skugga: Ett år av förtvivlan och hopp*

Författare: Kjell- Olof Feldt & Birgitta von Otter

År och förlag: 2003, Ekerlids förlag.

Handling: Boken är skriven av paret Kjell-Olof Feldt och Birgitta von Otter, 2003. Boken är en patografi med anhörigperspektiv som innehåller 240 sidor. Kjell-Olofs kamp mot prostatacancer börjar utan dramatik med ett flertal PSA-prov som initialt visar ett värde på 15. Efter en tid beslutar Kjell-Olof sig för att undersöka detta närmare hos en annan läkare och får ett besked om prostatacancer via cellprovtagning. Värdet visar då 39. Detta blir starten på ett omtumlande år med behandlingar, biverkningar och oro inför framtiden med stöd av sin fru och vänner.

Titel: *Ditt PSA är för högt – mitt möte med prostatacancer*

Författare: Lars- Göran Pärletun

År och förlag: 2003, Bokförlaget Vivamos.

Handling: Boken är skriven av Lars- Göran Pärletun, 2003. Boken är en patografi som innehåller 284 sidor. Lars- Göran åker en kväll in till akuten på grund av fruktansvärda träningar och tar där ett PSA prov som påvisar 32. Vidare följs flertalet undersökningar och blodprover för att fastställa vad detta ideligen kan bero på. Slutligen får han beskedet prostatacancer och påbörjar därefter sin behandling i form av en operation. Detta blir en livsomställning för Lars-Göran då det väcker många tankar angående operation, livsföring och samliv.

Dataanalys

Innehållsanalys är en vetenskaplig huvudinriktning med syfte att tolka och analysera skrifter.

Med en manifest innehållsanalys kan författarna beskriva de visuella beståndsdelarna i textmaterialet och på så vis få fram ett tolkningsbart innehåll (Olsson och Sörensen, 2012).

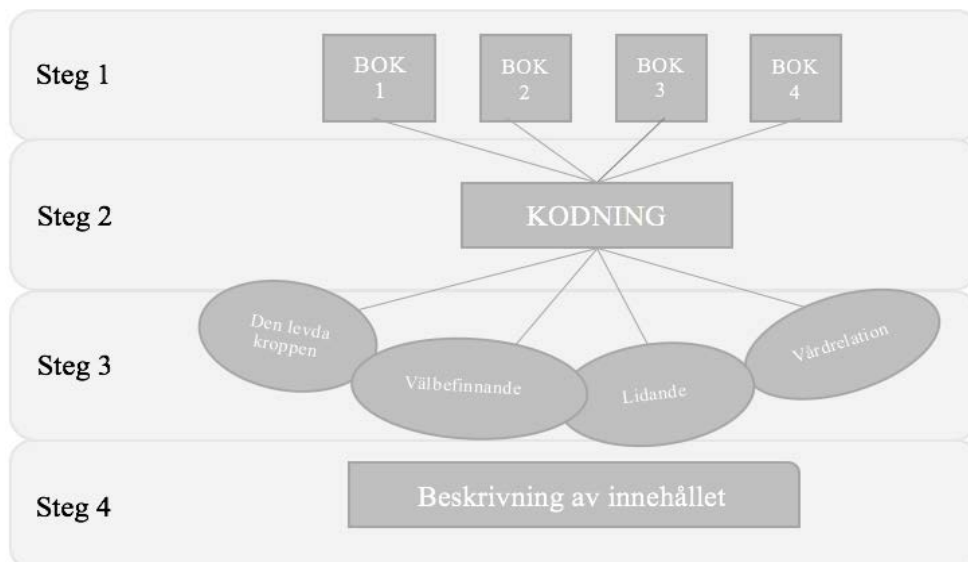
Med hänsyn till denna beskrivning har en manifest innehållsanalys valts där patografierna ska analyseras i enlighet med det deduktiva förhållningssättet med inspiration av Elo och Kyngäs (2008) beskrivning av en deduktiv innehållsanalys. Detta deduktiva förhållningssätt valdes i syfte att möjliggöra ny kunskap och på en vetenskaplig grund kunna besvara syftet. Analysen är uppdelad i tre faser; förberedelse, organisering och rapportering (ibid.).

Utifrån Elo och Kyngäs (2008) beskrivning av förberedelsefasen lästes samtliga fyra patografier igenom individuellt för att åstadkomma en djupare förståelse för textmaterialet samt för att få en enhetlig översikt. Textmaterialet bearbetades sedan individuellt där väsentliga meningsenheter som behandlade mäns upplevelser av livet efter påbörjad behandling för prostatacancer valdes ut. Författarna strök över dessa med olika färgpennor i syfte att skilja dem åt. Därefter jämfördes de valda meningsenheterna gemensamt och utsågs i konsensus gällande vilka som skulle ingå i analysen. Vid sammanställningen av de identifierade meningsenheterna framkom det att majoriteten av styckena i textmaterialet hade markerats likvärdigt. Det förekom enstaka fynd av meningsenheter som det uppstod oenighet kring vilket medförde en ytterligare fördjupning i Dahlbergs (2014) definition av livsvärldsteorins centrala begrepp med intention att uppnå enhällighet. Likadant tillvägagångssätt med syfte att nå enighet nyttjades under hela analysförloppet när oenighet

uppstod. Därmed plockades 228 meningsenheter ut som besvarade studien syfte och gick vidare för analys.

Vidare upprättades en strukturerad matris i enlighet med organiseringsfasen vilket innebär kodning och kategorisering av innehållet (Elo och Kyngäs, 2008). Kategorierna utgick från begrepp av Dahlbergs (2014) livsvärldsteori: den levda kroppen, vårdrelation, välbefinnande och lidande. Meningsbärande enheter skrevs ut och kodades på papper gemensamt för att därefter klippas ut och fördelas i rätt kategori (se tabell 3 för exempel). Med syfte att hålla analysen manifest har flertalet meningsenheter kondenserats, trots att detta inte är ett krav utifrån Elo och Kyngäs (2008).

I den sista fasen, rapporteringsfasen, skriver Elo och Kyngäs (2008) att det är av vikt att författarna inget trovärdighet och tydligt beskriver sambandet mellan data och de funna kategorierna. Därmed är det viktigt att resultatet beskrivs utifrån de valda kategorierna. För en övergripande beskrivning av analysarbetet se Figur 1, där bok 1, 2, 3 och 4 illustrerar valda patografier i studien.



Figur 1. Övergripande beskrivning av analysarbetet.

Tabell 3. Ett exempel på hur data har kodats till de olika huvudkategorierna

Studiens syfte	Den levda kroppen	Vårdrelation	Lidande	Välbefinnande
Mäns upplevelser av livet efter påbörjad behandling för prostatacancer	Begränsningar av sexuellt samliv i den levda kroppen	Relationer som stärker på grund av erfarenhet av sjukdom	Lidande till följd av kateter	Välbefinnande av positiva besked
	Förlorad kontroll av urinblåsan till följd av behandling i den levda kroppen	Behov av att prata om sin sjukdom med andra människor	Lidande till följd av bristande information om sjukdom	Välbefinnande av att bli av med kateter
	Psykisk påverkan i form av oro i den levda kroppen	Trygg vårdrelation till följd av kontinuitet	Lidande till följd av rädsla för att inte vara botad	Välbefinnande av att ha opererat bort prostatan

