



Examensarbete i omvårdnad, 15 hp

Partners upplevelser av att leva med någon som har prostatacancer - En litteraturstudie

Lenanor Chakko

Handledare: Magnus Stentagg

Sjuksköterskeprogrammet, kurs: OM1434

Blekinge Tekniska Högskola, Institutionen för hälsa

Karlskrona Januari 2015

Partners upplevelser av att leva med någon som har prostatacancer

Lenanor Chakko

Sammanfattning

Bakgrund: Prostatacancer är den mest förekommande cancerformen bland män runt om i världen. De allmänna bieffekterna är bland annat sexuell dysfunktion, urinläckage och ändtarmsbesvär. Dessa bieffekter kan i sin tur påverka intima relationer där partners till de drabbade kan uppleva försämrad livskvalité.

Syfte: Belysa partners upplevelser av att leva med någon som har prostatacancer.

Metod Kvalitativ litteraturstudie baserad på sju vetenskapliga artiklar som analyserats med kvalitativ innehållsanalys utifrån Granheim och Lundmans tolkning av analysmetod.

Resultat: Studiens analys resulterade i fem kategorier; *tacksamhet, förändringar i relationen, otrygghet, ge sig själv omsorg, och att räcka till*. En del av partnerna till dem som insjuknat i prostatacancer kände tacksamhet för en tidig upptäckt av sjukdomen och var glada för varje dag de fick spendera tillsammans. Andra partners upplevde förändringar i sin relation i samband med prostatacancer. Samtidigt kunde andra uppleva en otrygghet över att bli lämnade ensamma. Vissa partners började utesluta sitt eget välbefinnande i samband med sjukdomen, medan andra kände ett behov av att ge sig själv omsorg då makens sjukdom tog för stor plats i deras liv. Flera partners kände sig otillräckliga i samband med sjukdomen då de inte kunde tillfredsställa sin makes behov.

Slutsats: Prostatacancer påverkar inte endast den drabbade utan även partnern. Mycket fokus och omsorg läggs på den sjuke vilket leder till att partners välbefinnande förbises av sjukvården. Vid besked om prostatacancer bör även partners välmående beaktas.

Vårdpersonal måste därför kunna se helheten ur olika perspektiv och se hur sjukdomen kan påverka både den som diagnostiserats med prostatacancer samt de närstående.

Nyckelord: Partners, Prostatacancer, Upplevelser.

Innehållsförteckning

| | |
|--------------------------------------|----|
| Inledning | 4 |
| Bakgrund | 5 |
| Prostatacancer | 5 |
| Partners upplevelser | 5 |
| Teoretisk referensram | 7 |
| Syfte | 7 |
| Metod | 7 |
| Datainsamling | 8 |
| Urval | 9 |
| Kvalitetsgranskning | 9 |
| Dataanalys | 10 |
| Resultat | 10 |
| Tacksamhet | 10 |
| Förändringar i relationen | 11 |
| Otrygghet | 12 |
| Ge sig själv omsorg | 13 |
| Att räcka till | 14 |
| Diskussion | 15 |
| Metoddiskussion | 15 |
| Resultatdiskussion | 17 |
| Slutsats | 21 |
| Referenser | 23 |
| Bilaga 1 Databassökningar | 26 |
| Sökningar i Cinahl | 26 |
| Bilaga 2 Granskningsprotokoll | 30 |
| Bilaga 3 Artikelöversikt | 32 |
| Bilaga 4 Exempel på analysförfarande | 34 |

Inledning

Den vanligaste formen av cancer bland män är prostatacancer (Socialstyrelsen, 2014).

American Cancer Society (2014) visar i sin studie att sjukdomen kan vara åldersrelaterad och att män över 65 år löper 60 % större risk av att drabbas. Enligt Riechers (2004) påpekas att vid utredningen av prostatacancer kan män uppleva psykiska förändringar i form av depression, osäkerhet, rädsla och ängslan över sin sjukdom. Riechers (2004) menar att detta kan bero på de olika komplikationer och biverkningar som kan förekomma vid behandling av prostatacancer. Andra vanliga förekommande bieffekter är inkontinens, sexuell dysfunktion och ändtarmsbesvär (Socialstyrelsen, 2014).

Couper et al. (2009) påstår att komplikationer som uppstår i behandling av prostatacancer kan påverka både den drabbade och den eventuella partnern. Behandlingen kan påverka sexualiteten och ger sig ofta i uttryck som exempelvis nedsatt sexualdrift, vilket i sin tur också kan påverka partnern (a.a.). Enligt Manne, Babb, Pinover, Horwitz och Ebbert (2004) visar i sin studie att partners kan uppleva mer psykisk ohälsa än den drabbade, vilket kan minska deras livskvalité.

Enligt Evertsten och Wolkenstein (2010) kan partners uppleva att de inte får det stöd och den information som de känner att de behöver. Harden, Sanda, Wei, Yarandi, Hembroff, Hardy och Northouse (2013) menar vidare att partners kan uppleva missnöje med hur sjukvården bemöter dem i samband med att deras make drabbats av prostatacancer. Harden et al. (2013) påpekar att partners kan uppleva att information kring konsekvenserna av sjukdomen brister och att detta kan leda till att partners upplever ökad stress. Vidare menar Evertsten och Wolkenstein (2010) och Riechers (2004) på att det finns för lite forskning kring partners upplevelser av att leva med någon som har prostatacancer. Därför är det av intresse att göra en sammanställning på partners upplevelser av att leva med någon som har prostatacancer utifrån den tillgängliga forskning som finns. Det skulle kunna ge sjuksköterskan en ökad kunskap och förståelse inom området. Det skulle i sin tur kunna leda till att sjuksköterskan erhåller den kompetens som behövs för att kunna utföra en god omvårdnad utifrån de behov som partners har i samband med deras makes prostatacancer. Sjuksköterskan skulle då kunna sätta in åtgärder i tid för att förhindra att partnern upplever ohälsa i samband med att deras make drabbats av prostatacancer.

Bakgrund

Prostatacancer

Världshälsoorganisationen [WHO] (2013) visar att incidensen av prostatacancer ökar ständigt. Enligt Socialstyrelsen (2014) är sannolikheten av att drabbas av prostatacancer större hos män över 70 år. Prostatacancer finns i olika former, lokaliserad prostatacancer innebär att tumören är begränsad till prostatakörteln, tumören kan också ligga utanför prostatakörteln där risken för spridning till lymfkörtlar eller skelett föreligger (a.a.). Enligt American Cancer Society (2014) upplevs sällan symtom i ett tidigt skede av prostatacancer. Vidare påpekar American Cancer Society (2014) att när tumören vuxit kan svårigheter med urinering förekomma. American Cancer Society (2014) menar att det kan göra ont vid urinering, komma blod, ökat behov av att kissa, svårigheter att börja eller avsluta urinering samt svagt eller avbrutet urinflöde. Har tumören spridit sig till skelett kan smärta uppkomma i rygg, höft och revben (a.a.). Enligt Socialstyrelsen (2014) finns det olika behandlingsformer beroende på tumörens omfattning. Socialstyrelsen (2014) påpekar att om tumören är begränsad, behandlas prostatacancer med kirurgi eller strålbehandling. Vidare betonar Socialstyrelsen (2014) att om tumören ligger utanför prostatakörteln behandlas det med antihormonella läkemedel ofta i kombination med kirurgi eller strålbehandling. De vanligaste bieffekterna för prostatacancer är sexuell dysfunktion, urinläckage och ändtarmsbesvär (a.a.). Enligt Manne, Badr, Zaider, Nelson och Kissane (2009) kan bieffekterna påverka intima relationer där partners till drabbade kan uppleva ökad ångest i samband med sexuell nedsättning.

