



**RÖDA KORSETTS HÖGSKOLA**  
- utbildning & forskning inom vårdområdet

Sjuksköterskeprogrammet 180hp  
Vetenskaplig metodik III, Självständigt examensarbete  
KURS HK08 - DK17, 15 hp  
HT10

# **KVINNORS ERFARENHETER AV ATT LEVA MED MÄN MED PROSTATACANCER**

- en litteraturöversikt

Mårten Forsberg och Martin Rittengren

# SAMMANFATTNING

Prostatacancer är en av de mest vanliga cancersjukdomarna globalt sett och den vanligaste cancerformen i Sverige. Om männen när de får diagnosen är i en relation med någon kan även denna person påverkas av detta. Syftet med denna studie var att undersöka dessa partners erfarenhet av att leva med en man med prostatacancer. En litteraturoversikt baserad på kvalitativt material utfördes. Femton artiklar analyserades och åtta kategorier kunde identifieras: rsn, Anhörigvårdare, Information, Stöd, Sexualitet och Intimitet, Team, Kommunikation och Vardagen. Resultatet visade att kvinnor ofta tar på sig rollen som anhörigvårdare och att de visade ett behov av ytterligare information och stöd. Det sexuella samlivet var även något som kvinnorna ansåg påverkades som en följd av impotensen mannen drabbades av efter behandling. Vissa kvinnor beskrev hur de bemötte cancer tillsammans med sin man som en enhet. En bra kommunikation mellan kvinnorna och deras män uppfattades av vissa kvinnor som viktigt. Många kvinnor beskrev hur deras liv förändrades att de använde sig av olika strategier för att klara av vardagen. När kvinnor antar rollen som anhörigvårdare är det viktigt för dem att de från sjukvården får rätt typ av information och stöd i rätt tidpunkt för att för att kunna förbereda sig för och hantera denna roll. Sjukvården behöver därför utveckla riktlinjer så att kvinnornas behov inkluderas i vårdprocesserna kring mannen.

Nyckelord: Prostatacancer, Partner, Erfarenheter, Anhörigvårdare, Behov

## SUMMARY

Prostate cancer is one of the most common cancers globally and the most common cancer in Sweden. If the men when diagnosed are in a relationship with someone, this person may be affected by this. The purpose of this study was to examine the partner's experience of living with a man with prostate cancer. A literature review based on qualitative material was carried out. Fifteen articles were analyzed and eight categories were identified: Changed outlook on life, Caregiver, Information, Support, Sexuality and Intimacy, Team, Communication, and Daily Life. The results showed that women often take on the role of caregivers and that they showed a need for additional information and support. According to women, the impotence the men suffered from after treatment had an impact on their sex-life. Although the women prioritized that their husbands were still alive instead of a functional sex-life many felt that their sex-life had been affected in a negative sense. Some women described how they responded to the cancer with her husband as a unit. Good communication between women and their husbands were perceived by some women as important. Many women described how their life changed and that they used various strategies to cope with everyday life. When women assume the role of caregivers it's important for them to have the right kind of information at the right time given to them by health care providers, this in order to be able to prepare for and respond to the role as a caregiver. Health services therefore need to develop guidelines to ensure that the needs of women are included in the care processes of the men.

Keywords: Prostate cancer, Partner, Experiences, Caregiver, Needs

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	INLEDNING.....	1
2	BAKGRUND .....	1
	2.1 Diagnostik och bedömning .....	1
	2.2 Behandling.....	2
	2.3 Mäns erfarenheter.....	4
	2.4 Närstående .....	5
3	PROBLEMFÖRMULERING .....	6
4	SYFTE.....	6
5	METOD.....	7
	5.1 Datainsamling och urval.....	7
	5.2 Dataanalys.....	9
6	ETISKA ASPEKTER .....	10
7	RESULTAT.....	10
	7.1 Oro och Rädsla .....	10
	7.2 Anhörigvårdare.....	11
	7.3 Information .....	12
	7.4 Stöd .....	14
	7.5 Sexualitet och intimitet.....	15
	7.6 Team .....	17
	7.7 Kommunikation.....	17
	7.8 Vardagen.....	18
8	DISKUSSION .....	19
	8.1 Metoddiskussion.....	19
	8.2 Resultatdiskussion .....	20
	8.2.1 Information, Stöd och Anhörigvård .....	20
	8.2.2 Sexualitet, Intimitet och Kommunikation. ....	23
	8.2.3 Coping .....	25
	8.3 Slutsats .....	25
	8.4 Förslag på vidare forskning/utveckling .....	26
9	REFERENSER.....	27
	BILAGOR.....	33

# 1 INLEDNING

Prostatacancer är idag en vanlig förekommande cancersjukdom världen över och i Sverige den vanligaste. Livet kan för en man som drabbas av prostatacancer innebära både fysiska och psykiska förändringar som kan påverka dennes syn på sig själv och livet. Effektiv botande behandling mot prostatacancer finns idag att tillgå såvida cancer inte är spridd till resten av kroppen. I det fallet syftar behandlingen främst till symtomlindring. Behandling av prostatacancer kan medföra problem som t.ex. minskad erektionsförmåga, minskad sexlust och urininkontinens. Dessa bieffekter kan innebära en negativ inverkan på mannens livskvalité. Befinner sig mannen samtidigt i en relation kan partnern och förhållandet i sig påverkas av detta. Denna c-uppsats ämnar beskriva partners erfarenheter av att leva med en man som drabbats av prostatacancer.

## 2 BAKGRUND

Prostatacancer var 2008 den vanligast förekommande cancersjukdomen inom EU samt även den näst vanligast förekommande globalt. Sett till mortalitet hamnar prostatacancer på tredje plats i EU och på sjunde i världen bland cancerformer (International Agency for Cancer Research [IARC] , 2008) .

Antalet diagnostiserade fall av prostatacancer har under de senaste 20 åren ökat kraftigt, även om det rapporterats om en minskning i incidens de senaste åren, och är idag den vanligaste cancerformen bland svenska män. År 2009 rapporterade socialstyrelsen att cancerformen även var den vanligaste i Sverige totalt (Socialstyrelsen [SoS], 2009). Enligt samma rapport diagnostiserades samma år, 8870 män och året innan var antalet dödsfall 2473 stycken.

### 2.1 Diagnostik och bedömning

Exempel på säkerställda riskfaktorer för prostatacancer är enligt SoS (2007a) ålder och ärftlighet. Peate (2010) beskriver de undersökningsmetoderna man idag använder för att diagnostisera prostatacancer varav de vanligast förekommande är att PSA-värdet mäts genom blodprov, rektal palpation av prostatan samt ultraljud via ändtarmen. PSA, eller prostataspecifikt antigen, är enligt Peate ett protein som utsöndras via prostataceller och vars förhöjda mängd i blodet fungerar som en indikation på en

förändring av prostatans struktur. Denna förändring av prostatan och därmed förhöjda PSA-värde kan bero på prostatacancer men även på exempelvis godartat prostataförstoring eller prostatit. Kritik har därför riktats mot ovan beskrivna undersökningsmetod då somliga hävdar att den kan leda till överdiagnostik och överbehandling av mindre aggressiva tumörer (Chustecka, 2010).

Vid konstaterad klinisk prostatacancer baseras därefter rekommendation av behandlingsform beroende på om det handlar om en lokaliserad, lokalt avancerad eller metastaserad prostatacancer. Lokaliserad prostatacancer innebär att canceren är begränsad till prostatakörteln, lokalt avancerad att canceren spritt sig till enbart prostatans närområde medan metastaserad prostatacancer innebär att canceren spridit sig vidare ut i kroppen, och då vanligtvis till skelettet eller lymfkörtlarna (Peate, 2010; Spickett & Robertson, 2010).

Vid lokaliserad prostatacancer bedöms vidare PSA-nivå, tumörutbredning samt tumörens aggressivitet för att ytterligare bestämma behandlingsrekommendation (SoS, 2007b).

## **2.2 Behandling**

Det finns idag en rad olika metoder med vilka män med lokaliserad eller lokalt avancerad prostatacancer kan behandlas i ett kurativt syfte; radikal prostatektomi, extern strålbehandling, brachyterapi, aktiv monitorering samt högintensivt ultraljud.

Enligt Kirby (2010) innebär radikal prostatektomi att man helt avlägsnar prostatan, sädesblåsor samt omkringliggande vävnad och att detta är en behandling som är bäst lämpad för män där man bedömer det möjligt att fullständigt avlägsna tumören genom ingreppet. Bieffekterna av denna metod kan, enligt Strief (2008), vara urininkontinens och impotens. Huruvida dessa funktioner förbättras och återkommer avgörs av patientens ålder, cancers stadie och hur intakta de nervknutar som finns omkring prostatakörteln är postoperativt, menar Strief. Vidare ökar, enligt Samadi och Lavery (2009), användandet av robotassisterad laparoskopisk radikal prostatektomi vilken är en teknik som, genom kontinuerliga tekniska samt praktiska framsteg, potentiellt kan leda till förbättringar för patienten onkologiskt likväl som funktionellt. Detta innebär enligt

Strief (2008) att det verkar som att risken för urininkontinens och impotens minskar samt att återhämtningstiden förkortas.

Extern strålbehandling är ytterligare en behandlingsform och som Kirby (2010) beskriver som särskilt fördelaktigt att använda på män som uppvisar någon form av komorbiditet eller har en lokalt avancerad prostatacancer. Denna behandlingsmetod kan resultera i dels övergående ogynnsamma bieffekter såsom diarré, tenesmer (smärtsamma trängningar vid urinering eller avföring), ändtarmsinflammation, dysuri, samt letargi och dels i mindre vanliga långtidsbieffekter såsom impotens eller kronisk ändtarmsinflammation (Strief, 2008).

Brachyterapi innebär att radioaktiva korn placeras i den cancerangripna prostatakörteln och detta är en metod vilken förefaller vara mest lämpad för att använda på män med en mindre avancerad cancer (Kirby, 2010). Potentiella bieffekter i samband med denna behandling kan, enligt Strief (2008), vara erektil dysfunktion eller inkontinens.

