



Høgskulen  
på Vestlandet

## **EKSAMENSINNLEVERING**

---

Emnenavn: Sjukepleie, forskning og fagutvikling -  
Bacheloroppgave

Emnekode: SYKHB3001

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 27.04.17 kl. 14.00

Kandidatnr.: 548

Antall ord: 8628



# Styrke pasienters identitet etter radikal prostatektomi

*- tap av maskulinitet*



Hentet 5. April 2017 fra <http://kjonnsforskning.no/nb/2013/10/manndomsproven>

Bachelorutdanningen i sykepleie, Avdeling for helsefag

Haugesund, April 2017

Kull 2014

Antall ord: 8628

## Sammendrag

**Tittel:** Styrke pasienters identitet etter radikal prostatektomi: tap av maskulin identitet

**Bakgrunn:** Prostatakraft er den kreftformen som forekommer hyppigst i Norge, og som flere overlever og kan leve med. I 2015 ble 5061 nye tilfeller oppdaget. Dagens fokus på tumormarkøren prostataspesifikt antigen kan i dag avsløre kreften i ett tidlig stadium. Bivirkningene etter radikal prostatektomi kan gripe dypt inn i hva det vil bety å være mann, og for mange kan den nye livssituasjonen være vanskelig å mestre.

**Problemstilling:** Hvordan kan sykepleieren hjelpe mannen til å styrke troen på sin maskulinitet etter radikal prostatektomi?

**Hensikt:** Formålet med denne bacheloroppgaven er å rette fokuset på pasienter med radikal prostatektomi sine psykiske reaksjoner og behov, og hvordan sykepleieren kan bidra til å styrke mannens tro på seg selv som mann. Kunnskap jeg har lært vil jeg også bruke til å opplyse og undervise andre sykepleiere.

**Metode:** Bacheloroppgaven er et litteraturstudie, som tar for seg hva forskning og faglitteraturen sier for å belyse problemstillingen.

**Funn:** I de utvalgte forskningsartiklene spilte flere faktorer inn til hvorfor mennene at opplevd tap av maskulin følelse, og i en slik sammenheng belyste forskningen hva mennene hadde hatt behov. Tilpasning av en endret maskulinitet, sosial støtte, praktisk forståelse og kunnskap var tilsynelatende sentrale aspekt for at pasientene kunne mestringsopplevelsen av tapt maskulinitet.

**Konklusjon:** Behovet for hjelp til å styrke den maskuline identiteten kan variere, etter hva hvert enkelt individ tillegger situasjonen. Sykepleieren styrke pasientens maskuline identitet ved å gi god støtte og veiledning, informere, undervise om seksualitet, samt å hjelpe pasienten å fokusere på det positive og bidra til aksept. Til slutt er åpenhet rundt seksualitet og seksuell helse et av de viktigste tiltakene for å fremme en styrket maskulin følelse.

## Abstract

**Title:** Strengthen patients identity after radical prostatectomy: Loss of masculine identity

**Background:** Prostate cancer is the most common cancer form in Norway, and as many survive and can live with. By 2015, 5061 new cases were discovered. Today's focus on tumor marker prostate-specific antigen can today reveal cancer at an early stage. The side effects of radical prostatectomy can grasp deeply into what it means to be a man, and for many, the new life situation can be difficult to master.

**Research question:** How can the nurse help the man to strengthen the belief in his masculinity after radical prostatectomy?

**Aim:** The purpose of this bachelor assignment is to focus on patients with radical prostatectomy's psychological reactions and needs, and how the nurse can help strengthen the man's belief in himself as a man. The knowledge I have learned, I would also use to educate and teach other nurses.

**Method:** The Bachelor's thesis is a literature study, which deals with what research and the literature say to highlight the issue.

**Findings:** In the selected research articles, several factors contributed to why men experienced perceived loss of masculine sensation, and in this context the research highlighted what the men had had. Adapting a changed masculinity, social support, practical understanding and knowledge was apparently a key aspect for patients to master the experience of lost masculine.

**Conclusion:** The need for help to strengthen the masculine identity may vary, according to what each individual adds to the situation. The nurse strengthens the patient's masculine identity by providing good support and guidance, informing, teaching about sexuality, and helping the patient focus on the positive and contributing to acceptance. Finally, openness about sexuality and sexual health is one of the most important measures to promote a strengthened masculine feeling.



## **Forord**

Denne bacheloroppgaven er skrevet av en sykepleiestudent ved Høgskolen Stord/Haugesund, avd. Haugesund siste semester av utdannelsen. Bacheloroppgaven gir 12 studiepoeng og teller som avsluttende eksamen. Skriveprosessen har både vært lærerik, tidkrevende og spennende.

Jeg vil gjerne takke mine kollegaer på urologisk avdeling og familie for god støtte og hjelp. Jeg vil også gi en stor takk til min veileder Anne Lise Holm for veldig god veiledning, oppfølging og støtte i denne skriveprosessen.

Til slutt ønsker jeg å takke Høgskolebiblioteket Stord/Haugesund for å ha vært behjelpelige med utlån av litteratur.

Haugesund, april 2017

# Innhold

<b>1.0 INTRODUKSJON .....</b>	<b>1</b>
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA.....	1
1.2 PROBLEMSTILLING.....	1
1.3 AVGRENSING OG PRESISERING AV PROBLEMSTILLING.....	1
1.4 BEGREPSAVKLARING .....	2
1.5 OPPGAVENS FORMÅL.....	2
1.6 OPPGAVENS DISPOSISJON .....	3
<b>2.0 BEGREPSMESSIG RAMMEVERK .....</b>	<b>4</b>
2.1 HVA ER PROSTATAKREFT, OG KONSEKVENSER AV RADIKAL PROSTATAEKTOMI .....	4
2.1.1 Prostatakraft.....	4
2.1.2 Symptomer og diagnostikk.....	4
2.1.3 Radikal prostatektomi.....	4
2.1.4 Utfordringer for pasienten etter radikal prostatektomi .....	5
2.3 SYKEPLEIERENS FUNKSJON OG ANSVAR.....	6
2.4 BENNER OG WRUBEL OM STRESS OG MESTRING.....	7
2.5 EMPOWERMENT .....	7
<b>3.0 METODE .....</b>	<b>9</b>
3.1 DEFINISJON AV METODE .....	9
3.2 LITTERATURSTUDIE SOM METODE .....	9
3.3 LITTERATURSØK OG FREMGANGSMÅTE.....	10
3.4 KILDEKRITIKK.....	11
3.5 FORSKNINGSETIKK OG ETISKE OPPLEVELSER .....	11
<b>4.0 RESULTATER .....</b>	<b>13</b>
4.1 HOVEDFUNN.....	15
<b>5.0 DRØFTING .....</b>	<b>16</b>
5.1 Å MESTRE EN ENDRET MASKULINET .....	16
5.2 STØTTENS BETYDNING FOR Å STYRKE MASKULINITET.....	19
5.3 PRAKTISK FORSTÅELSE OG INFORMASJON FOR MESTRING .....	22
<b>6.0 KONKLUSJON .....</b>	<b>25</b>
<b>7.0 REFERANSELISTE .....</b>	<b>27</b>
<b>VEDLEGG 1: SJEKKLISTE FOR KVALITATIV FORSKNINGSMETODE .....</b>	<b>32</b>
<b>VEDLEGG 2: GJENNOMGANG AV FORSKNING.....</b>	<b>34</b>





## 1.0 Introduksjon

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Prostatakreft er den kreftformen som forekommer hyppigst i Norge, og som flest overlever og kan leve med. I 2015 ble 5061 nye tilfeller oppdaget. Prostatakreft utgjør nesten 30% av alle krefttilfellene som oppstår blant menn. Etter økt bruk av PSA-test (prostataspesifikt antigen), har det vært sterk økning i antall tilfeller og i overlevelse siden 1990-tallet (Kreftregisteret, 2015). Det forventes en fortsatt videre økning og oppdagelser av prostatakreft de neste ti årene (Berg & Fosså, 2010, s.504). Dagens fokus på tumormarkøren PSA kan avsløre kreft i ett tidlig stadium, og har ført til at også yngre menn får stilt diagnosen, og behandles (Hammer, 2010, s.518).

Jeg ble gjort oppmerksom og fikk interesse for prostatakreft da jeg så dokumentaren til NRK fra 2015 "Einars Forsvinningsnummer". Dokumentaren omhandlet en mann som hadde prostatakreft, hvor han forteller hvilke konsekvenser sykdommen og behandlingen fikk for hans maskuline identitet. Senere i kirurgisk praksis fulgte jeg opp en pasient som hadde prostatakreft, og gjennomført kirurgisk behandling radikal prostatektomi. Jeg fikk høre at bivirkningene som følge av kirurgien, og kreftdiagnosen fikk konsekvenser for både pasienten og partneren. Videre lærte jeg at pasientgruppen kunne få erektil dysfunksjon og urininkontinens som følge av radikal prostatektomi. Mange kunne også oppleve tap av maskulin identitet og skam knyttet til dette. Jeg opplevde dette temaet som et tabubelagt samtale emne, og ønsker derfor å få dette temaet ut i lyset.

### 1.2 Problemstilling

*Hvordan kan sykepleieren hjelpe mannen til å styrke troen på sin maskulinitet som mann etter behandling for prostatakreft?*

### 1.3 Avgrensing og presisering av problemstilling

Innen prostatakreft er det ulike behandlingsalternativer etter stadium på kreften, og krefttype. De vanligste behandlingene er stråling, endokrin behandling og kirurgisk inngrep. I min bacheloroppgave velger jeg å fokusere på det psykiske aspektet rundt eventuelle bivirkningene etter kirurgi for lokal prostatakreft. For å avgrense oppgaven vil jeg fokusere på lokal prostatakreft i prostatavevet, som behandles med radikal prostatektomi, kirurgi.

Bacheloroppgaven tar for seg menn, da denne kreftformen kun forekommer hos menn. I min bachelor oppgave velger jeg å fokusere på det psykiske aspektet etter kirurgi. Jeg vil belyse de ulike utfordringene som menn kan oppleve som følge av bivirkningene som kan forekomme, og påvirke følelsen av tapt maskulinitet. I min oppgave vil jeg ta for meg hva Benner og Wrubels skriver om mestring, samt hvordan empowerment tenkningen kan spille inn og påvirke til at pasientene kan få styrket maskulin identitet. Jeg kommer til å skrive samlet om hvordan sykepleieren kan hjelpe mennene knyttet til kirurgien. Jeg vil nevne i oppgaven både sykepleierens rolle postoperativ og preoperativt, da begge kan svare på problemstillingen.