Partners upplevelser

Enligt Lavery och Clarke (1999) innebär uttrycket partner en kvinna som lever i ett förhållande med en man som drabbats av prostatacancer. Enligt Couper et al. (2009) är prostatacancer en omfattande sjukdom som kan påverka den drabbade negativt men också skapa svårigheter i relation med sin partner. Detta kan i sin tur påverka deras livskvalité då begränsningar kan uppkomma i deras samliv (a.a.). Ett exempel kan vara att kommunikationen mellan partnern och den drabbade kan upplevas försämrad och känslomässig stress kan försvåra partners förmåga att hantera sjukdomen (a.a.). Enligt Bruun, Pedersten, Osther och Wagner (2011) kan den bristande kommunikationen kännas obehaglig för partners gemensamma vardag med den drabbade, vilket kan bidra till isolering dem

emellan. Vidare påpekar Bruun et al. (2011) att partners upplevelser av att leva med någon som har prostatacancer kan påverka både det sociala samt psykologiska tillståndet. Bruun et al. (2011) betonar att isoleringen som kan uppstå mellan partnern och den drabbade kan upplevas som en ytterligare börda över mannens sjukdom, vilket kan medföra att behovet av det sociala livet ökar. Vidare förklarar Bruun et al. (2011) att tystnaden om sjukdomen från den drabbades sida kan medföra ensamhet hos den eventuella partnern som kan leda till utbrändhet i försöket av att klara av det vardagliga livet. Enligt Bruun et al. (2011) kan partners även uppleva att ens egna behov, exempelvis sexuella behov inte tillfredställs vilket kan bero på den sexuella dysfunktionen som kan uppstå som en bieffekt av sjukdomen. En annan orsak till de ouppfyllda behoven kan vara att partnern känner att det är hennes plikt att stödja maken och se till att hans behov uppfylls (a.a.). Lavery och Clarke (1999) påpekar att under förloppet av sjukdomen kan partnern känna behov av att söka upp information om prostatacancer. Lavery och Clarke (1999) menar att genom ökad kunskap om sjukdomen kan partnern eventuellt uppleva mer delaktighet i beslutprocessen när det gäller behandlingsmetoder. Detta kan medföra att partnern känner en ökad personlig kontroll i en svårhanterlig situation (a.a.). Utifrån sjuksköterskans kärnkompetenser enligt Sherwood och Barnsteiner (2013) är informatiken en viktig grundsten för en god och säker vård. Sherwood och Barnsteiner (2013) menar att genom en humanistisk människosyn kan sjuksköterskan skapa en god relation med patienter och närstående. Vårdinformatiken är tillämpad för att kommunicera, hantera kunskap och lära av misstag, detta kan skapa en trygghet både hos patienten och närstående då informatiken kan skapa en säker vård (a.a.).

Enligt Riechers (2004) kan andra känslor uppstå i samband med att leva med någon som har prostatacancer, dessa kan vara maktlöshet, hopplöshet och oro. Andra bidragande faktorer som Riechers (2004) tar upp kan vara känslomässiga reaktioner. Stress, ångest, depression, ilska, rädsla och ensamhet är några exempel på vad en partner sägs kunna uppleva (a.a.).

Enligt Eriksson (1987) är upplevelser individuella och kan inte förstås eller tolkas av någon annan. Eriksson (1987) påpekar att känslorna som uppstår är subjektiva, i en upplevelse möter människan sig själv där personens innersta begär som hopp, längtan och önskningar formar den egna upplevelsevärlden. Människans eget medvetande och självmedvetande utgör grunden för upplevelsevärlden (a.a.). Eriksson (2003) nämner att människan är unik i sina upplevelser, trots detta är hon beroende av att känna tillhörighet med andra individer för att känna sig accepterad, förstådd och besvarad av sina egna upplevelser (a.a.). En upplevelse

innefattar, engagerar och når hela individen och genom den upplevda människan kan kunskap tillföras till vårdvetenskapen genom ökad förståelse av människan (Eriksson, 1987).

Teoretisk referensram

Enligt Dahlberg et al. (2003) framhäver livsvärldsteorin människors upplevelser och erfarenheter av vardagslivet och dagliga existens. Dahlberg et al. (2003) menar att livsvärlden hos människan är den verklighet som upplevs genom att tänka, tycka, känna samt se och förstå världen som människan lever i. Dahlberg påpekar även att livsvärlden upplevs genom människans kropp och det är genom kroppen människan har tillgång till livet. Kroppen är även en tillgång för individens identitet vilket innebär att förändringar i kroppen också kan medföra en förändrad världsbild (a.a.).

Dahlberg et al. (2003) betonar att lidande och välbefinnande är två faktorer som är vanligt förekommande i människans liv och som påverkas av personens livsvärld. Enligt Dahlberg et al. (2003) finns livslidande hos människan och är enskild då det är knutet till individens egen livssituation och livshistoria. Dahlberg et al. (2003) betonar att en sjukdom kan upplevas som livslidande då detta kan uttryckas i känslor av ensamhet och sårbarhet. Dahlberg et al. (2003) påpekar att upplevelse av tillfredställelse och glädje av livet skapar ett välbefinnande hos människan, för att individen skall uppleva välbefinnande krävs vetskap och medvetande om att lidande förekommer. Genom att ha förståelse för människans livsvärld blir det lättare för sjuksköterskan att öka individens välbefinnande och minska lidande (a.a.).

Syfte

Syftet med studien var att belysa partners upplevelser av att leva med någon som har prostatacancer.

Metod

Metoden som användes var en litteraturstudie där litteraturen har kvalitativ ansats. Enligt Forsberg och Wengström (2013) innebär en litteraturstudie att identifiera, kritiskt granska, analysera och sammanställa tidigare forskning. Forsberg & Wengström påpekar att den kvalitativa ansatsen präglas av induktivt tänkande som strävar efter en helhetsförståelse genom att beskriva, förstå, förklara och tolka människans subjektiva upplevelse.

Datainsamling

Litteratursökningen i de elektroniska referensdatabaserna Cinahl och Medline har stått till bistånd för att få fram forskning inom området. Cinahl är en referensdatabas där litteraturen består av omvårdnadstidskrifter (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011). Alla vetenskapliga artiklar är tilldelade ämnesord i Cinahls uppslagsverk som heter Cinahl Headings, detta för att underlätta att få fram forskning inom syftets område (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011). Referensdatabasen Medline innefattar vetenskapliga artiklar inom bl.a. medicin och omvårdnad (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011). MeSH är uppslagsverket i Medline och används på samma sätt som Cinahl Headings (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011).

De söktermer som användes vid sökningen var: *couples, experience, life experience, partner, partners, prostate cancer, prostatic cancer, prostatic neoplasms, quality of life, spouses, wives*. Söktermerna kombinerades med varandra genom booleska sökoperatörer AND och OR. De sökord som användes i databaserna expanderades till engelska synonymer för att få en mer utökad sökning. Sökorden kombinerades därefter tillsammans med OR där flera sökblock skapades. Därefter sammankopplades sökorden med AND för att få fram studiens slutgiltiga sökning. En fritext sökning gjordes med sökorden *partner, prostatic neoplasms, prostatic cancer, spouses, wives* i kombination med AND och OR. Willman et al. (2011) påpekar att vid sökning efter vetenskapliga artiklar bör flera söktermer användas i kombination med varandra för att få en utökad samt avgränsad sökning inom syftets område. Detta sker genom booleska sökoperatörer, som är ord som binder samman söktermer på olika sätt (a.a.).

Inklusionskriterierna för denna studie omfattade vetenskapliga artiklar med kvalitativ ansats som är skrivna på engelska. Artiklarna var från år 2000 och uppåt för att få fram den senaste forskningen inom området samt var peer reviewed, vilket innebär att artikeln studerats av en eller flera granskare som är forskare inom problemområdet (Willman et al., 2011). I artiklarna skulle forskning inrikta sig på partners upplevelse av att leva med en man som drabbats av prostatacancer. Artiklar har sökts från hela världen och ålder på deltagarna är obegränsad.

Urval

Vid Litteratursökning i referensdatabasen Cinahl hittades 229 artiklar som lästes på titelnivå, utav dessa lästes 52 artiklar på abstraktnivå varav 18 artiklar valdes att läsas i fulltext. De resterande artiklarna exkluderades bort eftersom de inte uppfyllde studiens syfte.

Litteratursökning i Medline hittades 69 artiklar som lästes på titelnivå, 15 artiklar valdes att läsas på abstraktnivå varav 6 artiklar valdes att läsas i fulltext. De artiklar som valdes bort exkluderades eftersom fokus låg på männens upplevelser av sjukdomen eller innehöll artiklar med en kvantitativ ansats. Av de 24 artiklar som lästes i fulltext valdes enbart 14 artiklar att gå till kvalitetsgranskning då dessa artiklar ansågs vara relevanta för studiens syfte (Se bilaga 1).

Kvalitetsgranskning

Vid kvalitetsgranskningen av de artiklar som valdes ut användes Olsson och Sörensens (2011) bedömningsmall för studier med kvalitativ metod (se bilaga 2 bedömningsmall). Detta innebar att artiklarna följde en viss praxis vad gäller studiernas innehåll, upplägg samt genomförande (a.a.).