Ytterligare en behandlingsmetod, aktiv monitorering, är något som kan vara aktuellt för män med en lokaliserad prostatacancer där PSA-värdet understiger 10 ng/ml. Metoden går ut på att man övervakar cancerens utveckling via PSA-mätningar samt eventuellt ytterligare prostatabiopsier (Klotz, 2007). Om canceren vid ovanstående kontroller skulle visa tecken på att ha avancerat kan man övergå till kurativa behandlingar. Klotz menar vidare att detta tillvägagångssätt således kan vara ett alternativ för män vars prostatacancer bedöms vara liten och indolent och på så sätt minimera risken för överbehandling.

En terapiform under utveckling som preliminärt visat sig ha positiv effekt i behandlingen av lokaliserad prostatacancer är så kallat högintensivt ultraljud vilket administreras transrektalt via en specialdesignad sond (Kirby, 2010). Enligt Ahmed et al. (2009) verkar denna behandlingsmetod uppvisa positiva kortsiktiga resultat i behandlingen av män med lokaliserad prostatacancer och kan komma att fungera som ett alternativ och mellanväg till konservativ respektive radikal behandling. Ahmed et al. menar dock att vidare forskning med långsiktig uppföljning av behandlingsresultat måste utföras innan metoden kan ses som att vara i annat än en experimentell fas.

Även om prostata cancer idag tenderar att upptäckas allt tidigare så finns det fall där cancer metastaserat. Mortaliteten är enligt Kirby (2010) ca 70 % inom fem år och det finns idag ingen kurativ behandling mot prostatacancer som nått detta stadium.

Metastaserad cancer behandlas istället med metoder som har visat sig vara symptomlindrande och ha goda tumorspecifika effekter. Prostatacancer celler är beroende av det manliga könshormonet testosteron för att kunna växa och dessa behandlingsformer går därför ut på hormonell manipulation där man antingen blockerar könshormonets effekt på prostatan alternativt helt eliminerar det ur blodbanan. Antiandrogener används för att blockera könshormonets effekt och eliminering sker genom medicinsk eller kirurgisk kastration s.k. orkidektomi (SoS, 2007b). Spickett och Robertson (2010) beskriver även de vanligast förekommande fysiska och psykiska bieffekterna kopplade till hormonbehandling som blodsvällningar, förstoring av bröstkörtlarna, osteoporos, erektil dysfunktion och utmattning respektive minnes- och koncentrationssvikt, humörsvängningar och depressioner.

### **2.3 Mäns erfarenheter**

Tre vanliga bieffekter av såväl strålbehandling som radikal prostatektomi är försämring av tarmfunktion, urininkontinens och försämrade sexuell förmåga (Strief, 2008; Ward-Smith & Kapitan, 2005; Ward-Smith & Mehl, 2007). Dessa biverkningar har betydelse för patientens livskvalité. Rodgers, Sawhney, Chaudhary och Bissada (2006) fann att patienter behandlade kirurgiskt rapporterade en aningen bättre livskvalité än de patienter som genomgått strålbehandling. Patienter som behandlats med strålbehandling rapporterade mer ofta att de hade mindre energi, var illamående, hade svårt att tillmötesgå sin familjs behov samt att de kände mer smärta. Däremot fann Rodgers et al. att patienter som behandlats kirurgiskt för sin prostatacancer rapporterade en lägre livskvalité när det gällde sexuell funktion än de patienter som genomgått strålbehandling.

Butler, Downe – Wamboldt, Marsh, Bell och Jarvi (2001) utforskade vilken betydelse som inkontinens och impotens hade för livskvalitén hos patienter med prostatacancer. När det gäller problemet med inkontinens efter att katetern är dragen, fann man att patienterna generellt sett inte riktigt var förberedda på den bieffekten. En del patienter glömde ofta att ta med sig inkontinensskydd när de skulle lämna hemmet. För de som



använde skydd fanns en oro att skyddet skulle synas utifrån och om det inte syntes så fanns oro över att andra personer skulle kunna känna lukten av urin. Butler et al. har funnit att impotens var ett betydande bekymmer. Några patienter i studien uttryckte det som att den sexuella relationen med sin partner var över. Det framkom också att en del av patienterna upplevde att sin partners sexuella behov var desamma som innan de genomgick operationen vilket blev ett problem då patienterna inte kände att de kunde uppfylla detta behov.

Enligt O'Shaughnessy och Laws (2009–10) upplevde patienterna ytterligare problem i och med att deras kroppsbild kom att påverkas av att de efter prostatektomi hade kvarvarande ärr alternativt gått upp i vikt. Dessutom upplevde en del av patienterna att självbilden påverkades negativt av oförmågan till erektion. Detta har också uppmärksamats i en studie av Hedestig, Sandman, Tomic, och Widmark (2005a) där män beskrev att de inte kände sig som män fullt ut och använde beskrivningar som ”halv människa”, ”en svag man”, ”beskuren” och ”stympad”, när de relaterade till minskad erektionsförmåga efter prostatektomi.

Boehmer och Babayan (2004) visade att män inför en stundande prostatektomi var oroliga för hur en eventuell impotens skulle påverka relationen. Butler et al (2001) fann att några av patienterna upplevde att de kommit sina partners närmare. En del andra patienter upplevde dock ingen direkt förändring i relationen.

## **2.4 Närstående**

Sand (2002) skriver att anhöriga och närstående till personer som drabbas av sjukdom och olyckor känner rädsla och ångest inför framtiden och att de är oroliga för att deras nära skulle kunna förlora hälsan och att de skulle kunna mista livet. Sand menar vidare att närstående ofta prioriterar bort sina egna behov för att vårda den familjemedlemmen som har blivit sjuk. Reitan (2003) menar att om en familjemedlem drabbas av cancer påverkas familjens samspelelmönster och dagliga liv. Reitan skriver även att roller inom familjen kan förändras och att relationer kan påverkas i såväl positiv som negativ bemärkelse. Dessa roller menar Reitan kan innebära ett utökat ansvar för närstående och att de får uppgifter de inte är förberedda på.

### 3 PROBLEMFORMULERING

Prostatacancer är en sjukdom som kan innebära stora och ofta påfrestande förändringar i livet hos männen som drabbas. Detta dels på grund av sjukdomen i sig samt även de ofta negativa konsekvenserna av i övrigt effektiva behandlingsformer. Dessa förändringar i livet kan även påverka relationen mellan mannen och partnern. Det är därför relevant att studera partnerns erfarenheter av att leva tillsammans med den sjuke. Detta för att beskriva vilka eventuella behov en partner till en man drabbad av prostatacancer kan behöva hjälp och stöd att tillgodose.

### 4 SYFTE

Syftet med uppsatsen är att beskriva de erfarenheter som partners har av att leva med män med prostatacancer<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Med *män med prostatacancer* menar författarna personer som antingen precis fått diagnosen, är under behandling eller har blivit behandlade.

## 5 METOD

Som metod för denna studie valdes att göra en allmän litteraturöversikt. Enligt Friberg (2006) bör denna metod utföras med ett strukturerat arbetssätt för att på så sätt kunna skapa en bild över det valda ämnesområde, vilket i detta fall innebar att studera partnernas erfarenheter av att leva med män med prostatacancer. Enligt Friberg baseras denna bild på ett systematiskt urval av texter inom ett avgränsat område. Kvalitativa metoder kan enligt Forsberg och Wengström (2008) syfta till att beskriva och förstå fenomen, erfarenheter eller upplevelser. Därför baseras denna allmänna litteraturöversikt på artiklar baserade på studier med kvalitativ metod.

### 5.1 Datainsamling och urval

Enligt Forsberg och Wengström (2008) innebär en litteraturgenomgång att med en systematisk ansats hitta publicerad information som ska ingå i studien. De sökningar som genomfördes enligt det ovan beskrivna arbetssättet presenteras med hjälp av tabeller där sökord, begränsningar, antal träffar samt utvalda artiklar beskrivs.

Sökningen av litteraturen skedde i sökmotorn Ebsco som samlar databaserna Cinahl, Medline, Academic search Elite och AMED. Sökord som användes var prostate cancer, prostatic neoplasms, couples, wives, partner, spouse, relationship, experience, psychosocial och coping. Avgränsningar som användes i sökningarna var att artiklarna skulle vara peer reviewed och mellan åren 1999 – 2010. En översikt av sökningarna och sökordskombinationer presenteras i tabell 1.

Trots att fyra databaser användes i sökningen fanns de artiklar som till slut användes till analysen endast i Cinahl och Academic Search Elite. Sökningarna resulterade i 88 träffar. Dessa artiklars abstrakt lästes och 21 artiklar valdes ut för ytterligare granskning. Denna mer utförliga granskning innebar att artiklarna lästes i sin helhet och resulterade i att sju artiklar inte längre ansågs vara användbara för denna studie, det vill säga att 14 artiklar valdes ut för analys.

**Tabell 1: Presentation av artikelsökning i Ebsco.**

Databas	Sökord	Avgränsningar	Träffar	Urval Avseende titel och abstrakt	Artiklar	Författare
Ebsco Cinahl Medline AMED Academic search elite	<b>Prostate cancer AND Partner AND Adjustment</b>	Peer reviewed 1999 – 2010	8	2	2	Boehmer et al., 2001 Street et al., 2010
Ebsco Cinahl Medline AMED Academic search elite	<b>Prostate cancer AND Partner AND Experience</b>	Peer reviewed 1999 - 2010	24	9	5	Evertsen et al., 2010 Gray et al., 2000 Harden et al., 2002 Ka'opua et al., 2005 Nanton et al., 2010
Ebsco Cinahl Medline AMED Academic search elite	<b>Prostate cancer AND Couples AND Experience</b>	Peer reviewed 1999 - 2010	15	5	3	Maliski et al., 2002 Phillips et al., 2000 Sanders et al., 2006
Ebsco Cinahl Medline AMED Academic search elite	<b>Prostate cancer AND Spouse</b>	Peer reviewed 1999 - 2010	36	5	3	Gray et al., 1999 Harden et al., 2006 Lavery et al., 1999
Ebsco Cinahl Medline AMED Academic search elite	<b>Prostate cancer AND Prostatectomy AND spouse</b>	Peer reviewed 1999-2010	5	1	1	Fergus et al., 2002

Urvalsprocessen, beskriven av Forsberg och Wengström (2008. s.90), användes för att välja det material som till slut skulle bli underlag för analys. Ett inklusionskriterium för analysartiklar var att de beskrev antingen partners eller pars erfarenheter av prostatacancersjukdom och där partnerns erfarenheter gick att urskilja. Ytterligare inklusionskriterier var att artiklarna skulle ha ett abstract, att de baserats på intervjuer eller inspelade samtal samt att de skulle vara skrivna på antingen engelska eller svenska då de var de språk författarna ansåg sig behärska. Exklusionskriterier för analysartiklar var att de använt en kvantitativ metod och de var publicerade på ett annat språk än engelska och svenska.