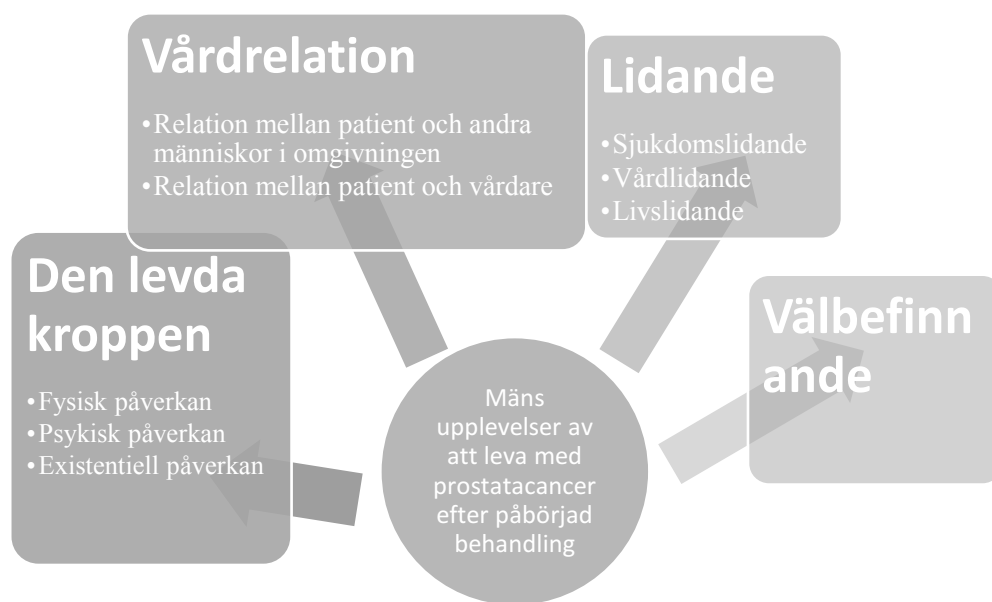
Etiska överväganden

Olsson och Sörensen (2012) betonar vikten av att etiska principer tillgodoses i ett forskningsarbete. De två grundläggande etiska principerna som ligger till grund för ställningstagande i denna studie är godhetsprincipen och principen att inte skada. Godhetsprincipen innefattar begreppen tillförlitlighet, förebyggande av skada och effektivitet medan principen att inte skada innebär att inte utsätta individer i forskningsarbetet för skada (ibid.). Vidare är det enligt Helsingforsdeklarationen (2013) betydelsefullt att forskningen är noga övervägd där det ska förekomma en fördelaktig risk- och vinstbedömning. I enlighet med ovanstående, har godhetsprincipen och Helsingforsdeklarationen tagits i beaktande. Detta då författarnas intention med studien var att generera ny betydelsefull kunskap inom området vilket all personal inom hälso- och sjukvården bör se till för att öka kvaliteten på omvårdnaden. Citat från patografierna kommer att hållas textnära i syfte att förhindra skada. Vidare menar Olsson och Sörensen (2012) att respekten för individens autonomi ska bevaras och att självbestämmande är en central aspekt (ibid.). Då patografiernas författare har valt att publicera sina historier offentligt har ett ställningstagande tagits om att det föreligger låg risk till kränkning av deras autonomi. Med detta i åtanke kommer författarna att använda titlar och människens riktiga namn i studien.

Resultat

Resultatet är baserat på fyra patografier och belyser mäns upplevelser av att leva med prostatacancer efter påbörjad behandling utifrån livsvärldsteorin. De kategorier som användes för att beskriva resultatet är livsvärldsteorins centrala begrepp: "Lidande", "Vårdrelation",

“Välbefinnande” och “Den levda kroppen” (se Figur 2). Med intention att göra data mer hanterbar har underkategorier till *Den levda kroppen* och *Vårdrelationen* skapats utifrån Dahlbergs (2014) beskrivning av begreppen. I studiens resultat kommer således patografiernas författare betecknas som “männen”. För att stärka resultatet och öka dess trovärdighet kommer citat från böckerna att användas (Elo & Kyngäs, 2008).



Figur 2. Illustration av de kategorier med tillhörande underkategorier som presenteras i resultatet.

Den levda kroppen

Männen beskrev en stor påverkan på den levda kroppen efter påbörjad behandling för prostatacancer vilken kunde förklaras som både en fysisk, psykisk och existentiell upplevelse. Detta beskrevs som en påfrestning och en kamp om att bli frisk men det fanns likväl beskrivningar då den nya tillvaron innehöll stunder med en god livskvalitet.

Upplevelsen av fysisk påverkan av den levda kroppen

Två av männen genomförde en radikal prostatektomi som behandlingsform medan två av männen behandlades med en kombination av hormoner och strålbehandling. Gemensamt för männen var att de, trots behandlingsform, upplevde en stor känsla av fysisk trötthet vilket påverkade den dagliga livsföringen (Feldt, 2003; Loverfelt, 2014; Pärletun, 2003; Örn, 2016). En av männen beskrev det som mödosamt att börja arbeta igen på grund av den fysiska

tröttheten som behandlingen orsakade (Pärletun, 2003). De två männen som opererades upplevde svåra smärtor initialt i behandlingen (Pärletun, 2003; Örn, 2016).

Hormonbehandlingen visade sig medföra biverkningar såsom värmevallningar vilket infann sig efter bara några veckor från den första behandlingen. Detta beskrev en av männen som en häpnadsväckande upplevelse av att plötsligt bli het över hela kroppen med svetten forsande, särskilt i ansiktet. Tiden efter strålbehandlingen upplevdes som mödosam då det även gjorde ont att kissa samtidigt som det hade orsakat en inre blödning i penis och testiklarna vilket orsakade svåra smärtor (Feldt, 2003).

Gemensamt för männen var att de drabbades av biverkningar till följd av sin behandling, främst i form av inkontinens (Feldt, 2003; Loverfelt, 2014; Pärletun, 2003; Örn, 2016). Männen upplevde detta som en livsomställning och som en fysisk påverkan i vardagen. Inkontinensen togs ofta i uttryck genom urinläckage, en känsla av att vara akut och ständigt kissnödig samt oförmåga att hålla sig till toaletten. Urinläckagen uppstod mer frekvent vid ansträngning såsom längre promenader, gång i trappor samt vid kraftiga rörelser. Detta, tillsammans med rädsla för att förlora kontrollen av urinblåsan, upplevde männen som genanta aspekter (ibid.).

Den kvällen hade jag för första gången fått uppleva vad begreppet inkontinens står för. Lyckligtvis inträffade det i vårt egna kök. Jag blev, som många gånger förr, plötsligt kissnödig. Men denna gång hann jag inte fram till toaletten på övervåningen utan allt gick ur min kontroll...
(Feldt, 2003, s. 107)

När männen ständigt drabbas av urinläckage bidrog detta till frustration och besvikelse då de ständigt ville göra framsteg i sin återhämtningsprocess. När männen väl upplevde kontinens under flera dagar i sträck kände de sig upprymda och glada av att ha tagit kontroll över sin urinering (Feldt, 2003; Loverfelt, 2014; Pärletun, 2003; Örn, 2016). Två av männen använde sig av inkontinensskydd med intention att känna sig säker och trygg i sociala sammanhang och såg detta som ett viktigt hjälpmedel för en fungerande vardag (Feldt 2003; Pärletun, 2003). Vidare var två av männen mycket noggranna med att följa de träningsprogram som tilldelats för att uppnå kontroll av urinläckaget vilket visade sig ha en god inverkan på kontinensen (Pärletun, 2003; Örn, 2016).

Att förlora potensen som sidoeffekt till följd av behandlingen var något som männen var införstådda med. Detta var något som männen sedan beskrev som en stor sorg. Männen upplevde avsaknad av både lust, intresse och förmåga till sexuellt samliv där bland annat en man menade att detta var det tyngsta handikappet från cancerbehandlingen. Detta bidrog även till rädsla av att inte återfå denna sexuella funktion (Feldt, 2003; Loverfelt, 2014; Pärletun, 2003; Örn, 2016).

Två av männen beskrev total avhållsamhet från sex i förhållandet efter påbörjad behandling (Feldt, 2003; Loverfelt, 2014) medan en av männen skrev att sexuellt samliv var möjligt även när potensen var förlorad. Detta menade mannen krävde både mod och vilja att prata om samt att våga genomföra (Örn, 2016). En man beskrev särskilt torr utlösning vid orgasm som en biverkning av sin hormonbehandling och menar att detta var en jobbig mental omställning efter ett halvt århundrade av blöt utlösning (Loverfelt, 2014).

Torr orgasm- sug på det. Omställning vid sextiosju års ålder efter ett långt liv.... Vad betyder det i relationen? (Loverfelt, 2014, s.).

Upplevelsen av psykisk påverkan av den levda kroppen

Samtliga män beskrev livet efter påbörjad behandling som en mental kamp där deras identitet på ett eller annat sätt förändrades (Feldt, 2003; Loverfelt, 2014; Pärletun, 2003; Örn, 2016). Den manliga identiteten framgick som förlorad efter behandling och det fanns en osäkerhet kring om den skulle återfinnas igen vilket påverkade männen psykiskt (Feldt, 2003; Loverfelt, 2014; Örn, 2016). Detta beskrevs som att vara könlös eller att ha drabbats av en biverkning som kraftigt nedsätter manligheten (ibid.).