## 1.4 Begrepsavklaring

Jeg vil nå kort presentere definisjoner av begrepene knyttet til min problemstilling. En utdypet forklaring kommer i teorikapittelet, se 2.0 Begrepsmessige rammeverk.

### *Radikal prostatektomi*

Radikal prostatektomi er den vanligste kurative behandlingsformen ved lokal prostatakraft (Damber & Hugosson, 2006, s. 329).

### *Identitet og kroppsopfatning*

Identitet omhandler opplevelsen som seg selv som individ, men en spesiell tilhørighet. Kroppsopfatningen er en opplevelse av seg selv, opp mot bevisst og ubevisste informasjon som påvirker følelser til kroppen, og slik er grunnleggende for vår identitet (Hummelvold, 2012, s. 136-137).

### *Empowerment*

Empowerment handler om å gi makt, ved at en blir myndiggjort (Vik, 2007, s. 84). Verdens helseorganisasjon (2006)(referert i Tveiten, 2016, s. 27) definerer empowerment som: ”en prosess der folk oppnår større kontroll over beslutninger og handlinger som berører helse, og som prosessen som bidrar til å øke folks kapasitet til å ta valg, og til at valgene transformeres til ønskede handlinger og resultat”.

## 1.5 Oppgavens formål

Hensikten med bachelor oppgaven er å belyse utfordringene menn opplever som følge av behandling etter radikal prostatektomi ved prostatakraft, og hvordan man som sykepleier kan

hjelpe mannen til å få styrket troen på seg selv. Og videre kunne bruke denne tillærte kunnskapen i møte med pasienter som ferdig utdannet sykepleier.

## 1.6 Oppgavens disposisjon

I min bacheloroppgave vil jeg presentere relevant og aktuell teori i en teoridel. Begrepene som er nevnt i introduksjonen vil bli dypere utdypet her. Jeg har brukt sykepleieteori fra Benner og Wrubel om stress og mestring, og aktuell teori knyttet mot begrepet empowerment. En metodedel blir presentert, med oversikt over bacheloroppgavens metode og fremgangsmåte. Deretter presenteres forskning som er relevant for min problemstilling i en resultatdel. Videre drøftes funn og teori for å belyse problemstillingen, for deretter å gi en konklusjon avslutningsvis.

## 2.0 Begrepsmessig rammeverk

### 2.1 Hva er prostatakraft, og konsekvenser av radikal prostataektomi

#### 2.1.1 Prostatakraft

Prostata er en kjertel som ligger rundt urinrøret, rett under urinblæra hos menn (Bella & Shamloud 2011, s.11). Kjertelen bidrar til spermens bevegelsesevne ved å skille ut en væske, som holder sæden flytende (Berg & Fosså, 2010, s. 505). Prostatakraft er en sykdom som kun rammer menn, hvor høy alder er den viktigste risikofaktoren (Damber & Hugosson, 2006, s. 315). Et spesielt problem er den høye frekvensen av latent prostatakraft hos eldre menn (Damber & Hugosson, 2006, s. 313). Faktorer som arv, livsstil og ernæringsfaktorer som overvekt gir en økende risiko for å få prostatakraft (Damber og Hugosson, 2006, s. 315- 318).

#### 2.1.2 Symptomer og diagnostikk

Symptomer ved prostatakraft vil variere etter utbredelse av kreften (Damber & hugosson, 2006, s. 321). Tumormarkøren prostataspesifikt antigen (PSA) har blitt en viktig tumormarkør ved diagnostikk i prostatakraft (Damber & hugosson, 2006, s. 321). TNM-systemet brukes i graderingen av prostatakraft og graderes etter verdiene av PSA i blodet og ved å ta for seg tumorens størrelse, lymfespredning og eventuelle metastaser ut i kroppen (Damber & hugosson, 2006, s. 321). Prostatakraft gir oftest ingen symptomer, før tumoren har vokst gjennom kjertelen, og viser seg i form av blæretømmingsproblemer (Damber & hugosson, 2006, s. 321). Smerter fra skjelettmetastaser kan ofte være det første symptomet på sykdommen. Dersom en mistenker kreft etter PSA måling og rektal eksplorasjon blir pasienten henvist til utredning på urologisk avdeling. (Berg & Fosså, 2010, s. 505). Ved prostatakraft får pasientene selv ofte velge mellom behandlingsmetodene, noe som kan være et vanskelig valg, hvor pasientene vil trenge mye informasjon og støtte (Hammer, 2010, s. 518).

#### 2.1.3 Radikal prostatektomi

Radikal kirurgi foretrekkes oftest hos pasienter med tumorer innenfor prostatakapselen (Berg & Fosså, 2010, s. 506). Ved kirurgisk behandling fjernes hele prostata og hele eller deler av sædblæren (Gjerland, Almås & Grønseth, 2013, s.70). Radikal prostatektomi er den vanligste kurative behandlingsformen, og er i dag ett av de vanligste inngrepene på de fleste urologiske avdelinger (Damber & Hugosson, 2006, s. 330- 332). Operasjonen kan gjennomføres ved enten åpen operasjon, lapraskopisk ”kikkhullskirurgi”, eller en avansert form for

kikkhullskirurgi ved hjelp av en robot ved enkelte sykehus i Norge. Det blir foretatt en vurdering av hver pasient knyttet til om en skal gjennomføre inngrepet da det kan medføre skade for omliggende vev (Berg & Fosså, s. 506- 507).

#### 2.1.4 utfordringer for pasienten etter radikal prostatektomi

##### *Erekttil dysfunksjon og penile forandringer*

Det kirurgiske inngrepet kan påvirke eller skade nerver som bidrar til en ereksjon. Derfor vil pasientgruppen oppleve helt eller delvis ereksjonssvikt (Hammer, 2010, s. 520). Gjerland et al. (2013, s. 70) viser til at opptil 70 % kan få erekttil dysfunksjon. Etter operasjonen er det vanligste at ereksjonssvikten er total i de første ukene eller månedene. Totalt kan det ta opp til et til to år før ereksjonen kommer tilbake uten hjelpe midler, mens enkelte ikke vil få ereksjonen tilbake (Hammer, 2010, s. 209-210). Problemene kan forekomme ulikt som for eksempel potensproblemer, problemer med ejakulering og nedsatt libido for pasienten (Borg, 2010, s. 125). Penile forandringer kan forekomme grunnet det kirurgiske inngrepet, som kan arte seg som en misdannelse som blir tydelig under ereksjonen, eller forkortning eller endret størrelse av penis (Tal & Mulhall, 2009, s. 10-11). Når pasientgruppen stadig blir yngre, kan også manglende evne til å kunne få barn bli en tydeligere problemstilling, og utfordring for pasientgruppen (Hammer, 2010, s. 525- 526).

##### *Urininkontinens*

Under operasjonen må også urethra deles og sys sammen, hvor det antas at nervene som gir impulser i ereksjonen også har betydning for kontinensen (Hammer, 2010, s. 523).

De fleste får i større eller mindre grad urinlekkasje over en kortere eller lengre tid. Problemer kan da variere fra ingen urinlekkasje til totalt manglende kontroll over urinen. Noen kan få kontroll over vannlatingen, mens for andre kan det ta noen måneder, hvor noen igjen får et langvarig problem (Hammer, 2010, s. 523). I frykt for «å tisse på seg» eller å lukte urin kan det føre til at pasientene isolerer seg (Hellestöm & Lindehall, 2006, s. 91). Mange kan derfor velge å holde seg borte fra aktiviteter og sosiale settinger hvor de tidligere hadde deltatt (Hammer, 2010, s. 525).

##### *Tap av maskulinitet identitet*

En kreftdiagnose i seg selv kan påvirke pasientens kropp og kroppsbilde, da kroppslige forandringer eller funksjonsforandringer kan forekomme (Schjølberg, 2010, s. 131-134). Som nevnt kan bivirkningene etter radikal prostatektomi påvirke både kroppsbilde, selvtillit og

følelsen av maskulinitet (Tal & Mulhall, 2009, s. 7-11). Manglende ereksjon kan påvirke seksuallivet, og følelsen av å være mann (Hammer, 2010, s. 521). Ved kroppsendringer kan det være vanskelig for pasienten å ha tro på at han fremdeles er attraktiv og er verdt å elske (Borg, 2010, s. 126). Urininkontinens kan virke fiendtlig og påvirke tilfredsstillheten med seksuell aktivitet, fordi manglende kontroll på urinen under samleiet og orgasmen kan spille inn i tilfredsstillelsen av den seksuelle aktiviteten (Tal & Mullhall, 2009, s. 9). Kreftdiagnosen kan hos noen menn være forbundet med en ny og sårbar side av seg selv, hvor de kan slite med å akseptere og prate om sykdommen (Zachariae & Mehlsen, 2004, s. 101-102). Det kan komme i konflikt med deres forventning til seg selv å innrømme hjelpsløshet (Furuholkmen & Usatynski, 2015, s. 283). Dette kan være et tabulagt og sårbart område da det omhandler deres seksualitet og intimitet (Furuholkmen & Usatynski, 2015, s. 203).