Enligt Friberg (2006) kan även manuella sökningar utföras vilket innebär att man på egen hand söker igenom, t.ex. artiklar eller annan litteratur, för att finna ytterligare referenser. Genom en sådan manuell sökning påträffades en artikel som svarade mot denna studies syfte; Sinfield et al. (2008) hittades i Evertsen et al. (2010). Samtliga 15 artiklar som analyserades presenteras i bilaga 1.

## **5.2 Dataanalys**

För analysen användes det analysförfarande som beskrivs av Friberg (2006, s. 110-112). Analysarbetet av studierna beskrivs av Friberg som en process under vilken man rör sig från en helhet till delar för att skapa en ny helhet. Denna analysmetod valdes av författarna att använda som inspiration för deras egna förfaringssätt och presenteras nedan i tre steg:

Steg 1: Artiklarna lästes igenom flera gånger av båda uppsatsförfattarna individuellt, för att skapa en känsla för vad artiklarna handlade om. Därefter utfördes än mer noggranna individuella genom läsningar där fokus lades på artiklarnas resultatavsnitt och meningsbärande enheter ströks under.

Steg 2: Uppsatsförfattarna gick igenom artiklarna tillsammans och jämförde de meningsbärande enheter som identifierats individuellt där likheter och skillnader diskuterades.

Steg 3: Därpå följde en process under vilken de utvalda meningsbärande enheterna bearbetades genom att de samlades under rubriker som sammanfattade respektive enhetsgrupp. Detta resulterade i sin tur i att åtta kategorier formulerades. Kategorierna som arbetades fram under dataanalysen var: Oro och Rädsla, Anhörigvårdare, Information, Stöd, Sexualitet och Intimitet, Team, Kommunikation och Vardagen.

Partners som inkluderats i de analyserade artiklarna var enbart kvinnor och därför valde uppsatsförfattarna att använda ordet kvinna istället för partner i uppsatsens resultat. Kvinnornas manliga partners presenterades i analysmaterialet som makar, partners eller

män. Uppsatsförfattarna har därför valt att referera till dessa män beroende på hur de beskrivits i respektive artikel.

## 6 ETISKA ASPEKTER

Då analysmaterialet var skrivet på engelska och ingen av författarna har det språket som modersmål, togs hänsyn till detta genom att med hjälp av ordböcker översätta ord och fraser som kunde anses svåra att översätta. Författarna har även tagit hänsyn till de etiska aspekter som Forsberg och Wengström beskriver (2008), vilket bl.a. innebar att författarna strävade efter att upprätthålla objektivitet under granskning och analys av artiklarna. Artiklarna som användes i denna studie var samtliga ”peer reviewed” vilket garanterade att de blivit godkända av en etisk kommitté. Författarna har inte förvrängt resultatet genom att fabricera data, inte heller har de plagierat andra studier.

## 7 RESULTAT

Kategorierna som framkom av analysen presenteras i den ordning som uppsatsförfattarna tolkade dem som av vikt i relation till denna uppsats syfte. För att ytterligare belysa kvinnornas erfarenheter användes citat.

### 7.1 Oro och Rädsla

En del kvinnor uttryckte en växande oro inför framtiden tillsammans med sin make (Harden, Northosue, & Mood, 2006). Kvinnorna beskrev tanken på att makarna skulle gå bort och att de skulle skiljas åt och bli ensamma kvar beskrevs av som en källa till ”obehag” (Harden et al., 2002; Harden et al., 2006; Street et al. 2010). En kvinna berättade om hur hon upplevt fysiska symtom som hjärtklappning och kvävningsskänslor kopplat till tankar på ensamhet och rädslor inför framtiden. Rädslan för att förlora sin make kunde även ge upphov till känslor av att vara isolerad (Street et al., 2010).

*”I want to know how long he has to live. Sometimes I feel very lonely. How will I cope I he is dying?”.* (Street et al., 2010, s. 237)

Väntan kunde också av kvinnor upplevas som en ångestfylld period. En kvinna i Gray et al. (1999) talade om den ångestfyllda väntan innan en prostatektomi men menade att

det inte fanns någon mening med att oro sig innan för saker som inte ens kanske skulle inträffa.

## 7.2 Anhörigvårdare

Att de antog rollen som anhörigvårdare var något som kvinnorna beskrev i ett flertal av studierna (Evertsen & Wolkstein, 2010; Gray, Fitch, Phillips et al, 2000; Harden et al, 2006; Ka'opua, Gotay, Hannum & Bunghanoy, 2005; Nanton, Osborne & Dale, 2010; Philips et al, 2000; Sanders, Pedro, Bantum & Galbraith, 2006; Sinfield, Baker, Agarwal & Tarrant, 2008).

Att vara sin makes hustru upplevde kvinnorna hade ersatts av rollen av att vara anhörigvårdare. Kvinnorna upplevde denna roll som främmande och som att de blivit inkastade i den samt att detta berodde på för lite information (Evertsen & Wolkstein, 2010). En del kvinnor upplevde även oro för hur de skulle klara av denna roll som anhörigvårdare. Det kunde t.ex. handla om att kvinnor kunde känna sig som nervvrak och vakna flera gånger per natt för att t.ex. försäkra sig om att makens kateter inte hade börjat läcka över golvet eller att den hade åkt ut (Phillips et al., 2000). En kvinna förklarade hur rollen som anhörigvårdare hade lett till att hennes stressnivåer ökat vilket i sin tur hade lett till att hon blivit fysisk sjuk med bältros och högt blodtryck (Evertsen & Wolkstein, 2010). Många kvinnor uttryckte också oro över att lämna över ansvaret för maken till vårdpersonal. Det kunde t.ex. handla om när de skiljdes åt inför makens operation och kirurgen istället tog över ansvaret (Maliski, Heilemann & McCorkle, 2002).

Kvinnor berättade att de klandrade sig själva för att de inte ha varit mer uppmärksamma på sin makes hälsa när de fick veta att han hade drabbats av prostatacancer. De ansåg att de borde ha engagerat sig mer i att få sina makar att göra årliga hälsokontroller, att de inte förstod att en screening borde ha utförts och en kvinna klandrade sig själv för att hon inte förstod att hennes make var sjuk (Harden et al. 2002).

*"...So I'm dealing with my anger...I had anger at the beginning because the doctor forgot to check his prostate twice...and I'm angry at myself for not knowing". (Harden et al., 2002, s 706)*

Kvinnorna beskrev vidare att de var mycket aktivt involverade i och tog ansvar för sin makes hälsa (Harden et al., 2006). Att ta hand om maken beskrevs av en kvinna som att det innebar samma typ av rutiner som att ta hand om ett nyfött barn med att dagligen behöva tvätta och mata sin make (Phillips et al., 2000). Kvinnor upplevde att de nu agerade beskyddande och omhändertagande gentemot sina makar vilket var en roll som de beskrev att deras makar tidigare haft (Sanders et al 2006).

Kvinnor hade ett behov av att ständigt vara uppmärksamma på sin makes fysiska och psykiska hälsostatus, vilket användes i planerandet av dagsaktiveter (Harden et al, 2006). Denna vaksamhet även sträckte sig till att vara medvetna om makarnas PSA-nivåer och om hur de tog ansvar för vårdkontakter och informationsinsamlande (Ka'opua et al., 2005; Nanton et al., 2010). Kvinnorna uppgav att de tog ansvar för makarnas hälsa även när det gällde livsstilsfaktorer och diet (Nanton et al, 2010). Som anhörigvårdare var kvinnor t.ex. aktiva i att hjälpa deras makar att förbättra deras fysiska status inför stundande operativt ingrepp och de hoppades att denna förbättrade fysik skulle kunna upprätthållas postoperativt (Gray et al., 2000).

*"I think that one of our goals is to become fit. Even if he doesn't have a cure, if his body is fit he can fight it off better". (Gray et al, 2000, s. 537).*

Vissa kvinnor antog en ledande roll och fick tack vare detta en större förståelse för vårdprocesser kring makarna och kunde t.ex. begära prover å deras makars vägnar. Att vara delaktiga i dessa vårdprocesser upplevdes av vissa kvinnor som betryggande. En del följde med makarna till läkarbesök på eget initiativ. Även då de inte blivit inbjudna eller uppmuntrade att delta vilket de var nöjda över att de hade följt med (Sinfield et al, 2008).

### **7.3 Information**

I flertalet studier beskriver kvinnor att de upplevde ett stort behov av information om sin makes sjukdom, processerna kring den, behandlingen och konsekvenser av den (Evertsen & Wolkstein, 2010; Harden et al, 2002; Gray et al, 2000; Lavery & Clarke, 1999; Nanton et al., 2010; Sanders et al., 2006). Kvinnor menade att de kände ett större behov av att på egen hand söka mer information utöver vad de hade fått av läkarna. Kunskapen som uppnåtts genom den erhållna informationen hjälpte dem att hantera



sjukdomen för att de då visste vad som låg framför dem och deras makar (Lavery & Clarke; 1999; Gray et al., 2000).

Kvinnor uttryckte ibland ett större informationsbehov än vad deras partners gjorde (Evertsen & Wolkstein, 2010; Lavery & Clarke, 1999). En kvinna berättar t.ex. om hur hon var intresserad av att veta så mycket som möjligt om sin makes sjukdom och vilka resurser som fanns tillgängliga resurser samtidigt som hennes man tvärtom inte ville möta verkligheten (Evertsens & Wolkstiens, 2010).

Även om de fått svar på de flesta frågor de haft upplevde kvinnorna att de trots det fanns en brist på information som gjorde att de kände sig oförberedda inför hur det skulle bli att leva bredvid sjukdomen (Evertsen & Wolkstein, 2010). Att vid diagnosen ha fått medicinska förklaringar samt information om trolig sjukdomsprognos var något som en kvinna i studien av Nanton et al. (2010) uppgav som något som hade kunnat lätta på hennes oro och ängslan. Kvinnorna berättade om hur de velat ha information om hur besvärlig och lång makens återhämtning kunde bli (Evertsen & Wolkstein, 2010; Gray et al., 2000; Harden et al., 2002).