Jag inser nu att jag på ett oförklarligt sätt saknar min prostata. Den var en del av min identitet utan att jag någonsin funderat på det. (Örn, 2016, s. 141).

Att identifieras som cancerpatient är något som två av männen redogör för som en psykisk påverkan (Pärletun, 2003; Örn, 2016). Genom att uttrycka sig angående sin sjukdom och möta andra i samma situation medförde detta en klassificering som cancerpatient och upplevdes som något allvarligt. Men det genererade även en känsla av att kunna vara mer

öppen och ärlig gentemot andra människor då sjukdomen hade bidragit till en förändring (Pärletun, 2003).

Männen upplevde att de var begränsade och behövde planera sin vardag till följd av behandlingen (Feldt, 2003; Loverfelt, 2014). Som ett resultat av inkontinensen bidrog detta till ett ständigt sökande efter toaletter vilket gjorde resor besvärliga. Vidare medförde detta att en av männen avstod från vissa typer av urindrivande drycker och undvek att resa på grund av ängslan över att inte ha kontroll (Feldt, 2003). Han såg det även som en psykisk påfrestning att vistas ute bland folk. Vidare kunde planeringen upplevas som en utökad kreativitet och i vissa fall som ett spänningsmoment i vardagen (Loverfelt, 2014). En man menar att han erhöll en beroendeställning till sin fru och vågade därför inte till följd av rädsla ligga kvar i sängen då hon skulle till arbetet (Örn, 2016). Detta för att inte riskera att inte kunna röra sig då hon har lämnat hemmet.

Fast ibland blev jag påmind om att allt inte var över och att jag framför allt inte borde försätta mig i situationer utan en klar flyktväg till närmaste toalett. (Feldt, 2003, s.154)

Samtliga män upplevde en oro över att inte vara botade trots behandling vilket även påverkade dem psykiskt (Feldt, 2003; Loverfelt, 2014; Pärletun, 2003; Örn, 2016). Särskilt inför resultatet av PSA-proverna trängde oron igenom och blev i vissa fall olidlig (Pärletun, 2003; Örn, 2016). En av männen började konsumera alkohol i syfte att dämpa den ångest som cancerbehandlingen medförde. Oftast tidigare på dagen än vad han själv upplevde som klokt och nyttigt (Feldt, 2003). Vidare tilltog majoriteten av männen ett positivt och optimistiskt synsätt på sin situation i syfte att underlätta den mentala kampen (Loverfelt, 2014; Pärletun, 2003; Örn, 2016). Prostatacancern sågs som ett projekt och en match som skulle övervinnas och en av männen erhöll en inställning om att inte låta några biverkningar påverka honom (Loverfelt, 2014). Detta med intentionen att besegra sjukdomen och att aldrig ge upp.

I mitt projekt finns bara "jag vill leva". I mitt projekt finns inget annat än att vinna och segra. Så har det alltid varit i mitt liv - så varför inte nu också? (Loverfelt, 2014, s. 133).

Upplevelse av existentiell påverkan av den levda kroppen

Flera av männen beskrev sjukdomen som en nystart vilket ledde till en ny existentiell tillvaro. Genom detta blev nuet en betydande faktor och fokus riktades på familj och vänner. Upplevelser av livet som tidigare hade tagits som en självklarhet blev påtagliga och prioriteringar gjordes i syfte att leva livet till fullo (Feldt, 2003; Loverfelt, 2014; Pärletun, 2003; Örn, 2016).

Jag delade in tillvaron mycket mera i det som var viktigt och det som inte hade så stor betydelse. Det viktiga var familj, släkt och vänner. Till det världsliga hörde materiella ting och hit räknade jag också arbetet (Örn, 2016, s. 136).

Mindre betydande händelser så som att bråka med sina anhöriga blev åsidosatta och livet framhölls som ett privilegium. Arbetet som tidigare hade varit en stor del av livet upplevdes inte som lika viktigt och det centrala blev istället fritiden. Vidare var männen medvetna om att oron för prostatacancer aldrig fullgott kunde botas och ständigt skulle göra sig påmind. Existensen upplevdes på så vis som villkorlig (Pärletun, 2003; Örn, 2016). Denna existentiella kris lindrades genom en acceptans och ett förhållningssätt som utgick från att ta vara på den tid de hade framför sig och leva varje dag väl. Tiden mellan PSA-testerna och beskedet ville männen därför ta vara på, glädjas av och leva med en fullständig känsla av att vara i nuet.

Och jag insåg att det jag på djupet måste lära mig var att leva i ovisshet, att aldrig sätta livet på paus i väntan på besked. Livet måste levas i varje ögonblick, också i väntans ögonblick. (Pärletun, 2003, s. 112)

Att behandlas för prostatacancer medförde även att några av männen kände att hälsan blev allt viktigare och gjorde på så vis livsstilsförändringar (Feldt, 2003; Pärletun, 2003). Detta då den nya tillvaron fortfarande var kantad av osäkerhet inför framtiden och genom införande av fysisk aktivitet samt vegetarisk kost blev detta ett sätt att bemöta sjukdomen och dess bieffekter. Det var även ett sätt att återfå kontroll över livet och existensen, något som behandlingen reducerade (Feldt, 2003; Pärletun, 2003; Örn, 2016).

Vårdrelation

Männen skildrade även betydelsen av relationer och ett gott bemötande från vårdpersonal. Familjen och huvudsakligen partners till männen och deras deltagande hade en viktig påverkan för att bidra med stöttning och en god tillvaro. Genom detta framkom underkategorierna *relation mellan patient och vårdare* och *relation mellan patient och andra människor i omgivningen* att utgöra en del av resultatet utifrån Dahlbergs (2014) beskrivning av livsvärldsteorin.

Relation mellan patient och andra människor i omgivningen

Att prata om sin situation och sjukdom med andra människor var något som alla männen ansåg nödvändigt efter att ha påbörjat sin behandling (Feldt, 2003; Loverfelt, 2014; Pärletun, 2003; Örn, 2016). Framförallt människor som hade erfarenheter av sjukdomen bidrog till en känsla av gemenskap och upplevdes som stärkande och energigivande (Loverfelt, 2014; Örn, 2016). På grund av detta var det tre av männen som sökte sig till kurser, informationsmöten eller diverse sammankomster för att åstadkomma en ökad förståelse för sin situation (Feldt, 2003; Loverfelt, 2014; Pärletun, 2003). Detta beskrevs som givande och bidrog till en ökad munterhet och gemenskap trots viss påfrestning av att bli identifierad som och påmind om att vara cancerpatient.

Vidare var behovet av att prata med sin omgivning något som upplevdes som omätligt och hjälpsamt (Feldt, 2003; Loverfelt, 2014; Pärletun, 2003; Örn, 2016). Det bidrog till att bördan lättades och ingav styrka. Att människor hörde av sig ansågs betydande och besök var särskilt värdefulla (Pärletun, 2003). Visad empati från både kollegor och bekanta var upplyftande och det var irrelevant från vem detta visades. Det viktiga var att människor tog sig tid att lyssna (ibid.). Detta står i kontrast till det en annan man beskrev vilket påvisade att det var svårare att uttrycka sitt mående till ytliga bekantskaper än vänner då han inte kunde vara säker på om de var införstådda med hans sjukdom (Feldt, 2003).

Männen beskrev sina partners som ett avgörande stöd då de ingav både styrka och kraft på grund av deras aktiva medverkande och ömsesidighet under behandlingstiden (Feldt, 2003; Loverfelt, 2014; Pärletun, 2003; Örn, 2016). En av männen menar att han troligtvis hade avbrutit sin behandling utan sin partners kärlek och hoppfullhet (Feldt, 2003). En annan man beskriver stödet som en närmast vårdande relation där partnern tillsåg att hans kateterpåse

tömdes och hjälpte honom upp ur sängen på morgonen (Örn, 2016). Även det mest intima assisterade frun honom med och han uttrycker sin förvåning över att vänja sig vid detta.