### 2.3 Sykepleierens funksjon og ansvar

Allerede fra pasienten får diagnosen skal sykepleieren styrke pasienten ved god informasjon og støtte (Hammer, 2010, s. 518-519). Sykepleieren skal kunne tilpasse kommunikasjonen nonverbalt og verbalt for å kunne tilpasse kommunikasjon rettet til pasienten i hans situasjon (Eide & Eide, 2013, s. 182). Realistisk informasjon kan bidra til at pasienten blir styrket og mestrer tiden etter operasjon (Hammer, 2010, s. 522). Hvilken behandling som anbefales vil ha mye å si for hvordan den påvirker pasientens liv, og han må derfor forstå hvordan inngrepet gjøres og være klar over konsekvensene (Hammer, 2010, s. 518-519). Sykepleieren må kunne se pasientens endrede kroppsbilde som en del av behandlingen, da et skadelig kroppsbilde eller selvbilde kan få konsekvens for rehabiliteringen (Schjølberg, 2010, s. 135). Det er sykepleierens funksjon og ansvar å kartlegge og undervise pasienten på alle mulige endringer som følge av behandlingen, og hjelpe pasienten å ta vare på seg tiden etter (Schjølberg, 2010, s. 131). Dersom pasienten og hans eventuelle partner har intime vansker, har sykepleieren en støttende og veiledende oppgave om å finne løsninger som fremmer seksualitet (Borg, 2010, s. 128). Sykepleieren skal hjelpe til slik at kommunikasjonen mellom pasient og partner opprettes, og at de sammen eventuelt finner fram til alternative måter å uttrykke kjærlighet og omsorg på (Schjølberg, 2010, s. 140). Sykepleieren må være klar over at yngre pasienter kan det å donere sæd styrke selvbilde, da dette åpner muligheten til at de kan få egne barn ved assistert befruktning (Hammer, 2010, s.526). PLISST-modellen er et kommunikasjons verktøy sykepleieren kan bruke i møte med pasienter om seksuell helse, dersom deres egne kunnskaper ikke strekker til. Modellen beskriver ulike trinn som en kan forholde seg til og behandle seksuelle problemer på. De ulike trinnene omhandler: å gi

tillatelse til å snakke om seksualitet og være seksuell aktiv, å gi begrenset og tilpasset informasjon om seksualitet, å komme meg forslag og å gi intensiv terapi eller samlivsterapi (Borg, 2010, s. 126-128).

## 2.4 Benner og Wrubel om stress og mestring

Benner & Wrubel (1989, s. 59) definerer stress som ett sammenbrudd i det som er meningsfullt, som medfører at en opplever smerte, tap og utfordringer. Opplevelsen av stress skjer når noe meningsfylt for en person kan bli ifra tatt mennesket (Benner & Wrubel, 1989, s. 49). Vedkommendes tidligere selvforsvar, bakgrunnsforståelse og kroppslig intelligens påvirker om en vil være tilstrekkelig for å fungere og forstå når uforutsette hendelser griper inn i vedkommendes liv. Forfatterne mener at både situasjon og person er avgjørende for hvordan en opplever stress, og er nært knyttet til personens vurdering av sin tilpasning til konteksten. En kreftpasient kan oppleve å kjenne seg selv sterkere når kreften er over, eller på den andre side kjenne på en sårbar side med erfaringer med døden, og oppleve mindre ulykker som en bekreftelse på utrygghet. Opplevelse og ferdigheter hos hvert enkelt menneske er avgjørende for hva som blir stressende og ikke, og gir grunnlaget for mestringsmuligheter. Mestring kan begrenses av de problemstillinger og meninger som oppstår i det mennesket opplever som stressende. Forfatter forklarer at mestring ikke er en motgift for stress, men hva en gjør med forstyrrelsen, eller hva en gjør med stresset (Benner & Wrubel, 1989, s. 59-62). Stress, eller å være i krig med sykdom kan også bli erfart som å være i krig med sin egen kropp, hvor følelse av selv som følge av indre og eksterne fysiske forandringer i kroppen. (Benner & Wrubel, 1989, s. 293).

## 2.5 Empowerment

Empowerment bidrar til maktoverføring, styrking, og selvstendiggjøring av pasienter (Aadnanes, 2007, s 227). Empowermenttekningen har en helsefremmende funksjon i sykepleieutøvelse (Tveiten, 2016, s. 27) I helse- og sosialsektoren bruker en begrepet myndiggjøring istedenfor empowerment, men dem begge omhandler det samme (Aadnanes, 2007, s. 227). Empowerment bidrar til mestring hos pasienter gjennom kontroll over eget liv, når sykepleieren mobiliserer styrke og ressurser. Da kan pasienter leve med sine funksjonsnedsettelse og mestre hverdagslige utfordringer og hverdagen generelt (Askheim, 2012, s. 67). Utgangspunktet og grunnlaget for en myndiggjørende praksis, er å forhindre negativ bruk av makt som betyr at makten er ulikt fordelt mellom pasienter og sykepleieren. At makt blir utført på ulovlig vis av sykepleiere (Vik, s.84-86). Empowerment i sykepleie kan



bidra til at pasienters handlingskompetanse eller mestringsevne økes (Kristoffersen, 2016, s. 353). På en måte vil pasienten alltid være avhengig av hjelp. Sykepleieren kan midlertidig bidra til at pasienten kan opptre som en uavhengig ”pasient” (Aadnanes, 2007, s.223).

Sykepleieren fremmer empowerment ved å skape et fellesskap og samarbeid, som bidrar til at de blir likestilte og kan lære av hverandre. Sykepleieren har kompetanse og formidler denne til pasienter, men det er pasienten som er ekspert på egen opplevelse og egen sykdomstilstand. Når disse to verdene møtes former en god kommunikasjon mellom dem (Aadnanes, 2007, s. 94). Kommunikasjonen kan føre til konsekvenser av behandlingen og føre til en umyndiggjørende praksis, hvis kommunikasjonen er enveis eller preget av subjektiv-objektiv kommunikasjon (Aadnanes, 2007, s. 94). Helsefremmende arbeid består av at sykepleieren bruker ulike pedagogiske metoder, og måter for å hindre sykdom. Helt konkret kan det bety at sykepleierens pedagogiske kompetanse blir sentral i arbeidet (Kristoffersen, 2016, s. 356). Tålmodighet, gjensidighet og empati er grunnlaget for en lykkes med myndiggjøring i arbeidet (Vik, 2007, s. 94). Et midlertidig skifte i sykepleierens rolle og handling tar sted, ved at hun går fra rollen som ekspert til en likeverdige partner (Kristoffersen, 2016, s. 350-351). Dette kan føre til utfordringer og egenskaper hos sykepleierer, hvor evne til innlevelse og empati er avgjørende for om en jobber myndiggjørende eller om en umyndiggjør (Aadnanes, 2007, s. 225).

## 3.0 Metode

### 3.1 Definisjon av metode

Aubert (referert i Dalland, s. 83) definerer metode som: ”en metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder”. Metode forteller oss om hvordan vi bør gå frem for å framskaffe eller etterprøve kunnskap (Dalland, 2012, s. 112-113). Metoden er altså redskapet vårt med noe vi vil undersøke og lære, og hjelper oss til å samle inn data.

I denne bacheloroppgaven har jeg brukt både kvantitativ og kvalitativ forskning.

Den kvantitative metoden består ofte av spørreundersøkelser eller lignende metoder for å gi målbare data. Ved bruk av denne metoden kan dataen overføres til tall, som gir muligheten til å regne ut et gjennomsnitt blant de som ble undersøkt, og sammenligne informasjonen (Dalland, 2012, s. 112- 113). Ofte brukes spørreskjema med faste svaralternativer:

Eksperiment og systematisk og strukturert observasjon (Thidemann, 2015, s. 77-78). Ved bruk av denne muligheten kan jeg få en bredere oversikt i feltet for å svare på min problemstilling. Den kvalitative forskningsmetoden finner svar i dybden som ikke lar seg tallfeste eller måles, gjennom menneskelige opplevelser, meninger og holdninger (Dalland, 2012, s. 112-113). Dette metoden samler inn data ved hjelp av intervju med åpne spørsmål, feltarbeid, dokumentasjonsanalyse og observasjon (Thidemann, 2015, s. 78). Slik informasjon kan gi en dypere forståelse av hvilke problemer enkeltmennesker opplever knyttet til min oppgave, og slik svare på problemstillingen. Til slutt kan denne kombinasjonen av begge metodene som kilde svare tydeligere i helhet på min problemstilling, ved at jeg har et dybdeperspektivet og et oversikts-perspektivet.

### 3.2 Litteraturstudie som metode

Denne oppgaven er en litteraturstudie. I et litteraturstudie er det litteraturen som studeres, hva som er undersøkt og skrevet om virkeligheten av artikkelforfatterne (Støren, 2013, s. 16). En viktig del av litteraturstudie er at den ikke skaper ny kunnskap. Den kan derimot begrunne og underbygge egne påstander og synspunkter ved hjelp av teori og forskning (Støren, 2013, s. 1317). En finner frem til forskningen som allerede er dokumentert på området og hvilke metoder som er benyttet. Det er vanlig å gjøre en systematisk litteraturstudie basert på data fra primærkilder i form av publiserte vitenskapelige artikler eller rapporter. I en litteraturstudie må følgene krav være oppfylt: en problemstilling og formål, søk, gjennomgang, analyse,

diskusjon av materialet og en konklusjon (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015, s. 62). For å kunne gjennomføre en litteraturstudie må det finnes nok studier som kan besvare temaet (Forsberg & Wengström, 2013, s. 30). En kan ha tilgang til mye litteratur i et litteraturstudie, og kan belyse dette fra flere sider. De mest relevante forskningene skal velges (Forsberg & Wengström, 2013, s. 88). En må gjøre rede for valg av litteratur, både ved å fortelle om fremgangsmåte, søkeord og avgrensninger, funn av artikler, hva kildene inneholder og relevans opp mot problemstilling (Dalland, 2012, s. 228). Videre drøfting bygger på forskning som er presentert. Når en drøfter skal ulike kilder og kunnskap settes opp mot hverandre og presentere hva funnene forteller om problemstillingen. Konklusjonen viser til slutt svaret på problemstillingen (Dalland, 2010, s. 231).

### 3.3 Litteratursøk og fremgangsmåte

Jeg har brukt mye tid på forskningssøk og lesing. Av forskningsartiklene jeg fant ble de 6 mest relevante som svarer på min problemstillingen plukket ut. Jeg kommer også til å bruke en forskning som ikke er i resultatdelen for å begrunne noe i drøftingen. Da jeg søkte etter forskningsartiklene brukte jeg skolens ulike søkebaser. Databasen jeg har brukt for mine søk er CINAHL, PUBMED og Svemed+. Jeg brukte ulike søkeord og brukte ordene om hverandre i forskjellige kombinasjoner for å utvide søkene. Noen av søkeordene jeg brukte var: prostate cancer, radical prostatectomi, localized prostatecancer, masculin, sexual, quality of life, well being, mental health information, support, coping, acceptance, male issues. male, nursing, urinary og incontinence, management, motivation.