*"It's this business of not knowing anything and having to think up all the questions to ask...It would be so much easier if you just had a few little pointers when you left the hospital...A printed form..telling what basically you can expect in the next few weeks".* (Phillips et al., 2000 s.168)

Praktisk information att ta med sig hem efter behandlingen för att kunna vara mer förberedd på eventuella bieffekter eftersöktes även det av kvinnorna (Gray et al., 2000; Harden et al., 2002; Phillips et al., 2000).

*"Before the surgery we got loads of information pamphlets. We thought they would give us stuff on what to expect when we got home. But there was nothing".* (Gray et al., 2000, s. 537)

Även om informationsbehovet ofta var stort hos dessa kvinnor var det dock en kvinna i studien av Gray et al (2000) som uppgav att desto mer hon läste på om prostatacancer desto mer rädsla kände hon.

## 7.4 Stöd

Ett behov av stöd fanns hos kvinnorna. De beskrev dock att denna typ av stöd ofta var begränsat (Evertsen & Wolkstein, 2010). Kvinnor berättade t.ex. att när de vid läkarbesök hade påpekat ett eget behov av stöd hade detta inte blivit uppfyllt (Sinfield et al., 2008).

*”When you find this out (diagnosis) you need to talk to somebody and that somebody’s just not there.”* (Evertsen & Wolkstein, 2010, s.21).

En kvinna berättade att hennes make inte kunde se hennes behov av stöd och att han inte var medveten om hennes svårigheter vilket gav henne ångest och oro. En del kvinnor berättade att de överhuvudtaget inte hade tänkt tanken på att de kunde behöva stöd från deras makar. De hade varit så fokuserade på att det var mannen som varit sjuk och inte de (Fergus et al., 2002).

I en del fall blev kvinnor hindrade av sina makar att prata med andra om prostatacancer (Gray et al., 1999)

*”My husband didn’t want me to talk to anyone else....So it was difficult when I couldn’t share it. I realize he was having to process this himself but it was difficult for me because I really needed to talk about it with somebody”* (Gray et al., 1999 s. 133)

Kvinnor kände ett behov av att först ta itu med sina egna känslor innan de kunde vara ett stöd för sina makar (Maliski et al., 2002). De beskrev vidare att de hade ett större behov av att söka stöd utanför relationen för att bearbeta krisen, än vad deras makar hade (Gray et al., 2000). Kvinnorna som haft möjlighet att prata med andra kvinnor som gått igenom samma sak ansåg att det var värdefullt för att kunna försöka normalisera den påfrestande process de gick igenom. Särskilt andra kvinnor vars partners hade haft prostatacancer sågs som en källa för stöd (Evertsen & Wolkstein, 2010; Maliski et al., 2002). Kvinnor berättade även att de hade tillgång till ett stort socialt nätverk i form av sina barn, släkt och vänner (Boehmer & Clark, 2001).

Många kvinnor kände att deras ansträngningar att stödja och hjälpa makarna blev mindre betungande och mer givande när de blev uppmärksammade och fick uppskattning av makarna (Fergus et al., 2002). De kunde också finna stöd i makars

grundläggande positiva attityd då de upplevde att de inte behövde bekymra sig för att makarna skulle känna sig missmodiga (Harden et al., 2006; Fergus et al., 2002; Street et al., 2010). En känsla av dåligt samvete infann sig då kvinnor inte kunde vara det stöd som de upplevde att de förväntades vara och att det istället kunde bli så att det var maken som fick stödja kvinnan. Kvinnor uttryckte också bekymmer i att de i högre grad hade blivit makens enda källa för socialt och emotionellt stöd (Street et al. 2010). En kvinna kände besvikelse över att det för hennes makes skull inte fanns en lika bra stödjande omvårdnad som hon hade upplevt då hon själv varit sjuk i bröstcancer (Nanton et al., 2010).

## **7.5 Sexualitet och intimitet**

Vissa kvinnor som kommenterat frågor kring sexualitet beskrev sina makars minskade sexuella lust och förmåga som något som hade haft en negativ påverkan på deras sexuella relation (Ka'opua et al., 2005; Lavery & Clarke 1999; Sanders et al., 2006; Street et al., 2010 ). Kvinnornas beskrivningar av negativa erfarenheter kopplade till detta innefattade att de kände sig oattraktiva och mindre kvinnliga på grund av deras mäns bristande sexuella gensvar (Sanders et al., 2006).

*"I dont feel lika a woman anymore: He doesn't have a reaction."* (Sanders et al., 2006,s. 505)

Kvinnorna upplevde det dessutom som ett problem att parets sexliv efter behandling blivit mindre spontant, romantiskt och mer kliniskt relaterat till all förberedelse och planering som nu krävdes i och med att de behövde använda medicinska hjälpmedel (Sanders et al., 2006; Street et al., 2010). En annan kvinna talade om deras försök att fortsätta vara sexuellt aktiva genom diverse hjälpmedel (prostaglandininjektioner, viagra) inte hade fungerat och dessutom resulterat i negativa upplevelser (Street et al., 2010).

Kvinnor beskriver dock att det är med viss svårighet man accepterat förlusten och att de anpassat sig genom att modifiera sina egna sexuella förväntningar (Ka'opua et al., 2005; Lavery et al., 1999; Street et al., 2010). En kvinna förklarade att det från början hade känts konstigt med att det sexuella samlivet försvunnit på grund av att hon och hennes make hade varit sexuellt aktiva innan maken behandlats. En del kvinnor ansåg

dock att de kunnat acceptera det och såg det som en del av det naturliga åldrandet (Harden et al., 2006) eller att sexlivet hade upphört redan innan mannens diagnos (Lavery & Clarke, 1999).

Även om vissa kvinnor upplevde att det sexuella samlivet med maken hade påverkats negativt så uppgav många kvinnor att de kunnat anpassa sig till den nya situationen (Harden et al., 2006; Ka'opua et al., 2005; Street et al., 2010). En kvinna ansåg att sexualitet endast var en liten del av förhållandet och uppgav att de istället kramades mycket och spenderade mer tid med varandra. För henne hade förlusten av det sexuella samlivet inte varit svår att acceptera. Hennes uppfattning var att män tror att man möter emotionella behov med sexuella aktiviteter (Harden et al., 2006). Många kvinnor upplevde det som att intimitet kan uttryckas på andra sätt än just samlag (Ka'opua et al., 2005; Phillips et al., 2000; Street et al., 2010). Ytterligare sätt kvinnor uppgav att de nu uttryckte intimitet och förstärkte det äktenskapliga bandet på var aktiviteter kvinnorna ansåg vara t.ex. romantiska, lekfulla, andliga etc. (Ka'opua et al., 2005).

I de relationer där mannen genom behandlingen blivit impotent och där paren innan detta varit sexuellt aktiva, uppgav kvinnorna i ett flertal av artiklarna att för dem var mannens liv viktigare än kunna ha ett fortsatt sexuellt samliv. (Boehmer & Clark, 2001; Gray et al. 2000; Harden et al. 2002; Nanton et al. 2010; Sanders et al. 2006). Detta var något kvinnor upplevde att de behövt försäkra makarna om. Kvinnor tydliggjorde också för makarna att de inte skulle söka efter sex utanför relationen (Boehmer & Clark, 2001). Många kvinnor menade att de också fick stärka makarnas självförtroende genom att försäkra dem om att deras maskulinitet inte bestämdes av den sexuella förmågan. Detta då de uppmärksammat hur viktigt potensen var för mannens uppfattning om sin maskulinitet (Boehmer & Clark, 2001; Gray et al. 2000). En kvinna berättade hur hon önskade att hennes make kunde uppnå en erektion då det verkade vara av avgörande betydelse för hans känsla av manlighet (Boehmer & Clark, 2001). Andra kvinnor berättade om hur att de i förhållande till makens impotens prioriterat att förhindra att männen kände sig förminskade i relation till deras maskulinitet (Nanton et al., 2010).

## 7.6 Team

Att möta sin makes prostatacancer som en enhet, ett lag, var en erfarenhet kvinnorna i flertalet studier vittnade om (Evertsens & Wolksteins, 2010; Gray et al., 2000; Harden et al., 2006; Lavery & Clarke 1999; Street., 2010). När kvinnorna talade om prostatacancer använde de ofta termer som ”vi beslutade”, ”när vi fick behandling”, ”vi accepterade det”( Harden et al., 2006). I studien av Gray et al (2000) uttalade sig kvinnorna om utmaningarna kring prostatacancer som något som ”vi tar itu med”. En kvinna berättade:

*“I think you have to have the feeling that you’re going through it together. Because one of you can’t make it alone, you have to do it as a team. And that’s been a wonderful thing for us.”* (Gray et al., 2000, s. 539-540)

Kvinnor beskrev att de vid mannens diagnos och perioden strax efter den reagerade mer som individer än som ett par. Över tid, sex månader efter behandling, kom detta dock att förändras till att kvinnor beskrev erfarenheter relaterade till sjukdomen som att det var något par hanterade som en enhet (Street et al., 2010).

En kvinna i Evertsens och Wolksteins (2010) studie beklagade sig över att maken ofta använde orden ”oss” och ”vi” i relation till hans sjukdom. När kvinnan själv tidigare drabbats av bröstcancer upplevde hon det som att maken refererade till bröstcancer som ”deras” sjukdom, utan att det då varit hennes sjukdom.

## 7.7 Kommunikation

Att öppet kunna tala om prostatacancerrelaterade problem med sin makar ansåg av många kvinnor vara hjälpsamt för att kunna anpassa sig till sjukdomen (Lavery & Clarke 1999; Fergus et al., 2002; Harden 2006).

En del upplevde att deras partner ofta kunde dra sig undan och kommunicera mindre med dem. Detta ansåg kvinnorna vara oroande att det kunde vara skadligt för såväl maken som för relationen (Gray et al., 2000; Sanders et al., 2006). En kvinna berättade att hon på grund av sin makes ovilja att prata med henne om sin sjukdom inte visste vilken typ av behandling han fick (Harden et al 2002).