En sak framstår glasklar för mig. Ensam, utan Birgittas stöd, optimism och kärlek, hade jag inte klarat av den här pressen. Antingen hade jag avbrutit behandlingen eller, mera troligt, supit ner mig rejält. (Feldt, 2003, s. 113)

Relation mellan patient och vårdare

Samtliga män beskrev sin upplevelse av att vårdas av sjukvårdspersonal. Tre av männen beskrev detta som relationer underbyggda av tillit och god gemenskap (Feldt, 2003; Pärletun, 2003; Örn, 2016). En av männen menar att han upplevde en av sina läkare som pedagogisk och att han erhöll god information vilket förstärkte relationen (Loverfelt, 2014). Vidare beskrevs vikten av kontinuitet i vården som en bidragande faktor till en förtrolig relation och gör behandlingstiden lättare att utstå (Feldt, 2003). Vänlighet och omtanke från vårdpersonalen medverkade till att männen upplevde behandlingen som en positiv erfarenhet (Feldt, 2003; Loverfelt, 2014). Genom den goda vårdrelationen, där han möttes med noggrannhet och omtanke, längtade en av männen tillbaka till nästa behandling och upplevde vemod då han tog farväl (Loverfelt, 2014). Mannen upplevde uppskattning och en ömsesidig gemenskap vilken genomsyras av en god omvårdnad under hela sin behandlingsperiod.

Lite vemod kom över mig när jag tog farväl av dessa fantastiska människor som jobbar på P54:an.... Jag kan inte nog uttrycka min uppskattning och beundran för det arbete som alla gör... (Loverfelt, 2014, s. 108-109).

Lidande

Lidande beskrevs av männen som förekommande i ett flertal dimensioner, både som ett sjukdoms- vård och livslidande. Lidande till följd av sjukdom är ett genomgående tema som medför ett frångående av den dagliga livsföringen. Sjukdomen gör männen till en cancerpatient och genom detta förändras deras identitet. Sjukdomen och behandlingen väckte även tankar om den framtida prognosen och en rädsla inför döden.

Sjukdomslidande

Männen upplevde att katetern de fått orsakade ett stort sjukdomslidande för dem. Männerna beskrev smärtor till följd av katetern och en man uttryckte att den var en riktig plåga. Två män menade att katetern medförde praktiska problem. Detta då hållaren som skulle sitta runt låret gled ned när kateterpåsen fylldes och tyngdkraften ökade vilket hade en stor inverkan på det sociala livet och förorsakade ett lidande (Feldt, 2003; Loverfelt, 2014; Pärletun, 2003; Örn, 2016).

Vårdlidande

Vidare beskrev männen olika former av bristande information vilket ledde till en osäkerhet och detta orsakade ett vårdlidande. Detta gjorde att männen sökte information om sin sjukdom via böcker, internetet och broschyrer (Feldt, 2003; Loverfelt, 2014; Pärletun, 2003; Örn, 2016). Två av männen beskrev att de fick otillräcklig information av sina läkare under behandlingen vilket genererade i att de upplevde ett lidande (Loverfelt, 2014; Pärletun, 2003). Detta gjorde att en av männen kände sig omyndigförklarad och han började tvivla på den svenska sjukvården (Pärletun, 2003). Mannen ifrågasatte om vårdpersonalen hade glömt bort att ge honom väsentlig information eller om det var såhär det skulle vara, att patienter inte blir informerade om sin sjukdom och därmed lämnas ensamma med diverse frågor och funderingar (ibid.).

Livslidande

Samtliga män upplevde ett livslidande till följd av ovisshet och oro inför framtiden och en möjlighet för återfall. De två männen som genomgick en operation kände en osäkerhet över om de var fullständigt botade och upplevde en oro inför framtiden och återbesöken som väntade (Pärletun, 2003; Örn, 2016). Trots en bortopererad prostata var de oroliga över att någon cancercell skulle ha tagit sig vidare i kroppen och genom detta bidra till ett återfall. Genom sysselsättning lindrades lidandet men oron trängde igenom då en av männen var ledig från arbetet (Pärletun, 2003). De två männen som behandlades med strål- och hormonbehandling beskriver ett liknande lidande och ovisshet över att ha blivit botade (Feldt, 2003; Loverfelt, 2014). Under behandlingstiden uttryckte samtliga män en rädsla för döden. Vidare bidrog detta till att en av männen började ifrågasätta sin levnadstid och huruvida han ska få uppleva ännu ett år med sin familj (Feldt, 2003; Loverfelt, 2014; Pärletun, 2003; Örn, 2016).

Det är som att döden passerar på avstånd och blåser på mig. Jag kanske inte alls är botad och frisk. (Örn, 2016, s. 113)

Jag kunde inte tänka mig att med berätt mod låta en potentiellt dödlig sjukdom härja fritt i min kropp. Jag är rädd för döden (Feldt, 2003, s. 29).

Välbefinnande

Två av männen erbjöds behandling i form av en operation vilket de såg som en självklarhet att ta emot. Efter operationen beskrev de en stor glädje av att vara befriad från cancertumören i prostatan vilket gav dem ny styrka. Männen upplevde detta som en möjlighet av att bli av med sin cancersjukdom och de kände att de hade valt en fortsättning på livet när de valde att operation. De upplevde att hela livet låg framför dem (Pärletun, 2003; Örn, 2016).

Avvecklandet av katetern beskrev tre av männen som ett välbefinnande. Detta då de upplevde lycka och en känsla av befrielse då de kunde känna sig socialt fungerande igen. Två av männen upplevde även glädjen av att kunna sköta sin personliga hygien igen till följd av avvecklandet, varav en man upplevde total upprymdhet av att kunna duscha utan kateter. Han menade att detta var det sista hindret i att sköta sin hygien (Örn, 2016). Att kunna kissa som vanligt igen samt att återfå kontrollen av urinblåsan efter en tid med kateter och inkontinens skapade ett välbefinnande och förbättrade männens sjukdomssituation (Feldt, 2003; Pärletun, 2003; Örn, 2016).

Jag kände mig lyckligt lottad som fick bra kontroll redan de första timmarna utan kateter. (Pärletun, 2003, s. 200)

Att erhålla positiva besked beskrev samtliga män som ett välbefinnande då de infann känslor av eufori, styrka och positivt tänkande. Goda besked beskrevs som obegripligt till en början och det var något som krävde tid för dem att förstå. Tillfrisknandet medförde välbefinnande hos männen då de såg livet ur nya perspektiv. När männen fick möjlighet att umgås med sina nära och kära kunde de uppleva stunder av välbefinnande. Efter en framgångsrik behandling upplevde männen hopp, tacksamhet och en framtidstro om att cancer går att besegra och att det går att vara lycklig i tillvaron, trots sin cancersjukdom (Feldt, 2003; Loverfelt, 2014; Pärletun, 2003; Örn, 2016).

Diskussion

Diskussionen är uppdelad i en metod- och en resultatdiskussion. Detta i enlighet med Kristensson (2014) som skriver att i metoddiskussionen ska de styrkor och svagheter som finns i studiens tillvägagångssätt diskuteras med inriktning på metodens förmåga att besvara syftet. I resultatdiskussionen ska resultatet bedömas och värderas gentemot tidigare kunskap samt åskådliggöra resultatets värde för det kliniska arbetet (ibid.).

Metoddiskussion

Föreliggande studie genomfördes genom en kvalitativ litteraturstudie där resultatet baseras på patografier skrivna av män med upplevelser av att leva med prostatacancer och som analyserades utifrån livsvärldsteorin. Friberg (2017) menar att patografier ger möjlighet till en djup inblick i hur det är att leva med en sjukdom utifrån personens egna perspektiv. Att basera studien på patografier ansågs därför som det optimala tillvägagångssättet utifrån studiens syfte. Detta med intention att fånga männens upplevelser av tankar, känslor och uppfattningar om livet efter påbörjad behandling för sin prostatacancer. Att använda patografier kan ses som en styrka då berättelserna är skrivna av männen själva, det vill säga primärkällor, vilket ökar studiens tillförlitlighet (Polit och Beck, 2012). Skrivna berättelser underlättar även inhämtandet av såväl tankar och känslor som männen upplevde under denna period av deras liv (Olsson och Sörensen, 2012). Data i form av patografier kan dock medföra svårigheter eftersom det inte går att komplettera om en oklarhet angående textinnehållet uppstår då detta inte kan följas upp genom ytterligare följdfrågor. En intervjustudie hade inte medfört samma problematik.

Libris användes som den enda sökmotorn i studien för sökning av patografier då detta är en samlad katalog över all nationell litteratur som finns på svenska bibliotek. Denna sökmotor ansågs som tillräcklig då relevanta böcker hittades. Sökorden som användes i litteratursökningen är beskrivna i datainsamlingen och ansågs tillräckliga då det genererade sex böcker som besvarade studien syfte. Ett flertal sökord prövades och kombinerades för att minimera risken för bortfall. Sökordet patografi gav inga träffar i Libris vilket beror på att patografier istället är registrerade som biografier i vald databas. Andra sökord kan även ha varit av relevans vilket kan ha påverkat insamlingen av data. Vidare köptes böckerna för ett friare analysarbete vilket inte hade varit möjligt om böckerna hade varit lånade på ett

bibliotek. Genom detta kunde meningensenheter strykas under och risken för bortfall minskade vilket kan ses som en styrka.