Kvalitetsbedömning

Olsson och Sörensens (2011) bedömningsmall inkluderade 20 frågor i bedömningen och i denna studie var alla frågor inkluderade då dem ansågs vara väsentliga för att nå syftet med studien. Dessa frågor hade poängsättning 0-3 poäng där 13 frågor poängsattes med 0-3 poäng, 2 frågor med 0-2 poäng och 5 frågor med 0-1 poäng. Maxpoängen i denna bedömningsmall var 48 poäng. När artiklar granskades kan de graderades dem utifrån tre olika grader, hög kvalitet motsvarade 80 % av maxpoängen, medel kvalitet 70 % och låg kvalitet 60 %. Antalet vetenskapliga artiklar som kvalitetsgranskades var 14 stycken, av dessa bedömdes 7 artiklar ha hög kvalitet och valdes till resultatet (Se bilaga 3). I studien exkluderades 7 vetenskapliga artiklar då de bedömdes som låg kvalitet, ingen av artiklarna hade medel kvalitet. Tre av de artiklar som valdes utgick utifrån parets upplevelse av prostatacancer. Den ena artikeln hade urvalet 22 män och 22 makar, de andra två hade 15 deltagare samt 5 deltagare. Dessa tre artiklar valdes med i studien eftersom partnrens upplevelse av sjukdomen kunde urskiljas från mannens och valdes därför att inkluderas. En annan artikel som valdes med till resultatet hade 364 deltagare där en enkätstudie blivit analyserad med öppna svar.

Dataanalys

De sju artiklarnas resultat analyserades utifrån Granheim och Lundmans (2004) tolkning av Krippendorffs kvalitativa innehållsanalys. Artiklarna lästes upprepade gånger för att ge en helhetsförståelse. Därefter togs meningsbärande enheter ut som besvarade syftet. De meningsbärande enheterna översattes till svenska och därefter kondenserades. Efter kondenseringen av meningsbärande enheterna kortades de ytterligare ned till koder. Slutligen kategoriserades de koder som passade ihop. Utgångspunkten för analysen var manifest med latent inslag. Enligt Granheim och Lundman (2004) är en meningsbärande enhet en mening, enskilda ord eller ett textstycke som är kopplade till syftet. Granheim och Lundman (2004) betonar att kondensering av meningsbärande enheter innebär att texten förkortas utan att innehållet förloras. Efter kondensering kortas meningsenheter till koder, enligt Granheim och Lundman (2004) är en kod som en etikett som kort beskriver meningsenhetens innebörd. Granheim och Lundman (2004) beskriver också att en grupp med koder som har samma betydelse bildar en kategori. Analysen var manifest med latent inslag, vilket innebär enligt Granheim och Lundman (2004) att manifest analysering fokuserar på textinnehållet utan egna tolkningar medan latent innebär att den underliggande meningen i texten tolkas från läsaren.

Resultat

Partners upplevelser av att leva med någon som har prostatacancer resulterade i fem kategorier: Tacksamhet, Förändringar i relationen, Otrygghet, Ge sig själv omsorg och Att räcka till.

Tacksamhet

Trots att partners hamnat i en ny livssituation där många svåra känslomässiga reaktioner uppstod såsom rädsla, kunde en del finna tacksamhet gentemot livet på många olika sätt. De kunde se på livet ur nya perspektiv och insåg hur skört livet kunde vara. Detta medförde att partnerna började inse att livet kunde ta nya vändningar när som helst. Detta resulterade i en ny mental inställning där partnerna tog mer vara på livet och upplevde tacksamhet för varje dag de fick spendera tillsammans med sin make. Tankar på att situationen kunde varit värre och att sjukdomen inte skulle upptäckas i tid utgjorde att tacksamhet blev ett ledord för det

fortsatta livet. På grund av en tidig upptäckt av prostatacancer upplevde partnerna större tillit och förtroende för vårdpersonal vilket gav en mer ödmjuk inställning mot både sjukdomen, vården samt livet i sin helhet (Philips, Gray, Fitch, Labrecque, Fergus & Klotz, 2000; Street, Couper, Love, Bloch, Kissane & Street, 2010).

Just be happy you have another day together. Things could be worse, he could be worse (Philips et al. 2000, s. 169).

Förändringar i relationen

En del partners upplevde att deras relation med sin make förändrades i samband med prostatacancer (Street, Couper, Love & Street, 2009; Tanner, Galbraith & Hays, 2011; Fergus, 2011; Harden, Schafenacker, Northouse, Mood, Smith, Pienta, Hussain & Baranowski, 2002; Harden, Northouse & Mood, 2006). Förändringar hos deras män gjorde att de upplevde svårigheter då deras samliv påverkades negativt. En del partners menade att innan sjukdomen inträffade fanns en starkare närhet dem emellan, denna närhet kunde uttrycka sig som sexuellt, smekningar, kramar, kyssar och en känslomässig närvaro i förhållandet. En bidragande faktor var att vissa av männens beteende var utåtagerande och upplevdes skrämmande (Street et al. 2009; Tanner et al. 2011). Kommunikationen mellan dem förändrades, vilket ledde till en rad olika konsekvenser. Istället för att prata ut med sin partner och inkludera henne i sjukdomen och allt runtomkring den, exkluderades partnern, detta gav en oönskad känsla hos partners vilket medförde att de börja ifrågasätta sin roll i förhållandet. De kunde inte längre kommunicera med varandra som de tidigare gjort, vilket gjorde att partnerna upplevde sig som främlingar i sitt egna hem. Detta fick dem att uppleva att deras män inte längre värdesatte dem (Street et al. 2009; Tanner et al. 2011). De upplevde minskad känslomässig och intim kontakt med sin make vilket var svårt för dem att acceptera, de saknade närheten och de goda känslorna som de tidigare upplevt. Partnerna vågade inte visa att de ville ha mer av både make och äktenskap i rädsla av att göra sin make upprörd. Att inte kunna förutspå makens beteende ledde till att en del partners kände sig begränsade i sin relation med maken (Street et al. 2009; Tanner et al. 2011; Fergus, 2011). Aktiviteter och gemensamma framtidsplaner var nu inte möjliga att utföra, vilket dem hade svårt att acceptera (Tanner et al. 2011; Harden et al. 2002).

“Very frustrating as I don’t know enough about it and all he keeps saying is he is ill and not interested enough to do anything with me. We are like strangers in the home.” (Street et al. 2000, s. 240).

Andra partners kunde däremot uppleva positiva förändringar under sjukdomsförloppet. Partnerna accepterade att den intima delen hade minskat och upplevde att det inte påverkade relationen med maken. Istället upplevde partnerna att de kommit sin make känslomässigt närmare. En anledning till denna närhet var att maken inkluderade kvinnan i sjukdomsförloppet, de mötte motgången i livet tillsammans. Kommunikationen som var positiv var av stor vikt för förhållandets överlevnad. Genom att de värdesatte just dessa byggstenar i äktenskapet valde de att se på livet ur en annan synvinkel. Det positiva var att paret såg på sjukdomen som något de skulle övervinna tillsammans. Genom att de kommunicerade fick båda partnerna känna en trygghet, värdesatta och omhändertagna av varandra (Street et al. 2009; Harden, 2006).

” It’s a very strange experience as we’re closer than ever emotionally”.(Street et al. 2009, s.238)

Otrygghet

I relation med sin make upplevde partners otrygghet i samband med sjukdomen. Denna otrygghet kunde bero på att partners upplevde en brist på information om sjukdomen och uttryckte att de inte kände sig inkluderade. Flera partners upplevde ständig oro och rädsla att bli lämnade ensamma (Tanner et al. 2011; Harden et al. 2006; Street et al. 2009; Ervik, Nordoy & Asplund, 2013). Otryggheten att inte veta hur länge deras män har kvar att leva skapade en stor oro hos många (Tanner et al. 2011; Harden et al. 2006; Street et al. 2009). Rädslan att bli lämnade ensamma upplevdes som känslomässigt svår. Dessa känslomässiga reaktioner fick partnerna att börja tänka på sig själva och sin egen livssituation. Samtidigt som oron växte för sin makes tillstånd växtes även en oro för hur deras egna liv skulle komma att bli. Detta resulterade i att många började tycka synd om sig själva. Partnerna uttryckte att de kände sig beroende av sina makar på olika sätt. Det kunde vara känslomässigt, ekonomiskt, socialt etc. Att planera framtiden när de inte var säkra på nuet,

ökade det otryggheten och oron för sitt egna liv(Street et al. 2009; Harden et al. 2006; Ervik et al. 2013).