Många kvinnor trodde att deras makar försökte skydda dem från påfrestande tankar när makarna inte öppnade sig (Phillips et al., 2000). En del kvinnor medgav att de själva ibland försökte att skydda männen genom att dölja känslor för dem och undvika frågor som de trodde kunde ge ytterligare påfrestningar på maken (Boehmer & Clark., 2001; Gray et al., 2000)

Trots att makarna inte pratade öppet med dem upplevde kvinnorna att de ändå kunde förstå när mannen mådde dåligt eller när det var något som bekymrade honom. En del kvinnor förklarade detta med att de helt enkelt efter alla år tillsammans kände sina makar så väl (Gray et al., 2000; Nanton et al., 2010; Phillips et al., 2000).

## 7.8 Vardagen

Många kvinnor berättade om hur det vardagliga livet påverkades av makens sjukdom. Kvinnor upplevde att de behövde anstränga sig för att livet skulle fortgå som vanligt, så normalt som möjligt, trots den inverkan sjukdomen hade på dem själva, maken och parets relation (Street et al., 2010). Att sysselsätta sig kunde innebära en distraktion från att inte ständigt tänka på makens sjukdom (Gray et al., 2000) Kvinnor beskrev sådana distraherande och avledande aktiviteter som t.ex. hushålls- eller trädgårdssysslor, att resa eller att de fick koncentrera sig på sitt jobb (Lavery & Clarke, 1999). Att hålla uppe en positiv attityd kunde beskrivas av kvinnor som en viktig del för att inte låta sjukdomen påverka vardagen. De upplevde att tänka negativt och oroa sig inte tjänade något syfte och att de hellre tog itu med problem när de väl inträffade (Gray et al., 2000; Lavery & Clarke, 1999; Nanton et al., 2010)

*”When things get rough I just sit down and think to myself, ’Well it could be worse; and we have just got to look on the bright side. It’s not much good being negative.’ Thinking positive is very important...it certainly helps...but it’s really hard sometimes.”* (Lavery & Clarke, 1999, s. 294)

Prostatacancern innebar att de förväntningar kvinnor hade på framtiden förändrades och att planer för livet paret haft varit tvungna att skjutas åt sidan. Att uppskatta de små tingen i livet och att inte längre ta allt för givet talade en kvinna om när hon beskrev hur cancer påverkat hennes relation med maken (Harden et al., 2006).

## 8 DISKUSSION

### 8.1 Metoddiskussion

Syftet till denna uppsats var att beskriva de erfarenheter som partners har av att leva med män med prostatacancer. Metoden som användes var en litteraturöversikt baserad på kvalitativt material. Ursprungligen hade författarna tänkt sig att partners i uppsatsen inte bara skulle innefatta kvinnliga partners utan även manliga partners. Två artiklar som behandlade erfarenheter hos manliga partners till män med prostatacancer påträffades under datainsamlingen och som initialt ansågs vara relevanta för studien. Dessa två artiklar ansågs av författarna inte vara tillräckligt vetenskapliga, då syfte, metod och diskussion saknades. Med anledning av detta valdes dessa två artiklar bort och följaktligen har endast kvinnliga partners erfarenheter beskrivits i denna studie.

Författarna till denna studie hade som mål att använda sig av minst tio kvalitativa artiklar för att använda som analysunderlag. Efter utförd datainsamling och urvalsprocess valdes ett totalt antal av femton artiklar ut. Vi såg ingen möjlighet begränsa antalet artiklar och därmed utesluta vissa kvinnors erfarenheter utan valde att använda sig av samtliga utvalda artiklar. Vissa av de artiklar som användes redogjorde dessutom inte enbart för kvinnornas erfarenheter utan även deras partners rörande sjukdomen. Emellertid har i dessa fall, i enlighet med denna studies syfte, uteslutande kvinnornas erfarenheter tagits ut och behandlats.

Artiklar publicerade på andra språk än engelska eller svenska valdes bort då ingen av författarna behärskar ytterligare språk i tillräckligt hög grad. Genom detta kan användbart material ha fallit bort. Ingen av de valda artiklarna var heller producerade i Sverige. Sju artiklar kom från USA, fyra stycken från Kanada, två från Storbritannien samt två artiklar som producerats i Australien. Det kan beroende av detta vara svårt för författarna att bedöma nyttan av denna studie för den svenska sjukvården. Emellertid så är det till största delen en västerländsk kulturell kontext som berörs och därför valde författarna att ändå diskutera nyttan av denna studie i relation till svensk sjukvård.

Under första granskningen av materialet upptäcktes att av de studier som valts ut för analys förekom en liten grupp författare som upphovsmän till flera artiklar. Två av dessa artiklar hade samma huvudförfattare men inte publicerade i samma tidskrift. Intervjuer av samma population kan i och med detta ha använts som analysunderlag i flera av dessa studier. Då studiernas syften var olika och resultatet följaktligen annorlunda såg författarna inte detta som ett problem.

## **8.2 Resultatdiskussion**

De kategorier som framkom efter analysarbetet var Oro och Rädsla, Anhörigvårdare, Information, Stöd, Sexualitet och Intimitet, Team, Kommunikation, och Vardagen. Information, Stöd och Anhörigvårdare ansågs av författarna vara beroende av varandra och diskuteras därför under samma rubrik. Kategorierna Oro och Rädsla samt Team ansågs även de vara mindre delar i detta samspel och berörs därför även de under denna rubrik. Sexualitet och Intimitet samt Kommunikation diskuteras under samma rubrik då de på ett liknande sätt ansågs samspela. Coping ansågs vara ett begrepp som gick att applicera på stora delar av resultatet och berörs av denna anledning i denna diskussion. En stor del av det som framkom i resultatet kan inte diskuteras mot studiens bakgrund och därför har författarna valt att inkludera annat material att diskutera fynden mot.

### **8.2.1 Information, Stöd och Anhörigvård**

Behovet av generell information rörande sin makes sjukdom var något många kvinnor berättade om (Evertsen & Wolkstein, 2010; Harden et al, 2002; Gray et al, 2000; Lavery & Clarke, 1999; Nanton et al, 2010; Sanders et al, 2006). Trots att kvinnorna uttryckte ett stort behov och var mycket aktiva i att söka information upplevde många även att de inte fått tillräckligt mycket information (Evertsen & Wolkstein, 2000; Harden et al., 2002; Nanton et al., 2010 Phillips et al., 2000). Bristande information ledde enligt kvinnorna till att de upplevde sig oförberedda t.ex. på hur tiden efter makens behandling skulle te sig. Praktisk information om eventuella bieffekter maken kunde uppleva efter behandling var något många kvinnor eftersökte (Evertsen & Wolkstein, 2010; Gray et al., 2000; Harden et al., 2002; Phillips et al., 2000). Medicinsk information samt trolig sjukdomsprognos vid diagnostillfället efterfrågades av en kvinna (Nanton et al, 2010). I studierna av Lavery och Clarke (1999) och Gray et al. (2000) framkom att kvinnor som erhållit sådan typ av information ansåg att de via



kunskapen de då uppnått lättare kunde hantera makens sjukdom genom att de visste vad de hade att förvänta sig.

Kvinnorna i dessa studier uppvisar således ett stort och påtagligt behov av olika typer av information vid olika skeden i makens vårdprocess. Att partners till cancersjuka uppvisar detta behov bekräftas ytterligare i en studie av Schmid-Büchi, Halfens, Dassen och van den Borne (2008) där liknande informationsbehov beskrivs hos de manliga partnerna till kvinnor med bröstcancer.

Då kvinnorna i synnerhet upplever brist på ytterligare information rörande eventuella bieffekter relaterade till mannens behandling kan detta vara ett område inom vilket vårdpersonal bör lägga resurser på för att kunna identifiera och uppskatta kvinnornas behov. Konkret praktisk information som efterfrågades i studien av Sinfield et al. (2008) handlade t.ex. om vart man kunde hitta inkontinensskydd eller information om erektil dysfunktion. I en studie av Northouse och Peters-Golden (1993), där behoven hos anhöriga till cancerpatienter granskas, ges bl.a. förslag på hur informationsbehovet kan hanteras. De anhörigas behov beskrivs i studien som existerande genom hela vårdförloppet och som synnerligen påtagligt under vissa moment såsom t.ex. vid diagnostillfället eller i samband med behandling. Northouse och Peters-Golden uppger vidare att sjuksköterskan kan spela en viktig roll i mötet med de anhöriga. De menar att sjuksköterskor genom inplanerade möten riktade direkt till de anhöriga kan hantera deras informationsbehov på ett effektivt sätt.

Vårdgivare bör alltså på ett liknande sätt arbeta fram strategier och riktlinjer där kvinnornas åsikter och behov inkluderas i utformandet av vårdplanen för den prostatacancersjuka mannen. Detta för att vårdpersonal genom en kontinuerlig uppföljning ska kunna bedöma att kvinnor får den information som de eftersöker. Detta förfaringssätt kan ses som användbart även med stöd av andra fynd in denna uppsats. Dessa fynd består av det faktum att många kvinnor reflekterade över hur de upplevde det som om de tillsammans med sina makar bemötte prostatacanceren som ett lag (Evertsens & Wolksteins, 2010; Gray et al., 2000; Harden et al., 2006; Lavery & Clarke 1999; Street., 2010). Detta visade sig bl.a. genom att de använde begrepp som *vår* sjukdom, när *vi* fick behandling och *vi* accepterade det när de talade om sjukdomen och processerna kring den (Harden et al., 2006). Att möta sjukdomen som en enhet, som ett

lag, framkommer även i en studie av Persson, Rasmusson och Rahm-Hallberg (1998). Uppsatsförfattarna tolkar detta som att många kvinnor ser det som en självklarhet att kunna vara delaktiga i vårdprocesserna kring sina makar.

Resultatet av de analyserade artiklarna visar att många kvinnor upplevde att de antog en roll som anhörigvårdare (Evertsen & Wolkstein, 2010; Gray et al, 2000; Harden et al, 2006; Ka'opua et al, 2005; Nanton et al., 2010; Philips et al, 2000; Sanders et al 2006; Sinfield et al, 2008). Det framkommer även hur vissa kvinnor kunde uppleva det som om rollen av att vara sin makes hustru nu till stor del ersatts av en främmande roll som anhörigvårdare, en roll de upplevde sig inkastade i (Evertsen & Wolkstein, 2010). Det framkom även att vissa kvinnor upplevde av att vara anhörigvårdare var präglad av stress, oro och nervositet (Evertsen & Wolkstein, 2010; Philips et al, 2000).