Att endast fyra patografier valdes var med anledningen av att öka kvalitén på resultatet då tiden för studien var begränsad. Tiden för att granska de inkluderade patografierna blev därför längre och arbetet med analysen kunde göras mer grundligt. Enligt Polit och Beck (2012) är antalet patografier oväsentligt då resultatet inte kan generaliseras på alla män som lever med prostatacancer och påverkar därmed inte studiens trovärdighet. Detta styrker likväl Ericsson (1987) som skriver att en upplevelse är subjektiv och kan endast förstås av personen som upplever fenomenet. Det kan dock finnas likvärdighet i de upplevelser som män erfar av att leva med prostatacancer vilket utifrån studiens resultat kan medföra en viss överförbarhet i hur andra män med prostatacancer kan uppleva den nya livssituationen.

Efter genomläsning av de fyra patografierna var det klart att de innehöll en stor mängd data för insamling. Genom att anta en deduktiv ansats och att applicera livsvärldsteorin reducerades risken för bortfall då insamlingen kunde avgränsas utifrån den valda teorin. Nackdelen med livsvärldsteorin var att flertalet kategorier var snarlika och ledde därför till svårigheter att placera under respektive kategori. Kodningen var därför tvungen att diskuteras ett flertal gånger. Det redovisas en stor mängd data i kategorin *den levda kroppen* i jämförelse med övriga kategorier. Detta kan ses som en bekräftelse av att män med prostatacancer upplever störst påverkan av den levda kroppen efter påbörjad behandling. Att utgå från livsvärldsteorin leder även till att vissa upplevelser efter påbörjad behandling faller bort och inkluderades därför inte i studien. Författarna ansåg inte att detta var problematiskt då dessa upplevelser inte hade besvarat syftet. Det fanns även upplevelser som med olika perspektiv passade in i ett flertal kategorier i resultatet, exempelvis oro som har presenterats som ett lidande och en psykisk påverkan. Detta då männen beskrev detta fenomen på skilda vis under sin behandlingstid. Om en induktiv ansats hade valts hade resultatet kunnat ge en bredare bild av mäns upplevelser av prostatacancer då studien inte hade varit begränsad. Dock ger en deduktiv ansats en ny synvinkel av ämnet samt möjlighet till att bepröva en redan vetenskaplig teori vilket styrker resultatets tillförlitlighet (Olsson & Sörensen, 2012).

En studie baserad på artiklar kunde ha valts vilket hade ökat underlaget för de upplevelser som män beskriver av livet efter påbörjad behandling. Detta hade kunnat ge ett bredare perspektiv av upplevelsena (Kristensson, 2014). Studiens författare valde patografier då

dessa är primärkällor vilket styrker trovärdigheten då risken för att informationen är tolkad minskar när patografierna är skrivna av männen själva (Polit och Beck, 2012). Det kan ses som en styrka att patografierna är skrivna en tid efter sjukdomstiden vilket kan möjliggöra en fördjupning i männens reflektioner. Detta kan även ses som en nackdel då männens minnen av tidigare upplevelser kan vara påverkade då mycket har hänt sedan männen fick sin prostatacancerdiagnos. Det här kan i sin tur ha påverkat dem både emotionellt och erfarenhetsmässigt och bidragit till att vissa upplevelser uteslutits eller förvrängts. Därmed kan det aldrig säkerställas att de upplevda berättelserna inte är påhittade vilket kan ses som en annan nackdel i studiens resultat.

Elo och Kyngäs (2008) analysmodell användes då denna modell har en tydlig beskrivning av en deduktiv innehållsanalys och dess tillvägagångssätt. Patografierna lästes igenom ett flertal gånger enskilt för att bekanta sig med texten och dess innehåll och för att därefter plocka ut väsentliga meningsenheter som besvarade studiens syfte, vilket kan ses som en styrka i studien. Detta då meningsenheterna har tagits ut enskilt och därefter diskuterats tillsammans vilket minimerar riskerna för att missa väsentliga meningsenheter. En av biografierna var skriven tillsammans med en anhörig, dock ansåg inte detta ha någon påverkan på studien då det tydligt gick att utläsa vem som skrev vad. Därför plockades endast meningsenheter ut från den text som var skriven av mannen som drabbats av prostatacancer. Samtliga meningsenheter samlades i ett gemensamt dokument och för att lätt kunna återfinna texten i patografierna identifierades dessa genom olika färgkoder. I enlighet med Elo och Kyngäs (2008) analysmodell finns inget krav på kondensering då detta kan ske fritt i tankegången. Dock kondenserades de meningsenheter som ansågs komplexa för att säkerställa att inte bli latent. Därefter kodades data och det kunde stundtals uppfattas som svårt att vara manifesta, därmed kan viss tolkning inte kan undgå. Detta menar även Olsson och Sörensson (2012) som skriver att det aldrig går att undvika viss tolkning av textmaterialet i innehållsanalysen trots en manifest ansats.

Resultatdiskussion

Syftet med föreliggande studie var att beskriva mäns upplevelser av att leva med prostatacancer efter påbörjad behandling. Resultatet genererade fyra huvudkategorier utifrån livsvärldsteorins centrala begrepp: *Den levda kroppen, vårdrelationer, lidande samt*

välbefinnande. Dessa centrala begrepp kommer även att diskuteras i efterföljande resultatdiskussion.

Den levda kroppen

Männens upplevelser av förändringar i den levda kroppen efter påbörjad behandling för prostatacancer kan förklaras utifrån Dahlbergs (2014) livsvärldsteori. Livsvärldsteorin åskådliggörs i studien då männen upplevde det teorin beskriver som påverkan både psykiskt, fysiskt och existentiellt. Trots att männen som skrivit patografierna har genomgått olika typer av behandling för prostatacancer fann studiens författare att oberoende av vilken behandling männen hade erbjudits var deras upplevelse liknande vilket även kan ses som en styrka. Detta då det ger ett bredare perspektiv om hur olika behandlingsformer för prostatacancer kan inverka på individen. Det som männen främst upplevde som besvärligt från behandlingen var dess biverkningar som togs sig uttryck genom inkontinens och impotens vilket påverkade dem både psykiskt och fysiskt. En betydande upptäckt i föreliggande studie var sambandet mellan sexuell dysfunktion och männens upplevelse av deras manlighet. Då männen upplevde begränsningar och svårigheter i det sexuella samlivet uppstod tvivel om deras manliga identitet. Denna uppfattning återfinns i Dahlbergs (2014) teori som menar att en komplex sjukdom kan påverka en persons föreställning om sin egna kropp och de fysiologiska förändringar som sjukdomen ger. Wotten et al. (2007) samt Chambers et al. (2017) styrker detta påstående och skriver att potensen var en essentiell del i männens liv då detta utgör en symbol för den upplevda maskuliniteten. När männen upplevde sexuell dysfunktion resulterade detta i ett lidande för männen vilket hade en negativ inverkan på samlivet och den egna självbilden.

Impotensen upplevdes således som den svåraste biverkan av behandlingen och påverkade männen allra mest då detta besvärade dem under längst tid. Liknande resultat återfinns i studien av Krumwiede och Krumwiede (2012) som skriver att samtliga män upplevde en signifikant försämring av sexuell funktion efter påbörjad behandling för sin prostatacancer. Dock menar författarna att inkontinensen upplevdes som en svårare biverkning än impotensen (ibid.). Hsiao et al. (2011) påvisar att män som behandlas med radikal prostatektomi upplever fler symtom av sexuell dysfunktion än de som strålbehandlas. I föreliggande studie framkommer det dock att männen ansågs uppleva detta besvär likvärdigt oavsett behandlingsform och därför kan detta påstående inte bekräftas. Sjuksköterskan bör därför se till mäns individuella behov och i samråd med patienten samtala om de biverkningar

som uppkommer från behandlingen. Detta går i linje med Ekman et al. (2011) som beskriver personcentrerad vård som en viktig del i omvårdnaden där patientens individuella behov ska bejakas och patienten ska ses som en jämlike i vården.