” I find things to be difficult emotionally. Obviously one is always anxious and afraid of being alone...one is used to being two; thus, everything becomes different the day one is by oneself” (Ervik et al. 2013, s.11)

Ge sig själv omsorg

Det visade sig att ge omsorg till sig själv var en grundsten för att kunna bearbeta den svåra situationen. För att klara av det mentalt var det av stor vikt att försöka hitta positivitet. En del menar att frustrationen försvinner när dem väl accepterad tillståndet och börjat gå vidare. Partners som inte fick den omsorg de var i behov av från sin make var tvungna att ta hand om sig själva. Genom att befinna sig i en svår situation som inte går att påverka, var det viktigt att försöka hitta mening och glädje i livet för att klara av vardagen. Flera partners berättade om vikten av att uppehålla sig med olika aktiviteter för att mentalt kunna fokusera på annat än det svåra i livet. Om livet endast kretsar kring sjukdomen kan det vara svårt att se allt livet har att erbjuda. Därför är det av betydelse för partners att kunna tänka bort sjukdomen och fokusera mer på sig själva och försöka uppfylla sina egna behov och önskningar i livet. Genom en rad olika aktiviteter vågade partners känna omsorg för sin egen hälsa vilket bidrog till att dem kunde tänka framåt i livet istället för att fastna i en ond cirkel bestående av sjukdomen och all negativitet den medförde. Acceptansen att ta en dag i taget var en stor lättnad för partners mentala psyke, då de tidigare upplevt sig vara tvungna att lägga sina framtidsplaner på is. (Tanner et al. 2011; Ervik et al. 2013).

”I decided to fill my life with many activities...to help me with it and not to get ill. I take one day at a time, and I love to look after myself” (Tanner et al. 2011, s.158)

Att räcka till

Flera partners började uppleva otillräcklighet i och med makens insjuknande i sjukdomen. De började uppleva sig hjälplösa och visste inte hur de skulle hantera situationen. Många partners försökte göra vad de trodde var det rätta, de försökte vara den perfekta hustrun ge det stöd som maken var i behov av. Men när inte det gav något resultat började partnerna ifrågasätta sig själva och började fundera på vad de gjorde för fel och vad som behövdes göras för att öka makens välbefinnande. Några kvinnor klandrade sig själva för makens tillstånd. Vissa ville öka sin kunskap gällande sjukdomen för att kunna tillfredsställa sin mans behov ytterligare (Ervik, Nordoy & Asplund, 2013; Tanner, Galbraith & Hays, 2011).

Vissa tog på sig ansvaret över situationen och blev arga på sig själva för att de inte hade svar på alla frågor. Tankar kring hur de inte kunde ha märkt att sin make blivit sjuk fick dem att känna sig dåliga vilket resulterade i att de upplevde ilska gentemot sig själva. Situationen som partnerna befann sig i påverkade också deras eget välmående. De började uppleva oduglighet och att de inte hade förmågan att ge det stöd som de önskade att de förmådde samt hur de skulle agera för att allt skulle bli så bra som möjligt. Partnerna upplevde att de var tvungna att agera som stötte pelare genom att lyssna, omvårda och lugna maken konstant. Ett problem var att även partnern behövde ett stöd för att ta sig igenom denna svåra period i livet. Känslan av att vilja vara på flera ställen samtidigt var så påtaglig. Partnern upplevde att hon behövde arbeta och bidra till familjens försörjning samtidigt som partnern behövde infinna sig på sjukhuset vid sin makes sida under denna svåra period. När partnern väl var på jobbet, kretsade tankarna kring makens hälsa. Och när hon väl var med maken, kretsade tankarna kring otryggheten gällande försörjningen. Det dåliga samvetet skaver partnern, vilket medförde känslomässiga reaktioner hos partnerna som uttryckte att de började känna sig sårbara. (Harden, Northouse & Mood, 2006; Ervik et al. 2013; Harden, Schafenacker, Northouse, Mood, Smith, Pienta, Hussain & Baranowski, 2002; Tanner et al. 2011).

” It is very hard to be the next of kin, and perhaps few understands how hard it is when serious illness strikes...I am the next kin, and I am supposed to be strong. Sometimes it is difficult.” (Ervik et al. 2013, s.10)

Diskussion

Metoddiskussion

Studien genomfördes som en litteraturstudie med kvalitativ ansats. En fördel med att använda sig utav en litteraturstudie var att det gav en bra helhetssyn över det nuvarande forskningsläget vilket medförde en expanderad kunskap inom området (Polit & Beck, 2008). En annan styrka med en litteraturstudie var att forskaren fångar fler upplevelser från flera studier och kommit fram till liknande resultat vilket kunde ha bidragit till ett mer trovärdigt arbete. En nackdel med en litteraturstudie kan vara att tidigare forskare redan tolkat resultatet en gång (Krippendorff, 2004). Enligt Willman et al. (2011) är den bästa datainsamlingsmetoden när känslor beskrivs med ord. Människans meningsupplevelser studeras och kartläggs i form av mönster, utmärkande drag och kännetecken (a.a.). Willman et al. (2011) beskriver att kvalitativa forskningsmetoder används för att beskriva, förklara och tolka mänskliga upplevelser och uppfattningar. En annan metod som kunde användas var en empirisk studie. Enligt Olsson och Sörensen (2011) kan forskaren få en bättre helhetsbild och komma närmare informanten, men det valdes bort för att inte utsätta deltagarna för kränkning mot deras integritet.

Litteratursökning genomfördes i databaserna CINAHL och MEDLINE. Ifall fler databaser hade används skulle det ha kunnat öka sökresultaten och fler artiklar hade kunnat hittas till resultatet. Enligt Henricson (2012) ökar det chansen att hitta relevant information om fler databaser använts till sökning av vetenskapliga artiklar.

De söktermer som användes översattes till engelska synonymer för att få en mer utökad sökning, dessa söktermer kombinerades med booleska sökoperatorerna AND och OR för att få fram ett brett och avgränsad sökning inom forskningsområdet. Enligt Willman et al. (2011) är det inte tillräckligt att använda endast en sökterm vid sökning efter vetenskapliga artiklar. Ett utav sökorden var *quality of life*, anledningen till det ordvalet var dels för att det fanns tankar om att det skulle kunna leda till att fler artiklar kunde ha hittats kring problemområdet och dels för att få fram artiklar kring hur partnerna upplevde sjukdomen och om det påverkade deras välmående i livet till exempel det sociala förhållandet och intima förhållandet, men det visade sig att samma artiklar kom fram med de andra sökorden som använts. Det som skulle ha kunnat påverka resultatet var att fler söktermer kunde användas i

sökningen av artiklar, då skulle sökresultatet av artiklar eventuellt blivit mer brett. Materialet som hittats har varit begränsad på grund av för lite forskning om området och därför kan resultatet kännas kort. Trots svårigheterna med att hitta information kring syftets område har de artiklar som framkommit i sökningarna gett tillräckligt med material för att svara på studiens syfte. Även en fritextsökning gjordes för att få en bredare sökning, enligt Willman et al. (2011) är en fritextsökning ett bra alternativ för att få fram bästa resultat.

I studien fanns inklusionskriterier där artiklar skulle utgå från år 2000 och uppåt för att få den senaste forskningen inom området. Möjligtvis kunde fler artiklar hittats om inte tidsgränsen för artiklarna var begränsad, men risken för att partnernas upplevelse av att leva med någon som har prostatacancer inte stämmer överens med det dem upplever i senare tid, detta kunde bero på den förändrade sjukvården där individernas upplevelse av sjukdomen kan ha förbättras, därför valdes senare forskning om området. Deltagarnas ålder var inte begränsad eftersom det inte var relevant för studiens syfte, partners kan uppleva olika i olika åldrar och alla upplevelser har stor betydelse för studiens resultat. De artiklar som inkluderades i studien skulle vara skrivna på engelska eftersom detta gav det största utbudet och var det språk som behärskades bäst. Artiklarna som valdes till studien var från Australien, Canada, Norge och USA. Utifrån den geografiska spridningen på artiklarna kunde kulturella och samhälleliga skillnader ha påverkat resultatet. Pailer (2006) menar att sjukvårdssystem kan se olika ut i olika länder då kulturen kan skilja sig åt. Därmed skulle partners upplevelser av sjukvårdens bemötande kunnat variera i de olika länderna då sjukvården kan ha sett olika ut. Pailer (2006) menar att kulturen och samhället formar både hur sjukvårdssystem ser ut samt individers moral. Eriksson (1988) menar vidare att individer formas av samhället och kulturen. Detta är något som bör tas i beaktning vad gäller överförbarheten i studien. Detta skulle kunna medföra svårigheter med att kunna överföra denna studie i olika länder, då individerna i studien kan ha olika uppfattningar och behov i samband med sjukdomen. Eftersom sjukvårdssystemen kan se olika ut kan partnerna ha olika behov i de olika länderna utifrån hur sjukvårdssystemen har påverkat dem.