Enligt en studie av Giarelli, McCorkle och Monturo (2003), så hade kvinnor ett behov av att få information innan och efter makens prostatektomi. Giarelli et al. hävdar att kvinnor som lever med män med prostatacancer skulle gynnas av att från professionellt håll få kontinuerligt stöd och information för att kunna förbereda sig för rollen som anhörigvårdare. Sådan hjälp menar de skulle kunna ha en positiv effekt på kvinnans livskvalitet och på sikt även för parets livskvalité. De negativa känslor kopplade till att vara anhörigvårdare, som framkom igenom analysen av artiklarna, kan alltså bero på att kvinnorna inte haft tillgång till en tillräcklig mängd stöd och information från professionellt håll. Sjukvårdspersonal bör vara medveten om att när mannen skrivs ut från sjukhuset kommer anhöriga med stor sannolikhet att anta rollen som vårdare i hemmet. För att minimera ytterligare belastningar under en för kvinnor redan påfrestande period bör de ges skraddarsydd information och enskilt/individuell stöd för att kunna vara mer förberedda.

Då kvinnor uttrycker att vården brister i att informera och att ge stöd bör vårdgivare inom primär- och specialistvård se över sina rutiner för hur detta hanteras. En viktig punkt att lägga fokus på bör vara att kontrollera om de har kompetensen att bemöta de kvinnliga partnerna till prostatacancersjukas informativa och emotionella behov under vårdprocessen.

Sammantaget visade studierna på ett behov hos kvinnorna av att söka stöd utanför relationen för att bearbeta den påfrestande process mannens sjukdom innebar (Gray et al. 2000; Evertsen & Wolkstein, 2010; Maliski et al., 2002; Boehmer & Clark., 2001). Kvinnornas sociala nätverk samt stödgrupper med individer som själva gått genom samma sak, och då särskilt de som bestod av kvinnliga partners med liknande erfarenheter, ansågs vara en värdefull källa till stöd (Boehmer & Clark, 2001; Evertsen & Wolkstein, 2010; Maliski et al., 2002).

I en artikel av Northouse och Peters-Golden (1993) konstaterades att stödet för anhöriga till cancerpatienter var underprioriterat och då särskilt stödet från sjukvården. I analysen av studierna framkom att vissa kvinnor upplever en brist av stöd från sjukvården (Sinfield et al., 2008; Evertsen & Wolkstein, 2010). Författarna till denna uppsats finner det anmärkningsvärt att problem som belyses i en artikel publicerad år 1993 kommer fram i dessa mer aktuella studier och då rimligen fortfarande existerar.

Det är viktigt för vårdpersonal att känna till att kvinnor har ett eget behov av stöd och att de anser att stödgrupper kan vara en bra källa för stöd. Vårdpersonal har här möjlighet att informera och assistera kvinnorna så att de kan få kontakt med stödgrupper bestående av andra som går eller har gått igenom samma sak i de fall tillgång till detta finns. Det framkom även i resultatet av denna studie att kvinnor upplevde en växande oro inför framtiden och rädsla för att bli lämnade ensamma, ifall maken skulle gå bort (Harden et al. 2006; Street et al., 2010). Dessa existentiella frågor kan kvinnorna behöva hjälp att hantera från professionellt håll i kombination med stödgrupper.

### **8.2.2 Sexualitet, Intimitet och Kommunikation.**

Det framkom av resultatet att alla kvinnor föredrog att makarna var i livet hellre än att kunna ha ett fortsatt aktivt sexuellt samliv. Emellertid visade resultatet vidare att vissa kvinnor beskrev hur den sexuella relationen dock hade påverkats i en negativ bemärkelse (Ka'oupa., 2005; Lavery & Clarke., 1999; Sanders et al., 2006). En del kvinnor vars män tappat sexlusten kunde ibland känna sig oattraktiva och mindre kvinnliga. Detta på grund av mannen inte kunde visa ett sexuellt gensvar på kvinnans ansträngningar (Sanders et al., 2006).

I en studie av Badr och Taylor (2009) studerade man sexuell funktion hos prostacancerpatienter och deras partners, samt undersökte om sambandet mellan sexuell dysfunktion och psykosocial anpassning kunde variera beroende på parens kommunikation. Deras fynd visar på att såväl kvinnor som män upplever en sexuell dysfunktion efter behandling av mannens prostatacancer. De kunde också se ett samband mellan en konstruktiv ömsesidig kommunikation inom paret och att de kunde anpassa sig bättre efter konsekvenserna av mannens prostatacancer än de par där denna typ av kommunikation inte fungerade. Detta fynd var oberoende av vilken erektionsförmåga mannen hade. Badr och Taylor påpekar att det fanns en skillnad mellan hur kvinnor och män värderade kommunikationens betydelse för relationen och att det kunde vara så att kvinnor värderade kommunikationen högre än männen.

Resultatet i denna uppsats visar att kvinnor önskade att deras makar var öppnare i sin kommunikation gentemot dem (Lavery & Clarke, 1999; Fergus et al., 2002; Harden., 2006). Att makarna inte pratade med kvinnorna ansågs av kvinnorna vara skadligt för relationen och inte minst för mannen själv (Gray et al., 2000; Sanders et al., 2006). En studie av Hedestig, Sandman, Tomic och Widmark (2005b), där man studerar hur män upplever livet efter extern strålbehandling för prostatacancer, belyser hur vissa män håller sina tankar om sin sjukdom för sig själva. Männen berättar att de är motvilliga att prata med familj och vänner om känslor och tankar som är relaterade till prostatacancer, och att de har en ovilja att dela sina djupaste tankar om sjukdomens prognos och deras framtid. De ansåg att dessa tankar var deras innersta, mest privata tankar. Vissa kvinnor kände sig mindre attraktiva och kvinnliga på grund av bristande intimt gensvar från mannen då mannen blivit impotent efter behandling. Dessutom uppger vissa kvinnor att den sexuella relationen påverkats negativt efter mannens behandling, men uppger samtidigt ofta att saknaden efter just samlag inte är särskilt stor. Det kan vara så att de negativa känslorna kvinnorna upplever är kopplade till brister i parets kommunikation kring deras dysfunktionella sexuella relation.

Det visade sig också att kvinnor hade negativa erfarenheter av att försöka upprätthålla ett sexuellt aktivt liv med medicinska hjälpmedel och att romantiken och spontaniteten försvann på grund av detta (Sanders et al., 2006; Street et al., 2010). I en studie av Berterö (2001) berättar män att trots att det finns vissa hjälpmedel för mannen att få en erektion så är problemet enligt männen fortfarande existerande,

d.v.s. sexlivet är dysfunktionellt. Detta indikerar att kvinnor och deras partners som ser avsaknaden av sexliv som ett problem uttrycker ett behov av hjälp för att åtgärda detta. Hjälp och stöd skulle kunna komma från specialutbildad personal som har kompetensen att ta tag i frågor som dessa som kan ses alltför privata eller känsliga att ta upp. Det finns idag sjuksköterskor med specifik kunskap om prostatacancer på ett flertal urologkliniker i Sverige. Det borde ingå i dessa sjuksköterskors arbetsuppgifter och kompetensområde att förutom mannens frågor kring sexualitet även kunna möta funderingar partners och paret tillsammans har.

### **8.2.3 Coping**

Författarna hade inte som syfte att studera vilka copingstrategier som kvinnor använde. Det ansågs likväl att detta var värt att notera då begreppet förekom i alla studierna och kunde kopplas till de flesta kategorierna. Coping definieras av Lazarus och Folkman (1984) som att ständigt förändra kognitioner och beteenden i syfte att. Att söka stöd och information, som framkom i denna studie, är även betydelsefulla punkter i Lazarus och Folkmans beskrivning av copingstrategier. Det framkom även i studien att kvinnor för att försöka normalisera vardagen höll upp en positiv attityd (Lavery & Clarke., 1999; Nanton et al., 2009) samt distraherade sig från tankar på makens sjukdom, t.ex. genom att jobba(Lavery & Clarke et al., 1999). Även dessa beteenden kan enligt Lazarus och Folkman (1984) ses som strategier för att hantera påfrestande situationer.

### **8.3 Slutsats**

Många kvinnor lever idag med män som har diagnosticerats, undergår behandling eller har behandlats för prostatacancer. Att dessa kvinnor på olika sätt också påverkas av mannens sjukdom stod klart för författarna efter analysarbetet. Det är vanligt att dessa kvinnor gentemot männen antar rollen som anhörigvårdare och ser det som naturligt att de också inkluderas i mannens vårdprocess. Arbetet med denna studie ledde till att författarna kunde se problem kopplade till att inneha denna roll. De främsta problemen var att de upplevde att de inte fått tillgång till tillräckligt med stöd och information. Kunskap hos den sjukvårdpersonal de möter om vad kvinnorna behöver för typ av information och stöd och när de behöver den som mest är, enligt vår tolkning, är något som skulle kunna vara till hjälp för dessa kvinnor.

#### **8.4 Förslag på vidare forskning/utveckling**

Kvinnors behov av information och stöd är områden där ytterligare forskning bör bedrivas i syfte att utvidga det befintliga kunskapsläget. Tyvärr en sådan forskning kan resultera i kan sedan eventuellt användas för att utforma riktlinjer och rutiner för hur anhöriga till prostatacancersjuka ska bemötas inom vården.

Den forskning som finns idag förefaller att till stor del fokusera på heterosexuella personer erfarenheter av prostatacancer. Manliga partners erfarenheter av att leva med prostatacancersjuka män kan skilja sig från kvinnliga partners erfarenheter t.ex. på grund av att män kanske på ett annat sätt kan relatera till sjukdomen eller konsekvenserna av den. Mer forskning behövs därför där manliga partners erfarenheter av att leva tillsammans med män med prostatacancer studeras.

## 9 REFERENSER

Ahmed, H., Zacharakis, E., Dudderidge, T., Armitage, J., Scott, R., Calleary, J., et al. (2009). High-intensity-focused ultrasound in the treatment of primary prostate cancer: the first UK series. *British Journal of Cancer*, *101*(1), 19-26.

Badr, H., & Taylor, C. (2009). Sexual dysfunction and spousal communication in couples coping with prostate cancer. *Psycho-Oncology*, *18*(7), 735-746.