I litteraturgjennomgangen hadde jeg et krav om at forskningsartiklene skulle være på norsk, svensk eller engelsk. De måtte være relevante for problemstillingen, sykepleiefaglig tilknyttet og publisert etter 2013 (5 år gamle). Forskningsartiklene måtte omhandle den kirurgiske behandlingen ved prostatakraft. Totalt har jeg 23 søk og lest over 20 artikler (se vedlegg). Etter hvert måtte jeg utvide søket til 2010, da det var vanskelig å finne forskning om radikal prostatektomi. To av forskningsartiklene er eldre enn fem år. Jeg har vurderte disse som like aktuelle som de andre. Jeg fant både kvantitative og kvalitative forskinger, da jeg mener at dette vil gi en mer helhetlig fremstilling av problemstillingen min.

De utvalgte forskningsartiklene kommer fra ulike deler av verden, men er svært relevante da Norge i dag er et multikulturelt samfunn. Det har vært vanskelig å finne forskning direkte knyttet opp mot hvordan menn mestret en endret maskulinitet, og det psykiske aspektet. Etter

en lang og krevende prosess ble jeg stående med 6 forskningsartikler som på ulike måter svarte på problemstillingen. Forskningene er vurdert opp mot sjekklister til kunnskapscenteret (2014). For mer detaljert oversikt over søkehistorikk, se vedlegg 3 for utvidet søketabell. Pensumlitteratur fra studieåret, andre fagbøker og nettressurser er også tatt i bruk.

### 3.4 Kildekritikk

Oppgaven er basert på kilder. Kildefunn må vurderes etter relevans og kvalitet (Dalland, 2012, s. 63). Kildekritikk er brukt til å fastslå om kilden er sann eller ikke, og viser om en klarer å kritisk bruke kildemateriale. Samt hvilke kriterier en velger å benytte seg av under utvelgelsen. Kildekritikk sees hele tiden opp mot den aktuelle problemstillingen som kildene skal svare på. For å utøve kildekritikk er det viktig å ha kunnskap om det man skriver om (Dalland, 2010, s. 67-73).

I min bacheloroppgave har jeg brukt både primærkilder, og sekundærkilder. Dette fordi jeg i noen tilfeller ikke fant relevant primærkilder jeg hadde behov for. Jeg har brukt forskning fra 2011- 2017, da jeg hadde behov for å utvide søket for å finne forskning som svarte på problemstillingen. Forskningsartiklene jeg har brukt er engelskskrevet, og jeg vil ta høyde for at jeg kan ha tolket de engelsk språklige artiklene feil. Det må samt nevnes at en av forskningene (Zaider, Manne, Nelson, Mulhall & Kissane, 2012) hadde enn under 70% deltakelse som er et krav i bacheloroppgaven. På tross av dette har denne forskningen viktige funn, som er relevant knyttet til min problemstillingen. For eksempel på kildekritikk, se vedlegg 1.

### 3.5 Forskningsetikk og etiske opplevelser

Etiske overveielser handler om etiske utfordringer som både sykepleiere og studenter kan møte på (Dalland, 2012, s. 95). Forskningsetikk omhandler det området av etikk som har med planlegging, gjennomføring og rapportering av forskning å gjøre (Dalland, 2012, s. 96). Fra et sykepleieperspektiv betyr dette at en skal undersøke om pasientens anonymitet er ivaretatt, og at en følger retningslinjene til NEM. NEM er kunnskapsdepartementets komité for medisin og helsefag (Dalland, 2012, s. 98). Når en velger forskningsartikler er det viktig å velge forskning som er godkjent fra en etisk komité, eller hvor det er tatt strenge etiske hensyn (Forsberg & Wengström, 2013, s. 70). I min bacheloroppgave skal jeg ikke vurdere sensitive opplysninger, da dette allerede er gjort i utvalgt litteratur. Jeg har vært nøye med å velge

forskningsartikler hvor personvern har blitt ivaretatt, eller har fått godkjenning av etisk komité. Jeg har forsøkt å gjenspeile teorien på egen måte uten å kopiere den, for å forhindre plagiat som regnes som fusk (Dalland, 2012, s. 80).

## 4.0 Resultater

Jeg vil her presentere utvalgt forskning som kan belyse min problemstilling. Forskningens utvalg, metode og konklusjon blir presentert i vedlegg 2.

### **”I wish I’d told them”: A qualitative study examining the unmet psychosexual needs of prostate cancer during follow-up after treatment**

(O’Brian, Rose, Campbell, Weller, Wilkinson, Mcintoch & Watson, 2011)

**Hensikt:** Hensikten var å beskrive pasienters erfaring med dagens oppfølgingsprogram ved prostatakreft, og søke forklaring på hvorfor eventuelle behov ikke ble dekket. Samt å undersøke pasienters oppfatning av sykepleierens rolle ved oppfølging på sykehus.

**Resultat:** De fremkom psykiske problemer knyttet til seksuell helse som fikk betydning over tiden, hvor mennene mente de fikk lite mulighet til å diskutere bivirkningene og slik fikk manglende tillit til sykepleiere. Problemene ble noen ganger skjult eller akseptert, og når sykepleierne forsøkte å utforske områdene kunne de møte motstand. De eldre opplevde flauhet til å prate om seksualitet, og opplevde å betraktet som for gammel for slikt.

### **Sexuality in men after prostate cancer surgery: A qualitative interview study.**

(Schantz Laursen, 2017)

**Hensikt:** Hensikten var å klargjøre effekten av kirurgisk behandling ved prostatakreft på menns seksualitet.

**Resultat:** Viste til at menn opplevde manglende kontroll eller tap innen seksualitet, hvor dette kunne påvirke deres selvbilde og maskulinet, intime relasjoner og førte til en omdefinert seksualitet.

## **Loss of Masculine Identity, Marital Affection, and Sexual Bother in Men Localized Prostate Cancer**

(Zaider, Manne, Nelsen, Mulhall & Kissane, 2012).

**Hensikt:** Hensikten var å beskrive bekymring relatert til opplevelsen av redusert maskulinitet for lokal prostatakreft. For videre å bestemme om redusert maskulinitet hang sammen med seksuell funksjonsstatus, kvalitet i parforhold og seksuelt bry.

**Resultater:** Nesten en tredjedel opplevde å miste en del av sin maskulinitet. Av bivirkningene var erektil dysfunksjon mest fremtreden. Tap av maskulin identitet var størst hos menn hvor konene merket at konsekvensene påvirket parforholdet og kjærligheten mellom dem.

## **Men's experience with penile rehabilitation following radical prostatectomy: a qualitative study with the goal of informing a therapeutic intervention**

(Nelson, Lacey, Kenowitz, Pessin, Shuk, Roth & Mulhall, 2015)

**Hensikt:** Hensikten var å utforske mens erfaringer med erektil rehabilitering, erektil dysfunksjon og penile injeksjoner. Samt å utforske deres erfaringer med erektil rehabilitering.

**Resultater:** De kom frem frustrasjon på manglende informasjon de hadde mottatt postoperativt om mulige bivirkninger av behandlingen. Samt dårlige opplevelser grunnet erektil dysfunksjon og unngåelse av seksuelle situasjoner. Mennene kunne oppleve negative erfaringer og barrierer med injeksjonene, eller langsiktig nytte av behandlingen. Humor og støtte var viktig for å håndtere en ny livssituasjon.

## **Patients are dissatisfied with information provision: perceiving information provision and quality of life in prostate cancer patients**

(Lamers, Cuyppers, Husson, Vries, Kil, Bosch & Poll-Franse, 2016).

**Hensikt:** Hensikten var å bestemme om pasientene var fornøyd med informasjonen, og se det i sammenheng med deres livskvalitet og sykdom.

**Resultater:** 37 % operert for prostatakraft var misnøyd med mottatt informasjon. Hvor 27% av pasientene viste til ett ønske om mer informasjon om prostatakraft. 66 % av pasientene viste til å være tilfredsstillt med informasjon. Menn som opplevde redusert livskvalitet var dem som var mest misfornøyd med gitt informasjon.

### **Physical and emotional health information need and preferences of long-term prostate cancer survivors**

(Zhou, Bober, Nekhlyudov, Hu, Kantoff, Reckitis, (2016).

**Hensikt:** Hensikten var å øke kunnskap om de ulike informasjonsbehovene ved langsiktig prostatakraft gjennom tre tema. Disse var; Mestring av bivirkninger, seksuell dysfunksjon og psykisk helse.

**Resultat:** Over halvparten av deltakerne rapporterte interesse om mer informasjon om bivirkningene av behandling eller seksuelle helse. En fjerdedel ønsker mer informasjon knyttet mot psykisk helse. De ønsket å motta informasjon om bivirkningene av behandlingen fra lege, informasjon om seksuell helse fra sykepleier, lege eller nettkilde og informasjon om psykisk helse fra sykepleier.

#### **4.1 Hovedfunn**

Funnen viser til at seksuelle vansker grunnet erektil dysfunksjon var mest fremtreden, og den største årsaken til at mennene opplevde tap av maskulin identitet. Økt behov for informasjon og støtte fra sykepleieren kommer tydelig frem i forskningen som et ønske fra pasientgruppen for mestre situasjonen. Det kom også frem at erektil rehabilitering som behandlingsmetode kunne bidra til at mannen følte seg skikkelig mann igjen.



## 5.0 Drøfting

I dette kapittelet vil jeg med utgangspunkt i utvalgte forskningsartikler drøfte hovedfunnene. Funnene drøftes opp mot relevant litteratur, for å finne svar på problemstillingen:

***”hvordan kan sykepleieren hjelpe mannen å styrke troen på sin maskulinitet etter radikal prostatektomi?”***

Hovedfunnene som klart skilte seg ut var:

1. Endret opplevelse av maskulinitet viste forskningen til Schantz Laursen (2017), Nelson et al. (2015), Zaider et al. (2012) & O'Brien et. al. (2011).
2. Behov for sosial støtte viste forskningen til Schantz Laursen (2017), Nelson et al. (2015) & O'Brien et al. (2011).
3. Økt og tilrettelagt informasjonens viste forskningene til Nelson et al. (2015), Lamers et al. (2016), O'Brien et al. (2011) & Zhou et al. (2016).