De sju artiklar som valdes till litteraturstudien kvalitetsgranskades utifrån Olsson och Sörensen (2011) bedömningsmall för studier med kvalitativ metod (se bilaga 2). Granskningsprotokollet var lätt att använda eftersom det gav en tydlig kvalitetsbedömning vilket gjorde det enklare att förutse vilka artiklar som hade hög kvalitet. Fördelen med granskningsprotokollet var att det redan fanns poängsättning vilket medförde att kvaliteten på

artiklarna kunde kontrolleras. Enligt Willman et al. (2011) används kvalitetsgranskning för att bedöma artiklarnas kvalitet och att artiklar med lägre kvalitet kan försämra studiens vetenskapliga kvalitet.

I litteraturstudien fanns det tre artiklar som utgick utifrån parets upplevelse av prostatacancer, en utav artiklarna hade urvalet 22 män och 22 makar, de andra två hade 15 deltagare samt 5 deltagare, men efter att ha läst artiklarna ett antal gånger visade resultatet tydligt på vad partnern upplevde. Det fanns även en annan artikel som beskrev livet som en partner med en prostatacancer överlevare, men efter att ha läst den flera gånger beskrev den även partnerns upplevelse hur det var att leva med maken som fick prostatacancer, de tre artiklarna kändes relevanta för studiens syfte och valdes därför att inkluderas.

Alla artiklar som valdes var kvalitativa då denna metod besvarade bäst på studiens syfte. En manifest innehållsanalys med latent inslag valdes att utföras eftersom båda delarna ansågs vara gynnsamma för att ett trovärdigt resultat skall kunna uppnås. Meningsenheterna som tagits ut översattes till svenska för att förenkla kondenseringen. En fördel med att översätta meningensenheter till svenska innan kondensering var att risk för misstolkning minskades samt att viktig information inte gick förlorad. Detta medförde att koder och kategorisering upplevdes mer hanterbara.

En fördel med att använda artiklar med kvalitativ ansats var att forskaren inriktar sig på beskrivningen av personens upplevelse. Enligt Olsson och Sörensen (2011) blir innehållsanalysen större ur en kvalitativ studie eftersom innehållsanalysen används för att vetenskapligt analysera kommunikationsinnehållet som t.ex. individens upplevelse av hälsa. Enligt Graneheim och Lundman (2004) innebär det att en manifest innehållsanalys beskriver textinnehållet för att sedan kunna kategorisera texten utan egna tolkningar. Innehållsanalys med latent inslag görs det egna tolkningar av den underliggande texten (a.a.). En fördel med att använda båda delarna gjorde det lättare att kategorisera textinnehållet.

Resultatdiskussion

I resultatet framkom det att partners upplevelser av att leva med någon som har prostatacancer förändrade livet för samtliga och att många känslomässiga reaktioner uppstod. Partnerna menade att mycket förändrades gällande intimitet, kommunikation och syn på livet.

I resultatet framkom det att en del partners upplevde att deras intima kontakt med sina makar förändrades. Den sexuella aktiviteten som de tidigare haft med sina makar upplevdes minskad i samband med sjukdomens uppkomst. Detta var något som partnererna upplevde svårt att acceptera. Detta styrks av Bruun et al. (2011) som menar att partners kan uppleva att den sexuella tillfredsställelsen inte alltid uppfylls efter att deras makar insjuknat i prostatacancer. Sanders, Pedro, Bantum & Galbraith (2006) påpekar att partners kan uppleva brist på sexuell aktivitet i samband med sjukdomen och att det kan öka frustrationen hos partnererna.

I resultatet framkom det dock att en del partners accepterade den nedsatta sexuella aktiviteten och menade på att den inte påverkade deras relation med sina makar på ett negativt sätt. Istället upplevde dessa partners större närhet till sina makar, vilket de uttryckte var viktigare än den sexuella aktiviteten. Denna närhet framkom hos dessa partners när de kände sig inkluderade i sjukdomsförloppet. Detta styrks av Crowe och Costello (2003) som påpekar att partners kan uppleva en förbättrad relation med sina makar när dem anförtror och inkluderar partnererna i sjukdomsförloppet.

En annan del som framkom i resultatet var att en del partners upplevde ett minskat samliv med sina makar, vilket upplevdes svårt att acceptera då partnererna saknade närheten och de goda känslorna som de tidigare haft. Detta styrks av Crowe och Costello (2003) som menar att partners kan uppleva minskad närhet som exempelvis smekningar och kyssar från sina makar i samband med sjukdomen. Resultatet visade även på att partnererna inte vågade diskutera detta med sina makar på grund av att de inte vill uppröra dem ytterligare. Detta ledde till en försämrad kommunikation mellan vissa partners och makar vilket ledde till minskad känslomässig och intim kontakt. Enligt Sanders, Pedro, Bantum & Galbraith (2006) kan kvinnliga partners känna sig oattraktiva och okvinnliga i samband med den minskade intima kontakten och att de kan uppleva en förlust av tillgivenhet från sina makar.

I studien framkom det att partners upplevde kommunikationen med sina makar på olika sätt. En del partners upplevde försämrad kommunikation och började ifrågasätta sin roll i förhållandet. Dessa partners upplevde att de inte bearbetade sjukdomen tillsammans, vilket i sin tur ledde till att en gemensam framtid inte längre kändes aktuell. Detta styrks av Lavery och Clarke (1999) som beskriver att partners kan uppleva att kommunikationen blir

försämrad i samband med sjukdomsförloppet. Vidare menar Bruun et al. (2011) att en försämrad kommunikation kan bidra till isolering mellan partners och makar. Bruun et al. (2011) påpekar även att detta kan komplicera partners förmåga att handskas med sjukdomen. Isoleringen kan i sin tur medföra ett ökat socialt behov hos partnern (a.a.).

I resultatet framkom det att kommunikationen mellan de flesta makar och partners förändrades under sjukdomstiden vilket visade sig på olika sätt. Vissa makar höll tankar och känslor inom sig utan att innefatta partnern. Resultatet visade även på att en del partners upplevde en förbättrad kommunikation vilket fick dem att känna sig trygga, värdesatta och omhändertagna. Dessa partners upplevde att detta ledde till att de kom sina makar känslomässigt närmre. Dahlberg et al. (2003) menar att alla människors livsvärldar baseras på deras syn på livet och världen. Dessa livsvärldar är subjektiva och ser olika ut för alla och därför är det av betydelse att beakta varje erfarenhet och se den som unik (a.a.). Partnerna i studien fick en förändrad världsbild i samband med att deras makar insjuknat i prostatacancer och det är viktigt att uppmärksamma detta då Dahlberg et al. (2003) menar att om något förändras i en människan vardag, förändras även livsvärlden.

Dahlberg et al. (2003) poängterar även att lidande är en påverkande faktor i människans livsvärld. I resultatet framkom att en del av partnerna kände en stor oro över sjukdomen och de kände sig otrygga i denna nya situation som de hamnat i. Otryggheten tog grund i att partnerna ständigt ställde sig frågande till hur länge deras makar skulle leva och hur livet skulle se ut därefter. Då vissa partners levit tillsammans med sina makar i många år växte oron över hur det skulle kännas att bli lämnad ensam. Enligt Dahlberg et al. (2003) kan en sjukdom påverka människans livsvärld. Dahlberg et al. (2003) menar att sjukdomslidandet kan upplevas ensamt och sårbart, vilket var vad en del partners gav uttryck för. Partnerna upplevde oroskänslor som enormt besvärliga och började känna empati för sig själva. Deras livsvärld skulle komma att förändras, men hur den skulle komma att se ut visste dem inte.

Resultatet visade även på att partnerna behövde få deras välmående uppmärksammat. Dahlberg et al. (2003) tar upp lidande och välbefinnande som ledord i människans liv och menar att det kan påverka en människas livsvärld. Dahlberg et al. (2003) menar vidare att beroende på hur en människa känner, tycker och agerar i en situation, påverkas välbefinnandet på olika sätt. Resultatet visade på att när partnerna väl hade accepterat sjukdomen och dess inverkan i deras liv kunde de välja att fokusera på antingen det positiva eller negativa. Partnerna kände att de hade egna val och själva kunde välja hur de skulle

fortsätta sina liv. Enligt Lavery och Clarke (1999) kan partners uppleva att det är viktigt att tänka positivt och att det inte är till nytta att tänka negativt. Vidare påpekar Lavery och Clarke (1999) att partners som tänker positivt hjälper dem att hantera sjukdomen bättre.