Berterö, C. (2001). Altered Sexual Patterns after Treatment for Prostate Cancer. *Cancer Practice*, *9*(5), 245-251. doi:10.1046/j.1523-5394.2001.009005245.x.

Boehmer, U., & Clark, J. (2001). Communication About Prostate Cancer Between Men and Their Wives. *Journal of Family Practice*, *50*(3), 226-231. Retrieved from Academic Search Elite database.

Boehmer, U., & Babayan R.K. (2004.) Facing erectile dysfunction due to prostate cancer treatment: perspectives of men and their partners. *Cancer Investigation* *22*(6), 840-848.

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

Chustecka, Z. (2010, March 16). Ongoing Controversies in Prostate Cancer Highlighted in Harvard Report. *Medscape*. Hämtad från <http://www.medscape.com>

Evertsen, J., & Wolkenstein, A. (2010). Female partners of patients after surgical prostatecancer treatment: interactions with physiciansand support needs. *BMC Family Practice*, *11*19-24. doi:10.1186/1471-2296-11-19.

Fergus, K., Gray, R., Fitch, M., Labrecque, M., & Phillips, C. (2002). Active consideration: conceptualizing patient-provided support for spouse caregivers in the context of prostate cancer. *Qualitative Health Research*, *12*(4), 492-514. Retrieved from CINAHL with Full Text database.

Friberg, F (2006) *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbete*. Lund: Studentlitteratur.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & Kultur

Giarelli, E., McCorkle, R., & Monturo, C. (2003). Caring for a spouse after prostate surgery: the preparedness needs of wives. *Journal of Family Nursing*, 9(4), 453-485. Retrieved from CINAHL with Full Text database.

Gray, R., Fitch, M., Phillips, C., Labrecque, M., Klotz, L., & Gray, R. (1999). Presurgery Experiences of Prostate Cancer Patients and Their Spouses. *Cancer Practice*, 7(3), 130-135. doi:10.1046/j.1523-5394.1999.07308.x.

Gray, R., Fitch, M., Phillips, C., Labrecque, M., & Fergus, K. (2000). Managing the Impact of Illness: The Experiences of Men with Prostate Cancer and their Spouses. *Journal of Health Psychology*, 5(4), 531. Retrieved from Academic Search Elite database

Harden, J., Schafenacker, A., Northouse, L., Mood, D., Smith, D., Pienta, K., et al. (2002). Couples' Experiences With Prostate Cancer: Focus Group Research. *Oncology Nursing Forum*, 29(4), 701-709. Retrieved from Academic Search Elite database

Harden, J., Northouse, L., & Mood, D. (2006). Qualitative analysis of couples' experience with prostate cancer by age cohort. *Cancer Nursing*, 29(5), 367-377. Retrieved from CINAHL with Full Text database

Hedestig, O., Sandman, P., Tomic, R., & Widmark, A. (2005a). Living after radical prostatectomy for localized prostate cancer: a qualitative analysis of patient narratives. *Acta Oncologica*, 44(7), 679-686. Retrieved from CINAHL with Full Text database.



Hedestig, O., Sandman, P., Tomic, R., & Widmark, A. (2005b). Living after external beam radiotherapy of localized prostate cancer: a qualitative analysis of patient narratives. *Cancer Nursing*, 28(4), 310-317. Retrieved from MEDLINE database.

International Agency for Research on Cancer. (2008). *Globocan 2008: Cancer incidens and mortality worldwide in 2008*. Hämtad 10 september 2010. Från IARC. <http://globocan.iarc.fr/>

Ka'opua, L., Gotay, C., Hannum, M., & Bunghanoy, G. (2005). Adaptation to Long-Term Prostate Cancer Survival: The Perspective of Elderly Asian/Pacific Islander Wives. *Health & Social Work*, 30(2), 145-154. Retrieved from Academic Search Elite database

Kirby, R. (2010). Prostate cancer. *Practice Nurse*, 39(5), 22

Klotz, L. (2007). Making the case for active surveillance in "favorable risk" prostate cancer. *Patient Care*, 41.

Lavery, J., & Clarke, V. (1999). Prostate cancer: patients' and spouses' coping and marital adjustment. *Psychology, Health & Medicine*, 4(3), 289. Retrieved from Academic Search Elite database

Lazarus, R. & Folkman, S. (1984) *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company.

Maliski, S., Heilemann, M., & McCorkle, R. (2002). From "death sentence" to "good cancer": couples' transformation of a prostate cancer diagnosis. *Nursing Research*, 51(6), 391-397. Retrieved from CINAHL with Full Text database

Nanton, V., Osborne, D., & Dale, J. (2010). Maintaining control over illness: a model of partner activity in prostate cancer. *European Journal of Cancer Care*, 19(3), 329-339. doi:10.1111/j.1365-2354.2008.01047.x.

Northouse, L., & Peters-Golden, H. (1993). Cancer and the family: strategies to assist spouses. *Seminars in Oncology Nursing*, 9(2), 74-82. Retrieved from CINAHL with Full Text database.

O'Shaughnessy, P. & Laws, T. (2009–10). Australian men's long term experiences following prostatectomy: A qualitative descriptive study *Contemporary Nurse* (2009–10) 34(1): 98–109.

Phillips, C., Gray, R., Fitch, M., Labrecque, M., Fergus, K., & Klotz, L. (2000). Early Postsurgery Experience of Prostate Cancer Patients and Spouses. *Cancer Practice*, 8(4), 165-171. Retrieved from Academic Search Elite database

Peate, I. (2010). Understanding prostate cancer and PSA testing. *Practice Nursing*, 21(3), 154.

Persson, L., Rasmusson, M., & Hallberg, I. (1998). Spouses' view during their partners' illness and treatment. *Cancer Nursing*, 21(2), 97-105. Retrieved from CINAHL with Full Text database.

Reitan, M (2003). De närstående. I M. Reitan & T. Kr. Schöllberg (red.), *Onkologisk Omvårdnad: Patient –problem – åtgärd* (s. 203-212)

Rodgers, J., Sawhney, R., Chaudhary, U., & Bissada, N. (2006). Quality of life in men with localized prostate cancer treated by radical prostatectomy or radiotherapy. *Archives Of Andrology*, 52(2), 129-133.

Samadi, D., & Lavery, H. (2009). Robot-assisted RP: recent technical modifications. *Urology Times*, 37(12), 36-38.

Sand, A.M (2002). Se mig också: Att vara närstående. I H. Almås (red.), *Klinisk Omvårdnad* (s.31-47). Stockholm: Liber

Sanders, S., Pedro, L., Bantum, E., & Galbraith, M. (2006). Couples surviving prostate cancer: long-term intimacy needs and concerns following treatment. *Clinical Journal of Oncology Nursing, 10*(4), 503-507. Retrieved from CINAHL with Full Text database.

Schmid-Büchi, S., Halfens, R., Dassen, T., & B. (2008). A review of psychosocial needs of breast-cancer patients and their relatives. *Journal of Clinical Nursing, 17*(21), 2895-2909. Retrieved from CINAHL with Full Text database.

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

Socialstyrelsen. (2007a). *Nationella riktlinjer för prostatacancersjukvård: Medicinskt och hälsoekonomiskt faktdokument. (2007-102-8)*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2007b). *Nationella riktlinjer för bröst-, kolorektal- och prostatacancer: Beslutsstöd för prioriteringar. (2007-102-9)*. Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen, 2009. *Statistikdatabasen*. Stockholm: Socialstyrelsen. Från <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas>.

Spickett, I., & Robertson, J. (2010). Prostate cancer: the ongoing challenge. *Primary Health Care, 20*(2), 16-21. Retrieved from CINAHL with Full Text database.

Street, A., Couper, J., Love, A., Bloch, S., Kissane, D., & Street, B. (2010). Psychosocial adaptation in female partners of men with prostate cancer. *European Journal of Cancer Care, 19*(2), 234-242

Strief, D. (2008). An overview of prostate cancer: diagnosis and treatment. *MEDSURG Nursing, 17*(4), 258. Retrieved from CINAHL with Full Text database.

Ward-Smith, P., & Kapitan, D. (2005). Quality of life among men treated with radiation therapy for prostate cancer. *Urologic Nursing*, 25(4), 263-268. Retrieved from CINAHL with Full Text database

Ward-Smith, P., & Mehl, J. (2007). Quality of life before and after prostatectomy as treatment for localized cancer. *Urologic Nursing*, 27(6), 542-547. Retrieved from CINAHL with Full Text database.

# BILAGOR

## Bilaga 1: Artikelpresentation

Författare Titel tidsskrift	Syfte	Metod	Urval	Resultat
1. Boehmer, U & Clark, J. (2001). Communication about prostate cancer between men and their wives. <i>The Journal of Family Practice, 50(3), 226-231.</i>	Att utforska hur män som behandlats för metastaserad prostata cancer och deras fruar uppfattar förändringar som uppkommer i och med prostata cancer och behandlingen.	Intervjuer i fokusgrupper.	Män: n = 20  Kvinnor: n = 7	Paren upplever bristande kommunikation om hur prostatacancern påverkar deras liv. Framförallt verkade de ha svår att prata om känslor, oro och rädslor.
2. Evertsen, J. & Wolkstein, A. (2010). Female partners of patients after surgical prostate cancer treatment: interactions with physicians and support needs. <i>BMC Family Practice, 11(19).</i>	Att studera kvinnors interaktion med läkare och vilka stödbehov som de associerar med deras partners prostatacancer.	Intervjuer i fokusgrupper.	Kvinnor: n = 14	Kvinnor antog ofta rollen som vårdgivare och kände ett behov av mer stöd och information från läkare och vårdgivare.
3. Fergus, K., Gray, R., Litch, M., Labrecque, M. and Phillips, C. (2002). Active consideration conceptualizing patient- provided support for spouse caregiver in the context of prostate cancer. <i>Qualitative Health Research, 12 (4), 492- 514.</i>	Att induktivt utforska och karakterisera fenomenet patientföret stöd till den vårdande partnern.	Semistrukerad e intervjuer.	Kvinnor: n = 34  Män: n = 34	Fyra teman framträdde: att lätta makans börda, hålla uppe humöret, bibehålla närheten samt ta hänsyn till maken samt.