### 5.1 Å mestre en endret maskulinitet

I forskningen til Zaider et. al. (2012) opplevde en tredjedel tap av maskulinitet, hvor noen opplevde psykisk fortvilelse. Schantz Laursen (2017), O'Brien et al. (2011) og Nelson et al. (2015) viser til en opplevelse av tap i forbindelse med seksuell funksjonsnedgang. I forskningen til Lamers et. al (2016) opplevde mennene som hadde mer symptomer tydeligere misnøye, en deltakerne som hadde få symptomer. Det kan her tenkes at tap av livsutfoldelse kan sees i sammenheng med tap av maskulin følelse. Tal & Mulhall (2009, s. 7-11) poengterer at bivirkningene samlet etter radikal prostatektomi påvirker mannens kroppsbilde, selvtillit og følelse av maskulinitet. Tapet og trusselen kan skyldes at menns kjønnsbekreftelse, uttrykksmåte og oppførsel påvirkes av seksualiteten (Furuholmen & Usatynski, 2015, s. 169.170). I følge Borg (2010, s. 126) er det de fysiske forandringene grunnet sykdom og behandlingen som svekker mannens identitet. En trussel som innebærer en trussel på identitet og selvbilde, kan også skape sorgreaksjoner (Borg, 2010, s.126). Dessuten kan mannen på den ene siden føle seg sårbar som følge av selve kreftsykdommen (Zachariae & Mehlsen, 2004, s. 101-102). Eller på den andre side fordi at seksualitet og intimitet er et tabulagt og diffust tema i samfunnet (Furuholmen & Usatynski, 2015, s. 203). Sykepleieren kan bidra til å styrke mannens maskulinitet ved å forstå og akseptere hans endrede kroppsbilde, i sin rolle som veileder etter kreft og kreftbehandling (Schjølberg, 2010,

s. 131). Å bearbeide et negativt kroppsbilde kan være sentralt for at mennene får styrket troen på seg selv (Berge og Fjerstad, 2016, s. 184). Løken (2007, s. 149) viser dessuten til at sykepleieren jobber myndiggjørende ved å styrke pasienten til å forstå og akseptere kroppsbildet, og bidrar til nye og reelle erfaringer, for å endre ett negativt kroppsbilde av seg selv. For eksempel kan sykepleieren styrke pasientens kroppsbilde og maskulinitet ved å starte bearbeidingen før operasjonen, ved at han får informasjon om hvordan bivirkningene kan berøre kroppsbilde.

I følge Zachariae & Mehlsen (2004, s. 101-102) kan menneskers syn på den tradisjonelle maskuline idealkroppen påvirke mannens kroppsbilde. Mannsidealet kan virke å være preget av at menn skal være sterke, modige og ha selvkontroll (Renolen, 2015, s. 203). Benner og Wrubel (1989, s. 41) viser til at mennesker former seg i forhold til den konteksten det befinner seg i gjennom hele sitt liv, som et selv-fortolkende individ. Mennesker kan bidra selv til sin egen utvikling gjennom valg av tilhørighet, både i samfunnet og grupper de velger å være en del av. Dermed skaper en seg selv, og utvikles i forhold til de rundt seg (Benner & Wrubel, 1989, s. 41). Dette kan knyttes opp mot Solvoll's (2016, s. 125) teori hvor sykepleierens evne til å styrke pasientens identitet, påvirkes av egne handlinger og væremåte. For å kunne hjelpe pasienten kan det være viktig å være bevisst på egen seksualitet, ved en åpen og nysgjerrig holdning knyttet til seksuell helse (Borg, 2010, s. 126). I forskningen til O'Brien et al. (2011) var holdningene knyttet til å prate om seksualitet ikke slik. Sett i et slikt lys kan sykepleieren enten øke eller minske belastning knyttet til pasientens tap av maskulinitet med sine egne handlinger og væremåte.

I forskningen til O'Brien et al. (2011), Schantz Laursen (2017) & Nelson et al. (2015) var det vanskelig for pasientene å prate om sykdommen. O'Brien et al. (2011) avslørte at mennene skjulte vanskene sine, og Nelson et al. (2015) oppdaget at mennene valgte å isolere seg ved å unngå seksuelle situasjoner. Fortrenging, reaksjonsdannelse, rasjonalisering, regresjon, isolering og forskyving er ifølge Renolen (2015, s. 137) de viktigste forsvarsmekanismene. Reitan (2010, s. 137) hevder at mennesker utvikler forsvarsmekanismer ved påkjennelser som følge av sykdom, som en naturlig reaksjon når vedkommende har kreft. Menn kan utvikle mange strategier for å hindre følelser til å komme til uttrykk ved en kreftdiagnose (Renolen, 2015, s. 203). Derfor kan det virke som de trekker seg tilbake og heller lider i det stille (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016, s. 44). Dette understøttes av Furuholmen & Usatynski (2015, s. 278-279). En kan også hevde at menn opplever svakhet og sykdom som et

skammelig symptom da de ikke klarer å ta vare på seg selv, og opplever tap av maskulinitet (Furuholmen & Usatynski, 2015, 278-279). Denne opplevelsen av tapet på maskulinitet kan ansees som negativt, da de kan bryte med idealene om den tradisjonelle maskuline rollen (Solvoll, 2016, s. 118). Sett i et slikt lys kan det fremdeles virke som om det eksisterer holdninger hvor sykdom og helse bryter med de stereotipe mannsidealene (Kristoffersen et al., 2016, s. 43). Dette kan knyttes opp mot Kvangarnes (2007, s. 197) som hevder at med økt vektlegging på individuelt ansvar og makt, for å styrke pasienter, kan det på den andre side føre til at en klandres for sykdom. Med grunnlag i dette kan teorien til Hummelvoll (2010, s. 136-137) som hevder at menn ofte krever lengre tid til å akseptere og tilpasse seg en endret kroppsfunksjon eller endret utseende være litt forståelig. Dessuten kan resultatene til O'Brien et. al. (2011) vise til denne konsekvensen, da mennene ikke opplevde de psykiske problemene knyttet til de seksuelle problemene før årene etter at trusselen om overlevelse, etter oppfølgingstiden.

Sett i et lys hvor mennene opplevde det vanskelig å prate og akseptere sykdommen, bør sykepleieren være klar over det psykiske aspektet ved sykdommen, når sykepleieren skal hjelpe de til å ha tro på sin maskulinitet igjen. Det kan også tenkes at dette får enda større konsekvens for denne pasientgruppen da problemene kan vise seg ved seksuelle problemer. Reitan (2010, s. 72) poengterer at sykepleieren må kjenne til reaksjonene som kan forekomme ved alvorlig sykdom og kjenne til det psykiske aspektet for å styrke pasientens maskulinitet i vanskelige situasjoner. Pasientens tidligere erfaring, kroppsbygge og selvoppfatning kan være avgjørende for hvordan pasienten mestrer situasjonen og takler stress (Benner og Wrubel, 1989, s. 49). Dette understøttes av Schjølberg (2010, s. 135-137) som viser til at vår evne til å mestre stress og takle situasjoner kan være svært kompleks. Når en motarbeider sykdommen kan det erfares som å være i krig med egen kropp, og kan kun gjenvinnes når man føler seg hjemme i egen kropp og hel igjen. Rehabiliteringen bør inneholde en vurdering av de endringene som er opplevd og fornyet for å kunne gjenvinne følelse av maskulinitet (Benner og Wrubel, 1989, s. 293). Sykepleieren kan styrke pasientens maskulinitet gjennom ett mentalt endringsarbeid fra å se på begrensningene til mulighetene man har (Berge & Fjerstad, 2016, s. 196). Dessuten kan dette bidra til en kartlegging over mannens mestringsstrategier og tanker om kroppsideal, kroppsrealitet og kroppsprentasjon (Prince referert i Schjølberg, 2010, s. 135-137). Med grunnlag i dette kan sykepleieren hjelpe pasienten til å få kontakt med pasientens maskulinitet. Ved å oppdage hva som kan være vanskelig kan pasienten og sykepleieren samarbeide ved å lage en prioriteringsliste i form av tiltak, mål, kartlegge

ressurser og tilnæringsmåter ut ifra problemet (Prince referert i Schjølberg, 2010, s. 135-137). Samarbeidet kan bidra til at sykepleieren og pasienten har noe å lære av hverandre, og blir likestilte (Aadnanes, 2007, s. 94). Hvor sykepleieren samtidig styrker pasienten ved å hjelpe pasienten å gjenvinne ansvar for eget liv, og bidra til en positiv selvoppfatning og identitet (Bergem, 2007, s. 116).

## 5.2 Støttens betydning for å styrke maskulinitet

I forskningen til O'Brien (2011) opplevde mennene dårlig oppfølging og støtte når de først trengte hjelp, eller at behovene ikke ble identifisert av sykepleieren. Forskningen til Schantz Laursen (2017) viser også behovet for økt støtte til pasientgruppen. Renolen (2015, s. 175) hevder det er sentralt å ha mennesker å støtte seg til, spesielt når helsen svikter for å mestre endret maskulinitet. Benner & Wrubel (1989, s. 41) viser til at det er viktig at det sosiale nettverket viser støtte da dette har betydning for pasientens følelse av aksept og tilhørighet (Benner & Wrubel, 2001, s. 321). Boesen (2013, s. 154) poengterer at menn tilpasser seg en mulig endret maskulinitet gjennom flere faktorer, og dette påvirkes av hvorvidt pasienten trenger støtte fra sykepleier og pårørende (Boesen, 2013, s. 154). Vi tilpasser oss situasjoner ulikt, og har ulikt behov for hjelp (Hammer, 2010, s. 526). Det som gir problemer for en persons opplevelse av maskulinitet, trenger ikke å være problematisk for en annen (Schjølberg, 2010, s. 133). For noen pasienter kan det være avgjørende at relasjonen mellom pasient og sykepleier er god, at pasient stoler på sykepleier og deler det som står på (Ekeland, 2007, s.30). Sett i et slikt lys kan støtten gjennom samarbeidet bidra til at pasienten får tillit til sykepleier, og slik styrke pasientens myndiggjøring (Tveiten, 2016, s. 43).

I forskningen til Nelson et al. (2015) kom det frem at en støttende partner i prosessen var nøkkelen til å klare seg. Zaidler et al. (2012) viser på den andre side at tapet av den maskuline følelsen var størst hos menn, hvor partneren opplevde en belastning. De kunne også forsøke å være sterke og modige ovenfor familien da de opplevde deres partners skrøpeligheit (O'Brien et al., 2011). Både O'Brien et al (2010) & Schantz Laursen (2017) viste til at konene kunne hatt behov for å blitt inkludert i veilednings og støtte samtaler med sykepleieren. Borg (2010, s. 127) poengterer at seksualitet er noe man deler, og sykepleieren kan styrke mannen ved å bidra til at pasienten og partner har en god kommunikasjon, og kan prate om deres seksualitet. Dessuten kan det være viktig at sykepleieren hjelper til når de trenger hjelp til å kommunisere med hverandre igjen (Schjølberg, 2010, s. 140). Sykepleieren kan for eksempel råde dem til å

gå i samlivsterapi, utenom de samtalene de kan ha sammen med sykepleieren. Dessuten kan det tenkes at når mennene opplever at partneren ikke blir like belastet, kan også han føle seg bedre.