I resultatet framkom det att vissa partners upplevde ett stort behov av att ta hand om sig själva och när de gjorde det ökade deras välbefinnande. Andra partners upplevde lidande när deras makar exempelvis drog sig undan och fick ett aggressivt beteende. Känslorna som uppstod hos partnerna påverkade deras liv. I resultatet framkom det att om partnerna fick göra det som önskades främjades deras välbefinnande, men när de exkluderades av sina makar kände de sig inte längre värdesatta. I studien framkom det även att en del partners klandrade sig själva medan andra försökte lära sig så mycket som möjligt om sjukdomen. Sanders, Pedro, Bantum & Galbraith (2006) betonar att partners kan känna sig tvungna att lära sig mer om sjukdomen för att veta hur de på bästa möjliga sätt skall handskas med sjukdomen och kunna fortsätta med sina liv. Enligt Riechers (2004) kan partners uppleva ett behov av stöd och information i samband med sjukdomen.

I resultatet framkom det att en del partners kände att trots att samlivet försvunnit blev kommunikationen bättre och det räckte för att tillfredsställa deras behov, medan andra började tvivla på sin relation med sin make. Detta styrks av Crowe och Costello (2003) som påpekar att partners kan uppleva att de får en mer vänskaplig relation med sina makar och att den nedsatta sexuella relationen inte har någon negativ inverkan på deras relation.

Resultatet visade på att partnernas livsvärld förändrades i samband med makens insjuknande. När deras makar diagnostiserats och partnerna fått uppleva känslan av att leva med en sjuk make, förändrades deras sätt att tänka och resonera. Saker de tidigare kanske prioriterat var inte längre aktuella eller av tillräckligt stor vikt att fokusera på längre. Enligt Dahlberg et al. (2003) har livsvärlden fokus på omvärlden och när partnernas omvärld förändras blir även deras livsvärld förändrad.

I resultatet framkom det att en del partners upplevde att de försökte räcka till men kände sig ändå otillräckliga på många sätt. De hade exempelvis varit tvungna att arbeta samtidigt som de kände att de borde stå vid sina makars sida vilket upplevdes jobbigt. Lavery och Clarke (1999) menar dock att en del partners faktiskt kan uppleva en lättnad att gå till jobbet, detta för att hålla tankarna borta från de problem som de upplever i samband med sjukdomen och

istället fokusera på arbetet. I resultatet framkom det även att en del partners har fungerat som en stöttepelare för maken men inte känt att de fått det stöd de behöver från honom. Enligt Riechers (2004) kan partners uppleva att de behöver uppmuntran och stöd för att kunna få en positiv attityd gentemot sjukdomen. Riechers (2004) menar att genom att få god information om sjukdomen kan partnern lättare diskutera om sina känslor och problem de känner gentemot sjukdomen. Enligt Dahlberg et al. (2003) är det sjuksköterskans uppgift att se till att lidande förhindras, genom att ge en god information till partnern kan det bli lättare att handskas med sjukdomen.

I studien framkom det att de äldre partnern inte hade problem med att deras makar tog beslut på egen hand. De såg på sin egen roll som att finnas där och stötta medan de yngre kvinnorna kände ett behov av att få vara med och besluta och känna sig inkluderade. Detta styrks av Bruun et al. (2011) som beskriver att partners kan uppleva att det är deras plikt att stötta sina makar medan andra partners kan uppleva ett behov av att söka upp mer information om sjukdomen för att känna delaktighet i de beslut som ska tas vad gäller behandlingsmetoder (a.a.).

I resultatet framkom att flera partners gav utlopp för ilska över att inte ha märkt att deras makar blivit sjuka. Dahlberg et al. (2003) menar att sådana känslor ökar lidandet i livet, vilket även partnern gav uttryck för. I resultatet framkom det att de känslomässiga reaktionerna såg olika ut hos partnern och flera kände dåligt samvete över både sjukdomen och deras roll under denna period. Enligt Dahlberg et al. (2003) kan känslor som skuld och hopplöshet förekomma i samband med sjukdomslidande. Resultatet visade på att vissa partners klandrade både sig själva och andra för en sen upptäckt av sjukdomen, medan andra partners beskrev en djup tacksamhet för en tidig sjukdomsupptäckt samt ödmjukhet gentemot livet i sin helhet.

Slutsats

Studiens resultat visade på att partners upplevelser av att leva med någon som har prostatacancer både kunde vara positiva och negativa konsekvenser. Flera partners kunde finna tacksamhet i samband med sjukdomen och då de insåg hur skört livet kunde vara och

att det kunde ta nya vändningar när som helst. Detta förändrade deras inställning på livet och de var tacksamma för en tidig sjukdomsupptäck samt tiden de hade tillsammans med sina makar. Andra partners upplevde förändringar i relationen med sina makar. Detta resulterade i förändrad kommunikation, intimitet och syn på livet. En del partners menade att deras välmående försämrades och andra började känna sig begränsade i sina relationer. En del partners upplevde även otrygghet i samband med sjukdomen, att inte veta hur länge deras makar hade kvar att leva samt var partnerna rädda för att bli lämnad ensam. Den otrygghet som en del partners upplevde kunde även bero på brist på information om sjukdomen och det fick dem att känna sig exkluderade i sjukdomsförloppet. För andra partners var det viktigt att försöka vara optimistiska för att klara av situationen mentalt. Genom att ge sig själv omsorg och tillfredsställa sina behov kunde en del partners finna glädje i livet, vilket ökade deras välbefinnande. Andra partners förbisåg sina egna behov och fokuserade istället på deras makars välbefinnande. Detta resulterade dock i att partnerna kände sig otillräckliga då makens behov inte fullföljdes.

Prostatacancer påverkar inte bara den drabbade utan även partnern. Partners välmående kan upplevas irrelevant i sjukvården då mycket fokus och omsorg läggs på den sjuke, vilket leder till att partners välbefinnande förbises. Mer forskning bör göras kring partners upplevelser av att leva med någon som har prostatacancer, då inte tillräcklig forskning kring området erhålls. Med mer forskning kring ämnet skulle sjuksköterskans förståelse kunna ökas angående hur partners lidande kan lindras och hälsa främjas. Sjuksköterskan måste kunna se ett sjukdomsförlopp ur olika perspektiv och se hur sjukdomen kan påverka både den drabbade och närstående. Genom denna studie kan sjuksköterskan få en ökad kunskap om hur partners till män som drabbats av prostatacancer kan uppleva situationen. Det skulle kunna medföra att sjuksköterskan får större förståelse för vilka behov som dessa partners kan ha. Det skulle i sin tur kunna underlätta sjuksköterskans omvårdnadsarbete genom att veta vilka behov som kan existera hos partners till män som drabbats av prostatacancer. Sjuksköterskan skulle då kunna informera partners bättre och se till att de får det stöd de är i behov av. Det är dock av betydelse att sjuksköterskan tillämpar personcentrerad omvårdnad då alla upplevelser är unika även om individer är i liknande situationer.

Referenser

- American cancer society (2014). *Cancer facts & Figures 2014*. Hämtad ifrån: <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@research/documents/webcontent/acspc-042151.pdf> (2014-11-05).
- Bruun, P., Pedersten, B.D., Ooster, P.J., & Wagner, L. (2011). The lonely female partner: A central aspect of prostate cancer. *Urologic Nursing*. 31(5), 294-299.
- Couper, J., Bloch, S., Love, A., Duchesne, G., MacVean, M., & Kissane, D.(2009). Coping patterns and psychosocial distress in female partners of prostate cancer patients. *Psychosomatic*. 50 (4), 375-82.
- Crowe, H., & Costello, A.J. (2003). Prostate cancer: perspectives on quality of life and impact of treatment on patients and their partners. *Urologic Nursing*, 23(4), 279-82, 284-5.
- Dahlberg, K., Segersten, K., Nyström, M., Suserud, B-O., & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Eriksson, K. (1987). *Pausen: En beskrivning av vårdvetenskapens kunskapsobjekt*. Stockholm: Almqvist & Wiksell Förlag.
- Eriksson, K. (1988). *Vårdprocessen*. (4. uppl.) Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Eriksson, K. (2003). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber AB.
- Ervik, B., Nordoy, T., & Asplund, K. (2013). In the middle and on the sideline – the experience of spouses of men with prostate cancer. *Cancer Nursing*. 36 (3), 7-14.
- Evertsten, J.M., & Wolkenstein, A.S. (2010). Female partners of patients after surgical prostate cancer treatment: interactions with physicians and support needs. *BMC Family Practise*. 11 (6), 18.
- Fergus, K.D. (2011). The rupture and repair of the couple's communal body with prostate cancer. *Families, Systems & Health: The Journal of Collaborative Family Healthcare*. 29 (2), 95-113.
- Forsberg, C., & Wengsröm, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.