Förutom de tankar som riktade sig mot impotens upplevde männen även inkontinensen som besvärlig vilket medförde begränsningar i det vardagliga livet. Detta då männen var tvungna att planera sina vardagliga aktiviteter innan de lämnade hemmet och var konstant beroende av att veta vart närmaste toalett fanns. Denna livssituation medförde känslor av maktlöshet och förnedring. Liknande resultat redogörs av Krumwiede och Krumwiede (2012) samt Hanly, Mireskandari och Juraskova (2014) som skriver att inkontinens är en biverkning av behandlingarna och genererade att männen höll sig borta från sociala sammanhang på grund av rädsla för urinläckage (ibid.). Vidare styrker Hanly et al. (2014) samt King et al. (2015) att inkontinensen medförde ett ökat behov av planering i vardagen och männen använde sig av olika strategier för att hantera denna biverkning. Det här genom att vara väl förberedda med inkontinensskydd under dagen, använda mörka kläder eller att ständigt ha behov av att veta vart närmaste toalett finns vilket likväl beskrivs i föreliggande studie. Ett annat sätt att återfå kontrollen över sjukdomen var att åstadkomma en hälsofrämjande livsstilsförändring genom att äta mer vegetariskt samt att röra på sig. Detta styrker King et al. (2015) som skriver att flertalet män som genomförde livsstilsförändringar upplevde en känsla av självkontroll. Som sjuksköterska är det därför av vikt att uppmuntra patienten till livsstilsförändringar

Resultatet i föreliggande studie visar att männen inte bara drabbas fysiskt av sin behandling utan upplever även psykiska konsekvenser vilket är i enlighet med Dahlberg (2014) som menar att sjukdom inte endast påverkar den fysiska kroppen. Psykologiskt visas detta i form av oro och i vissa fall ångest, men även som en mental kamp där en av männen påvisade ett starkt behov av att upprätthålla en positiv inställning genom hela behandlingsperioden. I Ervik och Asplunds (2011) studie framkommer likväl detta resultat där en positiv attityd framhålls som en viktig del både för männen själva och för de som befinner sig i deras omgivning. Optimism och humor beskrivs som en strategi som håller männen aktiva och motverkar den upplevda ångesten vilket även framgick i föreliggande studie. Det är även ett förhållningssätt som underlättar partnerns medverkan i deras vardag. Detta styrker Kazer et al. (2011) som påvisar att en positiv attityd är en copingstrategi vilket bidrar till goda förutsättningar att hantera sjukdomstillståndet.

Vårdrelationer

Männens upplevelser av vårdande relationer efter påbörjad behandling för prostatacancer kan även förklaras utifrån Dahlbergs (2014) livsvärldsteori. Livsvärldsteorin åskådliggörs i studien då männen upplevde det teorin beskriver beträffande relationerna mellan patient och vårdare samt mellan patient och människor utanför vårdkontexten (ibid.). Att berätta om sin situation ansågs viktigt för männen och framkom i samtliga patografier. Detta hjälpte männen att återfå styrka och bidrog även till att den upplevda bördan minskade. Behovet beskrevs som så stort att det i vissa fall var oväsentligt vem det var som lyssnade, bara människor tog sin tid. Det upplevdes även viktigt att berätta om sjukdomsförloppet ett flertal gånger efter påbörjad behandling. Detta kan ses som en slags terapi vilket underlättar behandlingstiden och den nya situationen. I kontrast till detta beskriver Ervik och Asplund (2011) att män med prostatacancer inte vill prata om sin sjukdom då det anses genant och ett ämne som är känsligt i samhället. Männen var därför selektiva i valet av personer att prata om prostatacancer med, då de inte ville vara till besvär eller forcera informationen på någon (ibid.). I föreliggande studie visade det sig att anhöriga har en central roll då männen har påbörjat behandling för prostatacancer. De blev ett stöd som hjälpte dem att återfå kontrollen i den nya tillvaron. Kazer et al. (2011) påtalar värdet av anhörigas stöd och i synnerhet partnern under behandlingstiden. Men att själv uppnå mål och bedriva egenvård är en lika viktig del för männen då detta stärker deras självkänsla och självständighet (Bandura, 2004).

Det framkommer i föreliggande studies resultat att männen till största del upplevde bemötandet inom vården som gott. De upplevde ett bra bemötande och detta förstärktes genom kontinuitet och tillit, något som Dahlberg (2014) beskriver som en förutsättning för en god vårdrelation. Detta går i linje med Bungay och Capello (2009) som menar att äldre män är tillfreds med den omvårdnaden de får till följd av tillit till vårdpersonalen (ibid.). Viktiga faktorer för några av männen som stärkte relationen var att personalen gav information och främjade ett pedagogiskt tillvägagångssätt då de beskrev deras situation. Information kan på så vis medföra att männen återfår kontroll över den nya situationen och det inger tillit då vårdpersonalen är ärlig och delger konkret fakta. Information belyser även Carter et al. (2014) i sin studie som en viktig aspekt i omvårdnaden efter påbörjad behandling för att männen ska uppleva delaktighet i den egna sjukdomen. Trots kunskap om patientens behov av information och stöd påvisar Carter et al. (2014) att sjuksköterskan upplever tidsbrist i omvårdnaden av dessa män. Detta trots att Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 2017:30), 1§ och 2§, fastställer att ”Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det

finnas den personal som behövs för att god vård ska kunna ges” och ”Hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär att vården särskilt ska tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet” (ibid.).

Resultatet påvisar att den sociala interaktionen var en betydande del för samtliga män. Framförallt de med liknande erfarenheter ansågs vara en stärkande komponent för männen. Genom detta var det ett flertal män som sökte sig till diverse stödgrupper för ett ökat stöd i den nya livssituationen. De Sousa, Sonavane och Mehta (2012) beskriver i sin studie att stödgrupper leder till en ökad mental hälsa och som i vissa fall bidrar till en förlängd livstid. För de som inte finner ett tillräckligt socialt stöd i sin omgivning kan dessa grupper, professionellt ledda eller inte, vara till en god hjälp för ökad information och delade erfarenheter (De Sousa, Sonavane & Mehta, 2012; Hanly et al., 2014; King et al., 2015; Krumwiede & Krumwiede, 2012).

Lidande

I resultatet framgår det att män med påbörjad behandling för sin prostatacancer upplever ett lidande vilket kan bekräftas utifrån Dahlbergs (2014) livsvärldsteori. Livsvärldsteorin belyser lidande i olika perspektiv och i resultatet framkom en tydlig beskrivning av detta, det vill säga livs-, sjukdoms- och vårdlidande. Lidande tog sig i uttryck fysiskt då männen upplevde smärta till följd av behandlingen, det vill säga ett sjukdomslidande (Dahlberg et al., 2003). Mest nämnvärt var katetern och den plåga som medföljde vilket bidrog till ett kroppsligt lidande. Att inte vara botad, att cancer skulle sprida sig eller en oro inför framtiden är det lidande som påverkade männen psykiskt vilket Walsh och Hegarty (2010) styrker i sin studie. Det blev en omställning för dem då det plötsligt var de långa perspektivet som kändes hotande och medförde en ovisshet inför de läkarbesök som skulle pågå under ett flertal år. Detta går i linje med Ervik och Asplund (2011) som beskriver att män upplever lidande trots behandling då minsta lilla smärta, klåda eller märken sammankopplas till cancerspridning. Denna nya kroppsmedvetenhet orsakar ett livslidande och medför att männen ständigt är oroliga för eventuella symtom. Männen ville därför bibehålla en aktiv vardag för att undgå de mörka tankarna och oron vilket även är i enlighet med resultatet i den föreliggande studien. Att känna denna oro över behandling eller rädsla inför döden är en vanlig anledning till att patienter med prostatacancer blir deprimerade (De Sousa, Sonavane & Mehta, 2012). Sjuksköterskan har därför en viktig uppgift att vara lyhörd för dessa tecken då dödligheten ökar då patienter är deprimerade och lider av denna typ av sjukdomstillstånd (ibid.).