I forskningen til O'Brien et al. (2011) kom det frem at mennene opplevde det vanskelig å få kontakt med sykepleieren ved behov og opplevde manglende kontinuitet i omsorgen. Ekeland (2007, s. 30) hevder at problemet i dagens helsevesen ikke ligger i informasjonen som blir gitt, men en for dårlig kommunikasjon mellom pasient og sykepleier. Kvangarsnes (2007, s. 192) viser til at mange pasienter opplever det vanskelig å få kontakt med sykepleierne. Denne pasientgruppen gjennomgår en behandlingsskjede enten poliklinisk eller på sengepost, og reiser raskt hjem fra sykehuset etter operasjonen og blir fulgt opp poliklinisk. Sett i et slikt lys kan det være styrkende for pasienten og avgjørende for rehabiliteringen å få vite hvem som er den ansvarlige sykepleier å henvise seg til (Hammer (2010, s.520). Dette understøttes av Boesen (2013, s. 166). Boesen (2013, s, 170-171) sier at det beste for pasientene er å bli godt kartlagt på sykehuset for deres rehabiliteringsbehov, også med en individuell plan. Som følge av nedkuttingene i sykehusene er nå sykehusets øverste prioritet å diagnostisere og behandle, og dette medfører mindre tid til pasientomsorgen (Boesen, 2013, s. 170-171). Dette understøttes videre av Meld. St. 11 (2016-2019), som viser til en utvikling hvor sykehusene vil bli mer spesialiserte, og mer ansvar vil falle på kommunale tjenester. Hummelvoll (2012, s. 520) hevder da at sykepleieren blir utfordret på sin evne til innlevelse i møte med pasienter som opplever tap av maskulinitet. Ekeland (2007, s. 45-46) mener at sykepleieren må være ekte, empatisk, omsorgsfull og engasjert. Dette understøttes av Eide & Eide (2013, s. 220). Ettersom pasientomsorgen blir utfordret kan det styrke mannens maskuline identitet ved at sykepleieren er bevisst på at det er viktig å ha et fellesmål, som kan bidra til at pasienten opplever å få den hjelpen han trenger (Hammer, 2010, s. 520).

I forskningen til Zaider et. al. (2012), O'Brien et. al. (2011), Schantz Laursen (2017) & Nelson et. al. (2015) var erektil dysfunksjon et problem som førte til tap av maskulinitet. Forskningen til Nelson et. al. (2015) avslørte at den penile rehabiliteringen styrket følelsen av å være maskulin, da en kunne gjennomføre samleiet. Sykepleierens evne til å hjelpe pasienten med bedret seksualitet kan derfor spille en viktig rolle for å styrke maskulin identitet (McCullough, 2009, s. 201 & 205). Dette ved at sykepleieren kan styrke han til å finne måter å erstatte tapt funksjon (Hummelvold, 2012, s. 136-137). Benner & Wrubel (2001, s. 86) hevder at sykepleieren kan styrke pasienten ved å forme opplevelsen av situasjonen gjennom

veiledning og trening. Derimot er det ikke slik at alle på tross av god hjelp og støtte i prosessen, vil fortsette med penil rehabilitering (Nelson et al., 2015). På den ene siden kan det tenkes at det skyldes barrieren, men på den andre siden må det nevnes at noen alt var impotente før kirurgien. Dette understøttes av Nelson et. al. (2015). Deltakerne i Schantz Laursens (2017) forskning oppdaget videre at seksualitet omhandlet mye mer enn samleiet, men også forståelse, intimitet, omsorg og følelse av respekt som mann. Schjølberg (2010, s. 140) hevder at sykepleieren har ansvar for å hjelpe pasienten med å finne alternative måter å uttrykke kjærlighet på (Schjølberg, 2010, s. 140). Schantz Laursen (2017) hevder at pasientgruppen har et stort behov for sexologisk rådgivning for et styrket selvbilde. Sykepleieren kan styrke mannens maskulinitet ved å finne løsninger som fremmer seksuell helse, men på samme tid respektere hvis ikke pasienten ønsker å prate om hans seksualitet. Det er da viktig at sykepleieren viser seg tilgjengelig. (Borg, 2010, s. 128). Sett i et slikt lys bør sykepleieren oppmuntre pasientene til seksuell helse, men på samme tid styrke mannens maskulinitet ved en støttende og respektfull holdning. Schantz Laursen (2017) forklarer at mennene opplevde tap av maskulinitet på grunn av skyldfølelse av å ikke kunne tilfredsstille partneren seksuelt. Sykepleieren kan styrke pasienten ved å trygge han i at ved å lagre sin sæd, har han fremdeles mulighet til å få barn ved assistert befruktning (Hammer, 2010, s. 525-526). Dermed kan det sies at sykepleieren bør tar for seg de psykiske problemene så vell som de fysiske, for å styrke mannens maskulinitet.

I forskningen til Nelson et al. (2015) kom det frem at deltakerne opplevde at gruppen fikk en støttende funksjon, samtidig som de fikk prate ut om erfaringer om sykdommen og behandlingen. Her viser forskning at også støtten fra likemenn viser seg å være støttende for hverandre, likesom støtten fra sykepleier og partner. Reitan (2010, s.96) hevder at et personlig møte med andre som har samme erfaring med sykdommen, i noen tilfeller kan bety at det er god hjelp i at sykepleieren kan legge til rette for erfaringsutveksling gjennom pasientforeninger, for å styrke mannens maskulinitet. Schjølberg (2010, s. 138) viser videre til at det også letter tiden etterpå utskriving. Dette kan bidra til myndiggjøring hos pasienten (Tveiten, 2016, s. 166-169). Dessuten kan selve fellesskapet styrke pasientens selvfølelse og troen på ens egen maskulinitet, hvor en kan se egen situasjon i et nytt perspektiv og få nye tanker om hvordan man kan mestre utfordringene (Tveiten, 2016, s.166-169). Sett i slikt lys kan prostatakreftforeningen (PROFO) sitt tilbud ”likemannstjenesten” hjelpe pasienten å oppleve styrken på seg selv når pasienter få prate med andre pasienter og dele erfaringer. Men til tross for dette viser Profo-nytt (2015) at selv om tilbudet har god effekt benytter få seg av

tilbudet. Fremover ønsker PROFO å bli mer synlige. Dette kan skyldes at sykepleierne ikke har informert om kreftforening og denne ordningen, og foreningen tilbyr.

### 5.3 Praktisk forståelse og informasjon for mestring

I forskningen til Nelson et al. (2015) opplevde mennene at det var manglende informasjon om mulige bivirkninger, spesielt erektil dysfunksjon. Zhou et al. (2016) viser til at over en tredjedel ønsket mer informasjon. Dermed kan funnene til Lin (2011) støtte dette som viste at en tredjedel angret etter radikal prostatektomi. Dermed kan det sies at kunnskap og kompetanse gjennom informasjon er en forutsetning for at pasientene skal mestre maskulin følelse og eventuelle komplikasjoner. Vik (2007, s. 85-86) poengterer at de viktigste virkemidlene for at sykepleieren kan styrke pasientens maskuline identitet, skjer gjennom å hjelpe pasienten til å styrke og ved å gi tilstrekkelig kunnskap og kompetanse. Dette gir innflytelse og deltakelsesmuligheter (Reitan, 2010, s. 95). Dette kan bidra til mestring av maskulin identitet (Benner & Wrubel, 1989, s. 86). Nordtvedt (2012, s. 135) viser til de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere som sier; *”sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått”*. Dessuten er det lovpålagt i både Pasient-og brukerrettighetsloven (1999) og Helsepersonelloven (1999) at sykepleiere har ansvar og er pliktet til å informere. I pasientrettighetsloven står det at *”pasienten skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal informeres om mulige risikoer og bivirkninger”* (Kvangarnes, 2007, s. 191).

I forskningen til Schantz Laursen (2017) og Nelson et al. (2015) hadde pasientene ikke forstått konsekvensene av bivirkningene av kirurgien. Nelson et al. (2015) viser til at mennene var lovet i for stor grad at deres naturlige funksjon skulle komme tilbake. Hammer (2010, s. 519) hevder at sykepleieren kan styrke mannens maskulinitet ved at informasjonen er riktig og realistisk. Dette omhandler informasjonen som blir gitt fra oppdagelse av kreften og fremover. Da får pasienten bedre grunnlag for å forstå behandlingen og eventuelle bivirkninger, da dette kan fremme mannens maskulinitet i valg han står ovenfor (Hammer, 2010, s. 519).

Dette kan blant annet redusere stress hos pasienten, og bidra til brukermedvirkning (Nortvedt, 2012, s. 136). I følge Nortvedt (2010, s. 136) synes det mest innenfor tildeling av informasjon, fordi det er mangel på gode rutiner og tid.