Harden, J., Schafenacker, A., Northouse, L., Mood, D., Smith, D., Pienta, K., Hussain, M., & Baranowski, K. (2002). Couples' experiences with prostate cancer: focus group research. *Oncology Nursing Forum*, 29 (4), 701-4.

Harden, J.K., Northouse, L., & Mood, D.W. (2006). Qualitative Analysis of couples' experience with prostate cancer by age cohort. *Cancer Nursing*, 29 (5), 367-77.

Harden, J., Sanda, M.G., Wei, J.T., Yarandi, H.H., Hembroff, L., Hardy, J., & Northouse, L. (2013). Survivorship after prostate cancer treatment: spouses' quality of life at 36 months. *Oncology Nursing Forum*, 40 (6), 567-73.

Henricson, M. (2012). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Krippendorff, K. (2004). *Content analysis: an introduction to its methodology*. Thousand Oaks, Calif: Sage.

Lavery, J.F., & Clarke, V.A. (2010). Prostate cancer: patients' and spouses' coping and marital adjustment. *Psychology, Health & Medicine*, 4 (3), 289-302.

Manne, S., Babb, J., Pinover, W., Horwitz, E., & Ebbert, J. (2004). Psychoeducational group intervention for wives of men with prostate cancer. *Psycho-Oncology*, 13, 37-46.

Manne, S., Badr, H., Zaider, T., Nelson, C., & Kissane, D (2009). Cancer-related communication, relationship intimacy, and psychological distress among couples coping with localized prostate cancer. *Journal of Cancer Survivorship*, 4 (1), 74-85.

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

Palier, B. (2006). *Hälso- och sjukvårdens reformer- en internationell jämförelse* (2. uppl.). Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.

Phillips, C., Gray, R.E., Fitch, M.I., Labrecque, M., Fergus, K., & Klotz, L. (2000). Early postsurgery experience of prostate cancer patients and spouses. *Cancer Practice*, 8 (4), 165-71.

Polit, D., & Beck, C. (2008). *Nursing research – Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.

Riechers, E.A. (2004). Including partners into the diagnosis of prostate cancer: a review of the literature to provide a model of care. *Urologic Nursing*, 24 (1), 22-9.

Sanders, S., Pedro, L.W., Bantum, E.O., & Galbraith, M.E. (2006). Couples surviving prostate cancer: long-term intimacy needs and concerns following treatment. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 10 (4), 503-8, 521-3.

Sherwood, G., & Barnsteiner, J. (2013). *Kvalitet och säkerhet inom omvårdnad- sex grundläggande kärnkompetenser*. Lund: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen (2014). *Nationella riktlinjer för bröst-, prostata- och tjocktarms- och ändtarmscancervård 2014*. Stockholm: Riksdagen

Street, A.F., Couper, J.W., Love, A.W., Bloch, S., Kissane, D.W., & Street, B.C. (2010). Psychosocial adaptation in female partners of men with prostate cancer. *European Journal of Cancer Care*. 19 (2), 234-42.

Tanner, T., Galbraith, M., & Hays, L. (2011). From a woman's perspective: Life as a partner of a prostate cancer survivor. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 56 (2), 154-60.

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

World Health Organisation (2013). *State of the science of endocrine disrupting chemicals – 2012*. Hämtad ifrån:
<http://www.who.int/ceh/publications/endocrine/en/> (2014-11-05)

Bilaga 1 Databassökningar

Sökningar i Cinahl

| | Sökordskombinationer | Antal träffar | Sökdatum | Lästa abstrakt | Antal valda artiklar | Antal valda artiklar till kvalitetsgranskning |
|----|-------------------------------|---------------|------------|----------------|----------------------|---|
| S1 | Prostatic Neoplasms (Fritext) | 8 378 | 2014-10-24 | - | - | |
| S2 | Prostatic cancer (Fritext) | 100 | 2014-10-24 | - | - | |
| S3 | S1 or S2 | 8 398 | 2014-10-24 | - | - | |
| S4 | Spouses (Fritext) | 7 733 | 2014-10-24 | - | - | |
| S5 | Wives (Fritext) | 1 193 | 2014-10-24 | - | - | |
| S6 | Partner (Fritext) | 15 536 | 2014-10-24 | - | - | |
| S7 | S4 OR S5 OR S6 | 22 829 | 2014-10-24 | - | - | |
| S8 | S3 AND S7 | 123 | 2014-10-24 | 22 | 8 | 4 |

Sökningar i Cinahl

| | Sökordskombinationer | Antal träffar | Sökdatum | Lästa abstrakt | Antal valda artiklar | Antal valda artiklar till kvalitetsgranskning |
|-----|---|---------------|------------|----------------|----------------------|---|
| S1 | Prostatic neoplasms (CH [CINAHL Headings]) | 17 407 | 2014-10-22 | - | - | |
| S2 | Prostatic cancer (CH) | 79 | 2014-10-22 | - | - | |
| S3 | Prostate cancer (CH) | 11 801 | 2014-10-22 | - | - | |
| S4 | Quality of life (CH) | 58 692 | 2014-10-22 | - | - | |
| S5 | Life experiences (CH) | 12 424 | 2014-10-22 | - | - | |
| S6 | Experience (CH) | 113 595 | 2014-10-22 | - | - | |
| S7 | Spouses (CH) | 6 413 | 2014-10-22 | - | - | |
| S8 | Wives (CH) | 1 193 | 2014-10-22 | - | - | |
| S9 | Partner (CH) | 15 536 | 2014-10-22 | - | - | |
| S10 | S1 OR S2 OR S3 | 18 866 | 2014-10-22 | - | - | |
| S11 | S4 OR S5 OR S6 | 177 129 | 2014-10-22 | - | - | |
| S12 | S7 OR S8 OR S9 | 21 685 | 2014-10-22 | - | - | |
| S13 | S10 AND S11 AND S12 peer reviewed \geq 2000 | 72 | 2014-10-22 | 20 | 5 | 4 |

Sökningar i Cinahl

| | Sökordskombinationer | Antal träffar | Sökdatum | Lästa abstrakt | Antal valda artiklar | Antal valda artiklar till kvalitetsgranskning |
|-----|---|---------------|------------|----------------|----------------------|---|
| S1 | Prostatic neoplasms (CH [CINAHL Headings]) | 17 407 | 2014-10-22 | - | - | |
| S2 | Prostatic cancer (CH) | 79 | 2014-10-22 | - | - | |
| S3 | Prostate cancer (CH) | 11 801 | 2014-10-22 | - | - | |
| S4 | Spouses (CH) | 6 413 | 2014-10-22 | - | - | |
| S5 | Wives (CH) | 1 193 | 2014-10-22 | - | - | |
| S6 | Couples (CH) | 5 967 | 2014-10-22 | - | - | |
| S7 | Partners (CH) | 16 287 | 2014-10-22 | - | - | |
| S8 | Experience (CH) | 113 595 | 2014-10-22 | - | - | |
| S9 | S1 OR S2 OR S3 | 18 866 | 2014-10-22 | - | - | |
| S10 | S4 OR S5 OR S6 OR S7 | 26 205 | 2014-10-22 | - | - | |
| S11 | S8 AND S9 AND S10 peer reviewed \geq 2000 | 34 | 2014-10-22 | 10 | 5 | 3 |

Sökningar i Medline

| | Sökordskombinationer | Antal träffar | Sökdatum | Lästa abstrakt | Antal valda artiklar | Antal valda artiklar till kvalitetsgranskning |
|-----|---------------------------------|---------------|------------|----------------|----------------------|---|
| S1 | Prostatic neoplasms (MH [MeSH]) | 92 462 | 2014-10-22 | - | - | |
| S2 | Prostatic cancer (MH) | 6 479 | 2014-10-22 | - | - | |
| S3 | Prostate cancer (MH) | 73 794 | 2014-10-22 | - | - | |
| S4 | Spouses (MH) | 6 785 | 2014-10-22 | - | - | |
| S5 | Wives (MH) | 4 343 | 2014-10-22 | - | - | |
| S6 | Couples (MH) | 28 158 | 2014-10-22 | - | - | |
| S7 | Partners (MH) | 61 051 | 2014-10-22 | - | - | |
| S8 | Experience (MH) | 454 956 | 2014-10-22 | - | - | |
| S9 | Life experience (MH) | 1 097 | 2014-10-22 | - | - | |
| S10 | S1 OR S2 OR S3 | 110 403 | 2014-10-22 | - | - | |
| S11 | S4 OR S5 OR S6 OR S7 | 91 969 | 2014-10-22 | - | - | |
| S12 | S8 OR S9 | 454 956 | 2014-10-22 | - | - | |
| S13 | S10 AND S11 AND S12 ≥ 2000 | 69 | 2014-10-22 | 15 | 6 | 3 |