<p>4. Gray, R., Fitch, M., Phillips, C., Labrecque, M. &amp; Klotz, L. (1999). Presurgery experience of prostate cancer patients and their spouses. <i>Cancer Practice</i>, 7(3). 130-135.</p>	<p>Att undersöka erfarenheterna hos män med prostatacancer och deras fruvar tiden mellan diagnos och operation.</p>	<p>Semistrukturera de intervjuer.</p>	<p>män: n = 34  kvinnor: n = 34</p>	<p>Både män och kvinnor blev chockade av beskedet om prostatacancer och de ansåg att det var viktigt att återupprätta eller bekräfta sitt förhållande. Paren tyckte också att det var nödvändigt att lära sig så mycket som möjligt om sjukdomen och behandlingar inför kommande val. Alla paren gick igenom en process för att bestämma till vilka man skulle berätta om cancern. Nästan alla paren ansåg det viktigt att fortsätta deras liv som normalt. Ängslan var vanligt för perioden före operation.</p>
<p>5. Gray, R., Fitch, M., Phillips C., Labrecque, M &amp; Fergus, K. (2000) Managing the impact of illness: The experiences of men with prostate cancer and their spouses. <i>Journal of Health Psychology</i>, 5(4). 531- 548.</p>	<p>Att undersöka problem kring stöd och coping för par där mannen har diagnostiserats med prostata cancer.</p>	<p>Longitudinell kvalitativ studie. Separata intervjuer med män och kvinnor innan operation och 8 till 10 veckor postkirurgiskt samt 11 till 13 månader postkirurgiskt.</p>	<p>män: n = 34  Kvinnor: n = 34</p>	<p>Strategin för att hantera sjukdomen och minska dess intrång på det dagliga livet hade psykologiska för- och nackdelar. Män kämpade för att behålla kontrollen över sina känslor. Kvinnor kände sig förhindrade att använda sina vanliga copingstrategier och kände sig plågade av de invecklade kraven på att vara stödjande.</p>
<p>6. Harden, J., Schafenacker., A., Northouse, L., Mood, D., Smith, D., Pienta, K., Hussain, M &amp; Baranowski, K. (2002). Couples' Experiences with prostate cancer: Focus group research. <i>Nursing Forum</i>, 29(4), 701-709</p>	<p>Att undersöka pars erfarenheter av att leva med prostata cancer, sjukdomens påverkan på deras livskvalité parets förmåga att hantera symtom samt deras förslag på interventioner som kan hjälpa att förbättra deras dagliga erfarenheter.</p>	<p>Diskussioner i fokusgrupper spelades in och analyserades.</p>	<p>Män: n = 22  Kvinnor: n = 20</p>	<p>Deltagarna hade ett behov av information och stöd. Tiden före behandling var oftast präglad av osäkerhet. Både män och deras makar kände sig dåligt förberedda på de bieffekter som uppträdde efter behandling. De copingstrategier som framträdde skiljde sig mellan olika par men även inom paren.</p>

<p>7.</p> <p>Harden, J., Northouse, L., Mood, D. (2006). Qualitative analysis of couples experiences of with prostate cancer by age cohort. <i>Cancer Nursing</i>, 29(5), 367-377.</p>	<p>Att undersöka mäns med prostatacancer och deras partners erfarenheter i relation till åldersgrupp: 50-64 (sen medelålder), 65-74 (unga-gamla) och 75-84 (äldre-gamla).</p>	<p>Semistrukturera de intervjuer.</p>	<p>Män: n = 15</p> <p>Kvinnor n= 15</p>	<p>Prostatacancer påverkade tre områden för alla par: parens dagliga liv, deras par- och familjeförhållanden samt deras utvecklingsmässiga stadium. Skillnader mellan åldersgrupperna förekom. Medelåldersparen uppvisade mer besvikelse och ilska över sin oförmåga att uppnå livsmål och ekonomisk stabilitet. Unga-gamla föreföll mer nöjda med sina liv än de andra grupperna. Par i äldre-gamla gruppen vittnade om en långsammare återhämtning än de yngre paren.</p>
<p>8.</p> <p>Ka'opua, L-S., Gotay, C., Hannum, M., Bunghanoy, G. (2005). Adaptation to long-term prostate cancer survival: The perspective of elderly asian/pacific islanders wives. <i>Health and social work</i>, 30 (2).145-154.</p>	<p>Att beskriva äldre partners till män som överlevt prostatacancers perspektiv på anpassning till de krävande utmaningarna som följer med att överleva prostatacancer och att ta i beaktning deras erfarenheter i relation till etnicitet.</p>	<p>Semistrukturera de intervjuer.</p>	<p>Kvinnor: n = 38</p>	<p>Kontinuerlig inläring var det vanligast förekommande fenomenet vilket återspeglades genom fyra typer av adaptivt arbete. Dessa fyra typer var: delaktighet i makens hälsa, bekräftelse av det äktenskapliga bandet, normalisering av motgångar och delaktighet i, för dem (partnerna), personligt meningsfulla handlingar.</p>

<p>9. Lavery, J., Clarke.V.(1999). Prostate cancer: patient´s and spouse´s coping and marital adjustment. <i>Psychology, Health &amp; Medicin, 4(3)</i> 289-302.</p>	<p>Att fastställa coping- och anpassningsförmåga hos patienter med prostatacancer och deras makor.</p>	<p>Semistrukturera de intervjuer.</p>	<p>Män: n = 12  Kvinnor: n = 12</p>	<p>Patienterna hade fler hanteringsstrategier och använde dem oftare än sina makor, undvek att tala om cancer och förnekade ångest för att skydda makorna samt att en majoritet av dem ansåg sina relationer som oförändrade eller förbättrade. Makorna var mer aktiva i att möta sjukdomens krav än patienterna. Par som innan sjukdomen varit sexuellt aktiva rapporterade negativa förändringar kopplat till mannens impotens efter behandling.</p>
<p>10. Maliski, S., Heilemann, M. &amp; McCorkle, R. (2002). From "death sentence" to "good cancer": couplestransformation of a prostate cancer diagnosis. <i>Nursing Research, 51(6)</i>, 391-397</p>	<p>Att beskriva erfarenheter hos män med prostata cancer och deras partner från tiden för diagnos till genomförande av prostatektomi.</p>	<p>Semistrukturera de intervjuer</p>	<p>Män: n = 21  Kvinnor: n = 21</p>	<p>Paren upplevde att de behövde ta sig an en "intensivkurs" om prostatacancer. Vad paren lärde sig genom informationssamlandet ledde dem till att värdera prostatacancer som "bra cancer" jämfört med andra cancerformer. Denna värdering möjliggjord för paren att samla ny energi för att hitta bästa behandlingsmetod.</p>
<p>11. Nanton, V., Osborne, D. &amp; Dale, J. (2010). Maintaing control over illness: a model of partner activity in prostate cancer. <i>European Journal of Cancer care, 19</i>, 329-339</p>	<p>Att genom att studera pars verbala interaktion likväl som att identifiera framträdande teman belysa den informationsrelaterade aspekten av den vårdande roll som antas av de kvinnliga partnerna.</p>	<p>Semistrukturera de intervjuer.</p>	<p>Kvinnor: n = 9  Män: n = 20</p>	<p>De kvinnliga partnerna i studien antog alla en styrande och ansvarstagande vårdande roll gentemot deras makor. Denna roll rörde tre områden: att hantera information, hantera vårdandet samt strävandet efter normalisering.</p>



<p>12. Phillips, C., Gray, R., Fitch, M., Labrecque, M, Fergus, K., Klotz, L. (2000). Early postsurgery experience of prostate cancer patients and spouses. <i>Cancer Practice</i>, 8(4). 165-171.</p>	<p>Att beskriva män med prostatacancers och deras partners erfarenheter av återhämtningsfasen kort efter att ha genomgått kirurgisk behandling.</p>	<p>Semistrukturera de intervjuer.</p>	<p>Kvinnor: n = 34  Män: n = 34</p>	<p>Patienternas cancererfarenheter influerades sjukdomsprognos. Patienterna fokuserade på snabb fysisk återhämtning, paren sammanfogades och beskrev en rad olika gensvar för att hantera postkirurgiska bieffekter och komplikationer. Betydelsen av cancer varierade för paren där de flesta såg erfarenheten av den som ett tillfälligt avbrott i livet.</p>
<p>13. Sanders, S., Pedro, L., O'Carroll Bantum, E. &amp; Galbraith, M. (2006). Couples surviving prostate cancer: Long- term intimacy needs and concerns. <i>Clinical Journal of Oncology Nursing</i>, 10(4), 503-508.</p>	<p>Att utforska pars erfarenheter och problem rörande intimitet i relationen.</p>	<p>Narrativa intervjuer</p>	<p>Män: n = 10  Kvinnor: n = 10</p>	<p>Fynden antyder att män och kvinnor tänker och reagerar på olika sätt inför intimitets och relationella utmaningar som uppstår i och med prostatacancer.</p>
<p>14. Sinfield, P., Baker, R., Agarwal, S., Tarrant, C. (2008). Patient-centered care: What are the experiences of prostate cancer patients and their partners? <i>Patient Education and Counseling</i> 73. 91-96.</p>	<p>Att erhålla en djupare förståelse för erfarenheterna av vård hos män med prostatacancer och deras partners.</p>	<p>Semistrukturera de intervjuer.</p>	<p>Män: n = 35  Kvinnor: n = 10</p>	<p>Det existerade inte något omfattande missnöje men två problem identifierades. Det ena att varken patienters eller partners behov av information ofta inte uppmärksammades eller identifierades. Det andra problemet var att patientens föredragna roll i beslutstagandet om behandling och provtagning ej utforskats nog mycket.</p>
<p>15. Street, A., Couper, J., Love, A., Bloch, S., Kissane, D., &amp; Street, B. (2010). Psychosocial adaptation in female partners of men with prostate cancer. <i>European Journal of Cancer Care</i> 19</p>	<p>Att utforska den psykosociala anpassningen hos kvinnliga partners till män med antingen lokaliserad eller metastaserad prostatacancer.</p>	<p>Semistrukturera de intervjuer.</p>	<p>Kvinnor: n = 50</p>	<p>11 kvinnor särskiljde sig från resterande då de visade högre grad av ångest och depression. Analysen av deras svar visade på en sämre anpassningsförmåga än de resterande 39 kvinnorna som visade en relativt hög grad av motståndskraft för sjukdomens påverkan av det dagliga livet.</p>