Noen hevder at utfordringer angående dette å dele informasjon omhandler sykepleierens evne til å gjøre seg forstått og sykepleierens empatiske egenskaper (Nortvedt, 2010, s. 136). Gjerland et al. (2013, s. 76) hevder det er rimelig å si at det stilles skav til den som informerer. Dette er viktig fordi måten en formidler informasjonen, er med på og enten umyndiggjøre eller myndiggjøre pasienten (Madssen, 2007, s. 169). En kan her se at sykepleieren kan få en pedagogisk utfordring, i forhold til å best mulig formidle hensikten med informasjonen, hva informasjonen skal inneholde, og hvordan den skal formidles til pasienten (Reitan, 2010, s. 96). Dessuten kan det være en viktig mestringsstrategi for pasienten og bli inkludert og forstå informasjonen som blir gitt en (Benner & Wrubel, 1989, s. 48-49). Eide & Eide (2013, s. 220) viser til at sykepleieren skal mestre å kommunisere gjennom egenskaper som å se, vise forståelse og bekrefte da dette kan styrke og hjelpe pasienten. Men som individer har vi ulike måter å utfører bestemte handlinger og opptre på, som kan påvirke situasjoner (Rokstad, 2011, s. 39). Hammer (2010, s. 518-520) viser til at mennesker i stressende livssituasjoner oppfatter lite informasjon om gangen, og at det derfor er viktig å gjenta informasjonen. Dette gjelder både før behandlingen, men også tiden etterpå. Dette kan redusere pasientens evne til å forstå informasjon, som en forsvarsmekanisme som kun slipper igjennom en begrenset mengde med informasjon. Derfor er det viktig at informasjonen er tilpasset og tas med hensyn til pasientens ulike stressnivå (Reitan, 2010, s. 95). Her ligger det en utfordring med tanke på oppfølging i pasientgruppen da pasientene som er operert for prostatakraft, i noen tilfeller reiser hjem etter to dager og får videre informasjon poliklinisk. Etersom pasientgruppen gjennomgår en behandlingsskjede, er det viktig at det er en plan på når og hvor informasjonen gis (Hammer, 2010, s. 518-520). Eide & Eide (2013, s. 182-183) viser til at sykepleiere kan ha holdt tilbake informasjon, da grunnlaget er dårlig, i ett ønske fra å beskytte pasienten. Forfatteren viser videre til at det er stor sjanse for at pasienten får sterke følelsesmessige reaksjoner, når sykepleieren ikke har informert pasienten godt nok (Eide & Eide, 2013, s. 182-183). Sett i et bilde av forskningen til Schantz Laursen (2017) og Nelson et al. (2015) kan det tenkes at dette har forekommet, og en følge av dette er at sykepleier da ikke har bidratt til å styrke mannens maskuline identitet.



Andre igjen hevder at utfordringene kan handle om at sykepleieren må ha faglig innsikt som krever erfaring for å styrke mennenes maskulinitet (Nortvedt, 2010, s. 136). Forskningen til O'Brien et al. (2011) viser til at en pasient ikke var blitt spurt om sin seksuelle funksjon under konsultasjonstimene grunnet hans alder over 70 år. Deltakerne opplevde det også som pinlig å innrømme at de slet med deres seksuelle problem (O'Brien et. al., 2011). I forskningen til Zaider et. al. (2012) valgte hele 56% å trekke seg fra forskningen grunnet helserelevante grunner og barrierer. Dette kan vise til vanskelighetene med å snakke om sin seksualitet. Her kan også aldring på den andre side påvirke problematikken og tabuer, da det ligger en tanke i kulturen vår om at eldre "sikkert ikke holder på med slikt" (Furuholmen, 2015, s. 220). Borg (2010, s. 121) viser til at sykepleier må ha en forståelse for at alle mennesker er seksuelle vesener uansett alder og livssituasjon, for å styrke mannens maskulinitet. Også sykepleier kan oppleve det som et vanskelig tema å snakke og informere om, ved å late som om det ikke eksisterer, eller har for høye krav til egen kompetanse. Sett i et slikt lys kan sykepleieren bidra til å opprettholde den lave selvfølelsen som kan eksisterer rundt pasientens seksualliv, og hindre mannens maskuline opplevelse av identitet (Borg, 2010, s. 126). På den andre side kan det skyldes at sykepleieren ikke hadde tid til å snakke med pasientene om bivirkningene (Borg, 2010, s. 126). Dermed kan disse ulike faktorene bidra til å hindre tilstrekkelig informasjon, og bidra til at pasienten ikke blir ivaretatt på en god måte. Det må sies at sykepleieren skal ha kunnskap som veileder til å samtale, og informere om hvordan sykdommen kan påvirke pasientens seksualliv. PLISST-modellen som nevnt er et godt redskap for å gi god informasjon, og viser hvordan sykepleieren kan gå frem i møte med pasienten. På den andre side er det ikke forventet at sykepleier skal ha ekspertkunnskap (Borg, 2010, s. 126-128). Sett i et slikt lys kan en forstå funnene i forskningen til Schantz Laursen (2017) som viser til det store behovet for å tilby sexologisk rådgivning til denne pasientgruppen. Da dette kan være et viktig verktøy som gjør det mulig for menn å mestre eller oppleve maskulin følelse igjen (Schantz Laursen, 2017).

## 6.0 Konklusjon

Litteraturstudien viser til at radikal prostatektomi både påvirker pasienten fysiske, psykiske, sosiale og seksuelle helse. Den inkluderer tre sentrale områder hvor sykepleieren kan bidra til å styrke pasienten: Behov for bearbeiding av en endret maskulinitet, sosial støtte og praktisk forståelse gjennom informasjon. Evnen til å styrke pasientens maskulinitet er en omfattende oppgave. Det er tydelig at dette er et tabubelagt og vanskelig samtale område, som påvirker informasjonen og oppfølgingen fra både sykepleiere og pasienter.

I min bacheloroppgave har jeg sett at ulike faktorer kan spille inn i evnen til å fremme maskulin identitet. Pasientens evne til å mestre en ny maskulinitet kan være påvirket av ulike elementer. Disse er: Hva pasienten ser som betydningsfullt, hvordan pasientens reaksjonsmåte er, evne til aksept og et støttende nettverk. Sykepleieren kan bidra til pasientens mestring gjennom egne holdninger og væremåte. Sykdom som følge av kirurgiske bivirkninger kan gripe dypt inn i mennenes liv. Samfunnets store fokus på at mannen skal fremstilles som modige, med kontroll, selvbeherskelse og selvkontroll kan påvirke mennene i sykdomsopplevelsen. Sykepleieren bør forberede pasienten på en mulig endret maskulinitet, og hjelpe han i å styrke troen på seg selv. En kartlegging av pasientens endrede kroppsbilde kan bidra til denne prosessen. Videre forskning kan bidra til å kartlegge konkret hva pasienten har behov for i et oppfølgingsløp, og oppdage akkurat hva mennene trenger å få kartlagt.

Sosial støtte kunne være et sentralt behov hos pasientgruppen, og partnerne deres.

Sykepleieren kan ha en viktig rolle som veileder, men bør være klar over hvordan bivirkningene og opplevelsen av endret maskulinitet kan påvirke pasienten i samtalen og oppfølgingen. Sykepleieren kan ha en viktig rolle ved å hjelpe pasienten og hans partner til å kommunisere, gjenvinne seksuell helse, og finne andre måter å uttrykke kjærlighet på. Da kan det være avgjørende at sykepleieren er ekte, empatisk, omsorgsfull og engasjert.

Sykepleieren bør legge til rette for at pasienten får møte andre i tilsvarende situasjon, da dette kunne være en måte for pasientgruppen å gjenvinne mestring. Da det å møte andre i samme situasjon var et godt tiltak. Praktisk forståelse og informasjon var viktige elementer. Ved god korrekt informasjon, kan sykepleieren fremme pasientens ressurs og styrke mestring.

Pasientgruppen gjennomgår en behandlingsskjede og kan møte ulike sykepleiere med arbeids- og tidspress. Sykepleierens pedagogisk evne, erfaring og åpenhet rundt seksualitet bidrar til å styrke pasientens maskulinitet. Sykepleierne bør ha kunnskap om seksualitet, selv om det ikke

er forventet ekspertkunnskap. Sykepleierne bør sette pasientene med sexologisk rådgiving eller samlivsterapi.

## 7.0 Referanseliste

- Aadnanes, P. M. (2007). Den uavhengige avhengige. T. J. Ekeland, & K. Heggen (red.). *Meistring og myndiggjøring: reform eller retorikk?* (1. utg, s. 223- 245). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Askheim, O. P. (2012). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid: Floskel, styringsverktøy eller frigjøringsstrategi?* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bella, A. J., & Shamloud, R. (2011). Functional anatomy of the male sex organs. J. P. Mulhall, L. Incrocci, I. Goldstein, & R. Rosen. (Ed.). *Cancer and sexual health*. (s. 3-12). New York: Humana Press.
- Benner, P., & Wrubel, J. (1989). *The Primacy of Caring: Stress and Coping in Health and Illness*. Menlo Park, Calif: Addison-Wesley.
- Benner, P., & Wrubel, J. (2001). *Omsorgens betydning i sygepleie: Stress og mestring ved sundhed og sygdom*. (1. utg.). København: Munksgaard.
- Berg, A. & Fosså, S. D. (2010). Kreft i mannlige kjønnsorganer. A. M. Reitan & T. K. Schjøberg (red.). *Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling*. (3. utg, s. 504-517). Oslo: Akribe AS.
- Berge, T., & Fjerstad, E. (2016). Den syke kroppen: pasienter med somatisk sykdom i psykoterapi. A. K. Bergem (red.). *Kroppen i psykoterapi*. (1.utg, s. 179-198). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bergem, R. (2007). Medborgarskap og myndiggjøring. T. J. Ekeland & K. Heggen (red.). *Mestring og myndiggjøring: reform eller retorikk?* (1. utg, s. 102- 120). Oslo: Gyldendal Akadamisk.
- Boesen, E. H. (2013). Fra tilværelsen som pasient til hverdagen etter- støtte til livet etter sykdom. I. Christansen & C. M. Maier (red.). *Patient støtte: før, under og etter sykdom*. (1. utg, s. 154-174). København: Hans Reitzels Forlag.
- Borg, T. (2010). Seksualitet. A. M. Reitan & T. K. Schjøberg (red.). *Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling*. (3. utg, s. 121-130). Oslo: Akribe AS.
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A., & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt Forlag AS.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Damber, J. E., & Hugosson, J. (2006). Prostatacancer. J. E. Damber & R. Peeker. (red.). *Urologi*. (s. 311-342). Lund: Studentlitteratur