Bilaga 2 Granskningsprotokoll

Bedömningsmall för studier med kvalitativ metod

Forskningsprocessen

| Poängsättning | 0 | 1 | 2 | 3 |
|---|------------------|-------------|----------|------------|
| Abstrakt (Syfte, metod, resultat = 3 p) | Saknas | 1/3 | 2/3 | 3/3 |
| Introduktion | Saknas | Otydligt | Medel | Välskriven |
| Syfte | Ej angivet | Otydligt | Medel | Tydligt |
| Metod | | | | |
| Metodval adekvat till frågan | Ej angiven | Ej relevant | Relevant | |
| Metodbeskrivning | Ej angiven | Knapphändig | Medel | Utförlig |
| Triangulering | Saknas | Finns | | |
| Urval (Antal, beskrivning, representativitet) | Ej acceptabel | Låg | Medel | God |
| Patienter med Hjärtinfarkt | Ej undersökt | Liten andel | Hälften | Samtliga |
| Bortfall | Ej angivet | >20% | 5-20% | <5% |
| Bortfall med betydelse för resultatet | Analys saknas/Ja | Nej | | |
| Kvalitet på analysmetod | Saknas | Låg | Medel | Hög |
| Etiska aspekter | Ej angivna | Angivna | | |

| | | | | |
|--|-----------------|---------|-------|--------|
| Resultat | | | | |
| Frågeställning besvarad | Nej | Ja | | |
| Resultat beskrivning | Saknas | Otydlig | Medel | Tydlig |
| Tolkning av resultatet | Ej acceptabel | Låg | Medel | God |
| Diskussion | | | | |
| Problemanknytning | Saknas | Otydlig | Medel | Tydlig |
| Diskussion av egenkritik och felkällor | Saknas | Låg | God | |
| Anknytning till tidigare forskning | Saknas | Låg | Medel | God |
| Slutsatser | | | | |
| Överrensstämelse med resultatet | Slutsats saknas | Låg | Medel | God |
| Ogrundade slutsatser | Finns | Saknas | | |
| Total Poäng (max 48 p) | | | | |

Bilaga 3 Artikelöversikt

| Författare/år/land | Titel | Metod | Urval | Kvalitet |
|--|---|---|--------------------------|----------|
| Författare: Ervik, B., Nordoy, T., & Asplund, K. År: 2013 Land: Norge | In the middle and on the sideline – the experience of spouses of men with Prostate Cancer | Kvalitativa intervjuer med analys av fenomenologisk hermeneutisk ansats | 9 deltagare intervjuades | Hög |
| Författare: Fergus, K-D. År: 2011 Land: Canada | The rupture and repair of the couple's communal body with prostate cancer | Beskrivande kvalitativ studie med semistrukturerade intervjuer | 5 deltagare | Hög |
| Författare: Harden, J-K., Northouse, L-L., & Mood, D-W. År: 2006 Land: USA | Qualitative analysis of couples' experience with prostate cancer by age cohort | Kvalitativ studie med semistrukturerade intervjuer | 15 deltagare | Hög |
| Författare: Harden, J., Schafenacker, A., Northouse, L., Mood, D., Smith, D., Pienta, Kenneth., Hussain, M., & Baranowski, K. År: 2002 Land: USA | Couples' experience with prostate cancer: Focus group research | Beskrivande kvalitativ studie med semistrukturerade intervjuer | 22 män och 20 makar | Hög |

| | | | | |
|--|---|--|--------------|-----|
| Författare: Phipps, C., Gray, R-E., Fitch, M-I., Labrecque, M., Fergus., & Klotz, L. År: 2000 Land: Canada | Early postsurgery experience of prostate cancer patients and spouses | Longitudinell kvalitativ studie med semistrukturerade intervjuer | 34 deltagare | Hög |
| Författare: Street, A.F., Couper, J.W., Love, A.W., Bloch, S., Kissane, D.W., & Street, B.C. År: 2008 Land: Australien | Psychosocial adaption in female partners of men with prostate cancer | Kvalitativ studie med semistrukturerade intervjuer | 60 deltagare | Hög |
| Författare: Tanner, T., Galbraith, M., & Hays, L. År: 2011 Land: Usa | From a woman's perspective: Life as a partner of a prostate cancer survivor | Beskrivande kvalitativ analys. En enkätstudie med analyserade öppna svar. | 364 | Hög |

Bilaga 4 Exempel på analysförfarande

| Meningsbärande enhet | Kondensering | Kod | Kategori |
|--|--|--------------------------------|---------------------------|
| ”Just be happy you have another day together. Things could be worse, he could be worse.” | Glad över att ytterligare ha en dag tillsammans. | Glad över att vara tillsammans | Tacksamhet |
| “Naturally I would have preferred that the illness had not occurred but I’m grateful that it was discovered early by great doctors.” | Tacksam för att det upptäcktes tidigt. | Tacksam för tidig upptäck | Tacksamhet |
| “I’m having extreme difficulty living with my husband because he’s just so moody.” | Svårt att leva med min man, han är så lynnig. | Svårt att leva med min man | Förändringar i relationen |
| “He refuses to discuss his lack of sexual performance or seek medical help...I feel unloved, undesirable, and useless.” | Jag känner mig oälskad, önskad och värdelös. | Oälskad, önskad och värdelös | Förändringar i relationen |

| | | | |
|--|--|--|----------------------------------|
| <p>“It seems strange that we have the lack of sexual activity now because we weren’t like that before. But I’m accepting; he’s accepting it and we’re okay with it.”</p> | <p>Det känns konstigt att vi har brist på sexuell aktivitet. Men jag accepterar det.</p> | <p>Accepterar brist på sexuell aktivitet</p> | <p>Förändringar i relationen</p> |
| <p>“I don’t like the idea that our lives are going to end or we are going to be separated. And a lot of times, I start feeling sorry for myself, not for him but for me, to be by myself.”</p> | <p>Många gånger börjar jag tycka synd om mig själv, inte för honom men för mig, att bli ensam.</p> | <p>Att bli ensam</p> | <p>Otrygghet</p> |

| Meningsbärande enhet | Kondensering | Kod | Kategori |
|--|---|---------------------------|---------------------|
| "I want to know how long he has to live. Sometimes I feel very lonely. How will I cope if he is dying?" | Ibland känner jag mig väldigt ensam. Hur skall jag klara av det om han är döende? | Känner mig väldigt ensam. | Otrygghet |
| "I faced my own breast cancer (a survivor) and that doesn't bother me. It's something I live with. But I'm having a much harder time with his. I worry. I worry all the time." | Jag har det mycket svårt med honom. Jag oroar mig hela tiden. | Orolig över honom | Otrygghet |
| "I have to stay positive; there is no use in collapsing. I can collapse for a while but not stay that way; you have to face it, it will not disappear." | Jag måste vara positiv, du måste inse det, det kommer inte att försvinna. | Måste vara positiv | Ge sig själv omsorg |

| | | | |
|--|---|--|----------------------------|
| <p>"I have to think about my future: to continue like this or be done. Which is worse?"</p> | <p>Jag vet inte vem min man är längre. Jag måste tänka på min framtid.</p> | <p>Jag måste tänka på min framtid</p> | <p>Ge sig själv omsorg</p> |
| <p>"What can we do for him to help him? How bad his pain will be, if there is medicine that could help him."</p> | <p>Vad kan vi göra för att hjälpa honom</p> | <p>Hur hjälper vi honom?</p> | <p>Att räcka till</p> |
| <p>"There is nothing I can do anymore. I already tried to be the perfect wife. It doesn't work anymore."</p> | <p>Det finns inget jag kan göra längre. Det fungerar inte längre.</p> | <p>Finns inget jag kan göra</p> | <p>Att räcka till</p> |
| <p>"I feel that it is my duty to support and help him in all possible ways when he is ill."</p> | <p>Känner att det är min plikt att stödja och hjälpa honom när han är sjuk.</p> | <p>Skyldighet att hjälpa och stödja.</p> | <p>Att räcka till</p> |