Genom att männen inte fick tillgång till den information de eftersökte av sjukvården gick ett vårdlidande att utläsa utefter Dahlbergs et al. (2003) livsvärldsteori. Utebliven information skapade lidande i form av frustration, ensamhet och osäkerhet. Att vården inte bidrar med en god informationsspridning kan därmed medföra att männen upplever bristande trygghet och i vissa fall ifrågasätter vårdsystemet. Detta kan på så vis påverka framtida möten och upplevelser av vården. En annan studie belyser även detta problem och beskriver mäns maktlöshet då de känner sig ovetandes om sin situation gällande både sjukdomsbild och framtida prognos (Ervik, Nordøy & Asplund, 2010). I vissa fall beskrev sig männen som helt ovetandes om allting vilket förstärktes av känslan att sjukvårdspersonalen inte upplevdes som tillgängliga för frågor. Genom ett gott bemötande av sjukvårdspersonal och en tillgänglighet för samtal angående frågor och funderingar kunde denna trygghet återställas (ibid.).

Välbefinnande

I resultatet ges en beskrivning av att männen, trots behandling för sin prostatacancer, upplever välbefinnande vilket styrks av Dahlberg (2014) som skriver att trots sjukdom kan personen uppleva stunder av välbefinnande. Männen upplevde ett välbefinnande när positiva besked gavs och katetern avvecklades. Att återfå kontroll av kontinensen beskrevs även som betydelsefullt och det fick männen att känna sig fungerande igen. Appleton et al. (2015) styrker även att män som lever med prostatacancer kan uppleva ett välbefinnande och detta när personen upplevde kontroll över sin sjukdom. Män som drabbats av prostatacancer upplevde en ny dimension av livet och ett behov av att leva i nuet. Denna tankegång går i linje med Krumwiede och Krumwiede (2012) som skriver att män med prostatacancer värderade livet på ett nytt sätt och de fick nya prioriteringar över vad som egentligen var viktigt i livet. Enligt Dahlbergs (2014) beskrivning kan detta kopplas till mäns existentiella frågor men kan även jämföras som en form av välbefinnande då männen uppskattar livet ur en ny dimension än vad de gjorde tidigare och njuter numera av nuet (ibid.). Det är trots allt osäkert om dessa förändringar endast kan ses som något positivt då det har en påverkan på männens livsmönster. Att männen lever i nuet och tar tillvara på varje dag kan följaktligen vara en indikation på en oro för att återigen insjukna i prostatacancer.

Slutsats

Syftet med studien var att utifrån livsvärldsteorin beskriva mäns upplevelser av att leva med prostatacancer efter påbörjad behandling. Resultatet riktar sig främst till all vårdpersonal som möter dessa män i olika vårdkontexter. Tidigare forskning visar på att information och stöd är viktiga faktorer under behandlingstiden och att livet förändrades på flera sätt till följd av sjukdomen. Resultatet visade att män som påbörjat sin behandling för prostatacancer upplevde en påverkan på den levda kroppen både fysisk, psykiskt och existentiellt. Inkontinensbesvär samt sexuell dysfunktion upplevdes som komplexa biverkningar till följd av behandling för prostatacancer. Den sexuella dysfunktionen hade även en inverkan på den upplevda manligheten vilket bidrog till en förändrad kroppsbild. Behandling för prostatacancer resulterade även i psykiska konsekvenser där männen upplevde oro och ångest för eventuella återfall och rädsla för döden vilket likaledes kan ses som ett lidande. Trots detta upplevde männen stunder av välbefinnande då de gjorde framsteg i sin behandling samt då de återfick kontrollen över sjukdomen. Emellertid utvecklade männen strategier för att återfå kontrollen över sjukdomen vilket togs i uttryck genom till exempel förändrad kost, stödgrupper samt ökad fysisk aktivitet. Männens stöd från både vårdpersonal, anhöriga och vänner ansågs betydelsefullt för att främja trygghet och välmående.

I föreliggande studie har mäns upplevelser av prostatacancer illustrerats. Resultatet kan dock inte generaliseras på alla män som påbörjat behandling för prostatacancer. Denna studie påvisar inte partners perspektiv av sjukdomen och deras behov av stöd vilket framkom som en viktig del för männens välmående. Denna information hade möjliggjort sjuksköterskans förståelse och kunskap om hur hon kan stödja både männen och deras partner i den nya livssituationen. Det finns av denna orsak ett behov för ytterligare forskning inom detta område. I litteraturstudien har det även uppenbarats att män är i behov av att prata och få information om sin sjukdom. Denna information hade möjliggjort sjuksköterskans förståelse och praktiska kunskaper om hur hon specifikt kan bemöta denna patientgrupp för att åstadkomma bästa möjliga omvårdnad. Däremot finns det bristfällig forskning i hur sjuksköterskan ska möta dessa anspråk vilket är ytterligare ett utvecklingsområde för framtida forskning.

Självständighet

Hela arbetet har genomsyrats av ett gott samarbete där båda författarna har deltagit aktivt i samtliga processer av arbetet. Sökningen efter patografier gjordes gemensamt och lästes därefter var för sig och meningsenheter valdes ut enskilt. Därefter diskuterades valda meningsenheter till konsensus uppstod. Inledningen och bakgrunden skrevs gemensamt men Maria hade huvudansvaret för rubrikerna upplevelser- och omvårdnad av prostatacancer medan Sofie hade ansvar för rubriken prostatacancer. Metodavsnittet skrev gemensamt och likaså resultatet samt resultatdiskussionen. Resultatet har utvecklats genom en lång procedur där författarna arbetat tillsammans med att bearbeta data och fördelat koderna under rätt kategori. Metoddiskussionen har delats upp i olika ansvarområden och dessa har fördelats jämnt och har därefter sammanställts till en enhetlig text. Samtlig text har bearbetats ett flertal gånger tills både författarna ansåg sig nöjda med textens innehåll och struktur.

Referenser

*= källor till resultatet.

Almås, H., & Gjerland, A. (2002). Omvårdnad vid sjukdomar och rubbningar i urinvägar och de manliga könsorganen. I H. Almås. (Red.), *Klinisk omvårdnad*. 2 (s. 604-607). Stockholm: Liber.

Appleton, L., Wyatt, D., Perkins, E., Parker, C., Crane, J., Jones, A., ... Pagett, M. (2015). The impact of prostate cancer on men's everyday life. *European Journal of Cancer Care*. 24(1), 71-84. doi:10.1111/ecc.12233.

Baena de Moraes Lopez, M-H., Higa, R., Nogueira Cordeiro, S., Aparecida Rodrigues Estapé, N., Arturo Levi D'Ancona, C., & Ribeiro Turato, E. (2012). Life Experiences of Brazilian Men With Urinary Incontinence and Erectile Dysfunction Following Radical Prostatectomy. *J Wound Ostomy Continence Nurses*, 39(1), 90-94. doi: 10.1097/WON.0b013e3182383eeb

Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Education & Behavior*, 31(2), 143–164. doi:10.1177/1090198104263660

Berg, L. (2014). Sjuksköterskans ansvar för vårdrelationen med patienten. I E. Dahlborg-Lyckhage. (Red.). *Att bli sjuksköterska- en introduktion till yrket och ämnet* (s. 145-160). Lund: Studentlitteratur.

Bratt, O., Myhrman, T., & Thulin, H. (2016). Urologi. I C. Kumlien, & J. Rystedt (Red.). *Omvårdnad & kirurgi* (s. 319–344). Lund: Studentlitteratur.

Bungay, H., & Capello, R. (2009). 'As long as the doctors know what they are doing': trust or ambivalence about patient information among elderly men with prostate cancer. *European Journal of Cancer Care*, 18(5), 470–476. doi:10.1111/j.1365-2354.2008.00992.x

Cancerfonden. (2014). Vanliga frågor om prostatacancer. Hämtad 22 december, 2017, från <https://www.cancerfonden.se/om-cancer/om-prostatacancer>

Carter, N., Miller, P., Murphy, B., Payne, V., & Bryant-Lukosius, D. (2014). Healthcare providers' perspectives of the supportive care needs of men with advanced prostate cancer. *Oncol Nurs Forum*. 41(4), 421-30. doi:10.1188/14.ONF.421-430

Chambers, SK., Chung, E., Wittert, G., Hyde, MK. (2017). Erectile dysfunction, masculinity and psychosocial outcomes: a review of the experiences of men after prostate cancer treatment. *Transl Androl Urol*, 6(1), 60-68. doi: 10.21037/tau.2016.08.12

Cockle-Hearne, J., Chamay-Sonnek, F., Denis, L., Fairbanks, H., Kelly, D., Kav, S., ... Faithfull, S. (2013). The impact of supportive nursing care on the needs of men with prostate cancer: a study across seven European countries. *British Journal of Cancer*, 109(8), 2121–2130. doi:10.1038/bjc.2013.568

Dahlberg, K. (2014). *Att undersöka hälsa och vårdande*. (1. utg.) Stockholm: Natur & kultur.

- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O., & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- De Sousa, A., Sonavane, S., & Mehta, J. (2012). Psychological aspects of prostate cancer: a clinical review. *Prostate Cancer and Prostatic Diseases*, 15(2), 120-127. doi:10.1038/pcan.2011.66
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., ... Stibrant-Sunnerhagen, K. (2011). Person-centered care- Ready for prime time. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(4), 248-251. doi:10.1161/j.ejcnurse.2011.06.008
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62(1), 107–115.
- Eriksson, K. (1987). *Pausen: en beskrivning av vårdvetenskapens kunskapsobjekt*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Ervik, B., & Asplund, K. (2011). Dealing with a troublesome body: A qualitative interview study of men's experiences living with prostate cancer treated with endocrine therapy. *European Journal of Oncology Nursing*, 16(2), 103–108. doi:10.1016/j.ejon.2011.04.005
- Ervik, B., Nordøy, T., & Asplund, K. (2010). Hit by Waves-Living With Local Advanced or Localized Prostate Cancer Treated With Endocrine Therapy or Under Active Surveillance. *Cancer Nurs*, 33(5), 382-9. doi:10.1097/NCC.0b013e3181d1c8ea
- *Feldt, K., & Otter, B.V. (2003). *I cancers skugga: ett år av förtvivlan och hopp*. Stockholm: Ekerlid.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & kultur.
- Friberg, F. (2017). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (Tredje upplagan). Lund: Studentlitteratur.
- Gillå, U. (2011). *Medicin. I*. (1. uppl.) Stockholm: Bonnier utbildning.
- Grefberg, N. (2013). *Medicinboken: orsak, symtom, diagnostik, behandling*. Stockholm: Liber.
- Hanly, N., Mireskandari, S., & Juraskova, I. (2014). The struggle towards 'the New Normal': a qualitative insight into psychosexual adjustment to prostate cancer. *BMC Urology*, 14(56), 1-10. doi:10.1186/1471-2490-14-56
- Hedestig, L., Sandman, P-O., Tomic, R., & Widmar, A. (2005). Living after radical prostatectomy for localized prostate cancer: A qualitative analysis of patient narratives. *Acta Oncologica*, 44(10), 679-686. doi: 10.1080/02841860500326000
- Helsingforsdeklarationen. (2013). Hämtad 4 februari, 2018, från <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>

Hsiao, C-P., Moore, I., Insel, K., & Merkle, C. (2011). High perceived stress is linked to afternoon cortisol levels and greater symptom distress in patients with localized prostate cancer. *Cancer Nursing*, 36(4), 470-478. doi: 10.1097/NCC.0b013e31820a5943

Järhult, J., & Offenbartl, K. (2013). *Kirurgiboken: vård av patienter med kirurgiska, urologiska och ortopediska sjukdomar*. Stockholm: Liber.

Kazer, M., Harden, J., Burke, M., Sanda, M., Hardy, J., Bailey, D., & PROSTQA Study Group. (2011). The experiences of unpartnered men with prostate cancer: a qualitative analysis. *Journal of Cancer Survivorship*, 5(2), 132-141. doi:10.1007/s11764-010-0157-3

King, A., Evans, M., Moore, T., Paterson, T., Sharp, D., Persad, R., & Huntley, A. (2015). Prostate cancer and supportive care: a systematic review and qualitative synthesis of men's experiences and unmet needs. *Eur J Cancer Care*, 24(5), 618-634. doi:10.1111/ecc.12286

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & Kultur.

Krumweide, K., & Krumweide, N. (2012). The Lived Experience of Men Diagnosed With Prostate Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 39(5), 443-50. doi:10.1188/12.ONF.E443-E450

Libris (n.d.). Innehåll. Hämtad 4 januari, 2018, från http://librishelp.libris.kb.se/help/content_swe.jsp?open=about

Lindqvist, O. (2011). Living with Bodily Changes in Hormone-Refractory Prostate Cancer. *Seminars in Oncology Nursing*, 27(4), 309-316. doi:10.1016/j.soncn.2011.07.009

*Loverfelt, B. (2014). *Jag och min PC: prostatacancer tog plats i våra liv*. Visby: Nomen/Books-on-Demand.

O'Brien, R., Rose, P., Campbell, C., Weller, D., Neal, R., Wilkinson, C., ... Watson, E. (2011). "I wish I'd told them": A qualitative study examining the unmet psychosexual needs of prostate cancer patients during follow-up after treatment. *Patient Education and Counseling*, 84(2), 200-207. doi:10.1016/j.pec.2010.07.006

Olsson, H., & Sörensen, S. (2012). *Forskningsprocessen, kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.

Polit, D-F. & Beck, C-T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

*Pärletun, L-G. (2003). *Ditt PSA är för högt: mitt möte med prostatacancer*. Lund: Vivamos.

SFS 2017:30. Hälso- och sjukvårdslag. Hämtad 30 Mars, 2018, från Riksdagen, https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-201730_sfs-2017-30

Walsh, E., & Hegarty, J. (2010). Men's experiences of radical prostatectomy as treatment for prostate cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 14(2), 125-133. doi: 10.1016/j.ejon.2009.10.003

Wootten, A., Abbott, J., Osborne, D., Austin, D., Klein, B., Costello, A., & Murphy, B. (2014). The impact of prostate cancer on partners: a qualitative exploration. *Psychooncology*. 23(11), 1252–1258. doi:10.1002/pon.3552

Wootten, A. Burney, S. Foroudi, F. Frydenberg, M. Coleman, G. & T. Ng, K. (2007). Psychological adjustment of survivors of localised prostate cancer: investigating the role of dyadic adjustment, cognitive appraisal and coping style. *Psycho-Oncology*. 16(11), 994-1002. doi: 10.1002/pon.1159

*Örn, P. (2016). *Prostatacancer: en bok om hopp*. Stockholm: Ekerlid.

Bilaga 1 Exempel på deduktivt analysförfarande i förhållande till begreppet den levda kroppen.

Begrepp	Meningsbärande enhet (MU)	Kondensering av MU	Kod	Subkategori
Den levda kroppen	Det tyngsta handikappet jag bar med mig från cancerbehandlingen var den totala avsaknaden av lust och förmåga till sexuellt samliv.	Tyngsta handikappet från cancerbehandlingen var total avsaknad av lust och förmåga till sex.	Begränsningar av sexuellt samliv i den levda kroppen	Fysisk påverkan av den levda kroppen
	Den kvällen hade jag för första gången fått uppleva vad begreppet inkontinens står för. Lyckligtvis inträffade det i vårt egna kök. Jag blev, som många gånger förr, plötsligt kissnödig. Men denna gång hann jag inte fram till toaletten på övervåningen utan allt gick ur min kontroll	Fått uppleva vad inkontinens står för. Jag blev plötsligt kissnödig. Denna gång hann jag inte till toaletten. Allt gick ur min kontroll.	Förlorad kontroll av urinblåsan till följd av behandling i den levda kroppen.	
	Fast ibland blev jag påmind om att allt inte var över och att jag framför allt inte borde försätta mig i situationer utan en klar flyktväg till närmaste toalett.	Blev påmind om att allt inte var över. Borde inte försätta mig i situationer utan flyktväg till närmaste toalett.	Planering och begränsningar till följd av inkontinens i den levda kroppen.	Psykisk påverkan av den levda kroppen.
	Jag inser nu att jag på ett oförklarligt sätt saknar min prostata. Den var en del av min identitet utan att jag någonsin funderat på det.	Saknar min prostata. Var en del av min identitet utan att någonsin funderat på det	Förlorad identitet i den levda kroppen	
	Man lever i skuggan av sjukdomen även om man är friskförklarad. Friskförklaringen är alltid villkorlig.	Lever i skuggan av sjukdomen. Friskförklaringen är alltid villkorlig	Villkorlig existens av den levda kroppen	Existentiell påverkan av den levda kroppen
	Med vännerna i bastun talade jag om hur cancern hade förändrat min syn på olika saker. Jag kände att fritiden blev mer värdefull och därför hade jag slutat med att fylla väskan med hemarbete efter en dag på jobbet.	Talade om hur cancern förändrat min syn på olika saker. Fritiden blev mer värdefull och jag hade slutat fylla väskan med hemarbete	En förändrad syn av prioriteringar i den levda kroppen	