- Eide, H. & Eide, T. (2013). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Forsberg, C., & Wengstrom, Y. (2013). *Att göra systemiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Furuholmen, D. & Usatynski, T. (2015). *Mannen, myter, løgn & sannhet*. Oslo: Cappelen dam AS.
- Gjerland, A., Almås, H. & Grønseth, R. (2013). Sykepleie ved sykdommer og forstyrrelser i urinveier og mannlige kjønnsorganer. H. Almås, D. G. Stubberud, & R. Grønseth (red.). *Klinisk sykepleie : Bind 2*. (4.utg, s. 53-83). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hammer, K. (2010). Sykepleieutfordringer ved kreft i mannlige kjønnsorganer. A. M. Reitan, & T. K. Schjølberg (red.). *Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling*. (3. utg, s. 518- 527). Oslo: Akribe AS. rett
- Hellestöm, A. L. & Lindehall, B. (2006). *Uroterapi*. Lund: studentlitteratur. rett
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m. v. av 2. Juli, 1999 nr. 64. Hentet 10. April 2017 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Hummelvold, J. K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. (7.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kreftregisteret (2015). *Cancer in Norway 2015, kreftinsidens, mortalitet, overlevelse og prevelans i Norge*. Oslo: Kreftregisteret.
- Kristoffersen, N. J. (2016). Å styrke pasientens ressurser – sykepleierens helsefremmende og pedagogiske funksjon. N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. Skaug, & G. H. Grimsbø (red.). *Grunnleggende sykepleie bind 3: pasientfenomener, samfunn og mestring*. (3. utg, s. 349-406). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E. A., & Grimsbø, G. H. (2016). Helse og sykdom- utvikling og begreper. N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. Skaug, & G. H. Grimsbø (red.). *Grunnleggende sykepleie bind 1: sykepleie- fag og funksjon*. (3. utg, s. 15-87). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Rett Kunnskapssenteret. (2014). Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning. Hentet 28. Mars 2017 fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/verktøy/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler>
- Kvangarsnes, M. (2007). Helsearbeidaren som pedagog. T. J. Ekeland, & K. Heggen (red.). *Meistring og myndiggjøring: reform eller retorikk?* (1. utg, s. 184-201). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lamers, R. D., Cuyppers, M., Husson, O., Vries, M., Kil, P. M., Ruud Bosch, J. H., & van de Poll-Franse, L. V. (2016). Patients are dissatisfied with information provision: perceived information provision and quality of life in prostate cancer patients. *Psycho-Oncology*, 25(6), 633-640. Doi:10.1002/pon.3981

Lin, Y. (2011). Treatment decision regret and related factors following radical prostatectomy. *Cancer Nursing*, 34(5), 417-422. Doi:10.1097/NCC.0b013e318206b22b

Løken, K. H. (2007). "Lave stemmer skal også høres": hvordan lykkes med reell brukermedvirkning på psykisk helse-feltet? O. P. Askheim, & B. Starrin (red.). *Empowerment: i teori og praksis* (1. utg., s. 140-153). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Madssen, K. A. (2007). Språk og kommunikasjon. T. J. Ekeland, & K. Heggen (red.). *Meistring og myndiggjøring: reform eller retorikk?* (1. utg, s.165- 183). Oslo: Gyldendal Akademisk.

McCullough, A. (2009). Injectable Therapies After Prostate Cancer Therapy. J. P., Mulhall, J. P. (Ed.). *Sexual Function in the Prostate Cancer Patient*. (s. 197-207). New York: Humana Press.

Meld. St. 11 (2016-2019). *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Henter fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/7b6ad7e0ef1a403d97958bcb34478609/no/pdfs/stm201520160011000dddpdfs.pdf>

Nelson, C. J., Lacey, S., Kenowitz, J., Pessin, H., Shuk, E. Roth, A. J., & Mulhall, J. P. (2015). Men's experience with penile rehabilitation following radical prostatectomy: a qualitative study with the goal of informing a therapeutic intervention. *Psycho-Oncology*, 24(12), 1646-1654. Doi:10.1002/pon.3771

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

Rett Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2. Juli 1999 nr. 63. Hentet 10. April 2017 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Rett Profo-nytt. (2016). Nummer 1. 2016. 13.årgang. [Brosjyre]. Prostatakraft foreningen. Hentet fra: [http://www.prostatakraft.no/wp-content/uploads/2016/06/NY\\_profo-nytt\\_1\\_2016.pdf](http://www.prostatakraft.no/wp-content/uploads/2016/06/NY_profo-nytt_1_2016.pdf)

Tal, R. & Mullhall, J. P. (2009). Sexual dysfunction after radical prostatectomy. J. P., Mullhall. (Ed.). *Sexual Function in the Prostate Cancer Patient*. (s. 1- 16). New York: Humana Press

Reitan, A. M. (2010). Krise og mestring. A. M. Reitan, & T. K. Schjølberg (Red.). *Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling*. (3. utg, s. 72- 101). Oslo: Akribe AS.

Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker: Innføring i psykologi for helsefag*. (2. utg). Bergen: Fagbokforlaget.

Rokstad, K. (2011). *Kommunikasjonslogikk: med eksempler fra psykologi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Schantz Laursen, B. (2017). Sexuality in men after prostate cancer surgery: a qualitative interview study. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 31(1), 120-127. Doi: 10.1111/scs.12328

Schjølberg, T.K. (2010). Endret kroppsbilde. A. M. Reitan, & T. K. Schjølberg (red.). *Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling*. (3. utg, s. 131-141). Oslo: Akribe AS.

Solvoll, B. A. (2016). Identitet og egenverd. N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. Skaug & G. H. Grimsbø (red.). *Grunnleggende sykepleie bind 3: pasientfenomener, samfunn og mestring*. (3. utg, s. 105-140). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Støren, I. (2013). *Bare søk!- Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier*. Oslo: Cappelen Damm AS.

Thidemann, I-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter – den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.

Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk: Pasient- og pårørendeopplæring*. Fagbokforlaget. Vigmostad & Bjørke AS.

Vik., L. J. (2007). Makt og myndiggjøring: utfordringer for helse- og sosialarbeidarar. T. J. Ekeland, & K. Heggen (red.). *Meistring og myndiggjøring: reform eller retorikk?* (1. utg, s. 83- 101). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Zachariae & Mehlsen (2004). *Kræftens psykologi, psykologiske og sociale aspekter ved kræft*. København: Hans Reitzels Forlag.

Zaider, T., Manne, S., Nelson, C., Mulhall, J., & Kissane, D. (2012). Loss of masculine identity, marital affection, and sexual bother in men with localized prostate cancer. *The Journal Of Sexual Medicine*, 9(10), 2724-2732. Doi:10.1111/j.1743-6109.2012.02897.x

Zhou, E. S., Bober, S. L., Nekhlyudov, L., Hu, J. C., Kantodd, P. W., & Recklitis, C. J. (2016). Physical and emotional health information needs and preferences of long-term

prostate cancer survivors. *Patient Education & Counseling*, 99(12), 2049-2054.

Doi:10.1016/j.pec.2016.07.017.



## Vedlegg 1: Sjekkliste for kvalitativ forskningsmetode

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

### Vedlegg I: Eksempel på kildekritikk

#### SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV FORSKNING

Målgruppe: studenter og helsepersonell

Hensikt: øvelse i kritisk vurdering

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

*Kan vi stole på resultatene?*

*Hva forteller resultatene?*

*Kan resultatene være til hjelp i min praksis?*

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på de ulike punktene.

Referanse:

1. Critical Appraisal Skills Programme. [www.casp-uk.net](http://www.casp-uk.net)

I dette vedlegget vil jeg gi et eksempel på kildekritikk. Sjekklisten har jeg hentet fra kunnskapssenterets nettside (2014).  
link til nettsiden finnes i referanselisten.  
Den kvalitative studien jeg kritisk vurderer er av Nelson, Lacey, Kenowitz, Pessin, Shuk, Roth & Mulhall. Se oppgavens referanseliste for fullstendig kilde.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2014.

## INNLEDENDE SPØRSMÅL

<p><b>1. Er formålet med studien klart formulert?</b></p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Er det oppgitt en problemstilling for studien?</li> </ul>	<p>Ja <input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart 0</p>	<p>Nei 0</p>
<p><b>2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</b></p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?</li> </ul>	<p>Ja <input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart 0</p>	<p>Nei 0</p>

## KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

<p><b>3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</b></p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Er utvalg, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet og begrunnet?</li> </ul>	<p>Ja <input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart 0</p>	<p>Nei 0</p>
<p><b>Kommentar:</b> utvalget, datainnsamlingen og analysering er godt beskrevet i forskningen.</p>			
<p><b>4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?</b></p> <p>TIPS:</p> <p>I <b>strategiske utvalg</b> er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Er det gjort rede for hvem/hva som ble valgt ut og hvorfor? Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (rekrutteringsstrategi)?</li> <li>Er det gjort rede for hvorfor noen valgte ikke å delta?</li> <li>Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, osv.)?</li> </ul>	<p>Ja <input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart 0</p>	<p>Nei 0</p>
<p><b>Kommentar:</b> Utvalget er tydelig beskrevet i teksten og tabell. 30 personer, kvalifikasjonskriterier var innen 1 og 3 år postoperativt for et tidlig stadium av kreften, vilige til å bruke penile injeksjoner og engelsk talende. Eksklusjonskriterier var: tilbakefall av sykdom eller progresjon, fobi mot injeksjoner, histone om biopolar og/eller psykotisk lidelse, eller alvorlig depresjon som kunne forhindre i prosessen. Rekrutteringsdelen er også presentert.</p>			
<p><b>5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?</b></p> <p>TIPS:</p> <p>Datainnsamlingen må være omfattende nok både i bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Er metoden som ble valgt god for å belyse</li> </ul>	<p>Ja <input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart 0</p>	<p>Nei 0</p>
<p><b>Kommentar:</b></p>			



Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

<p>problemstillingen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Går det klart fram hvilke metoder som ble valgt for å samle data? For eksempel <b>feltstudier</b> (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), <b>intervjuer</b> (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), <b>dokumentanalyse</b>.</li> <li>• Er måten data ble samlet inn på beskrevet (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)?</li> <li>• Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?</li> </ul>	<p>Metoden som er brukt presenteres, 4 forskjellige fokusgrupper, intervjuer på 1 time til 1 time og 30 minutter. Alle fokusgruppene ble tatt opp på lydbånd. Datainnsamlingen, begrunnelse for metode, samt setting for datainnsamling er også beskrevet. Metod delen er grundig beskrevet.</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p><b>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</b></p> <p>TIPS: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er det redegjort for hvilken type analyse som er brukt (for eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.).</li> <li>• Er det tydelig redegjort for hvordan analysen ble gjennomført (f. eks. de ulike trinnene i analysen)?</li> <li>• Er motstridende data tatt med i analysen?</li> <li>• Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskeren har kommet fram til?</li> </ul>	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;"><b>Ja</b></td> <td style="text-align: center;"><b>Uklart</b></td> <td style="text-align: center;"><b>Nei</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p><b>Kommentar:</b> Dataanalysen er beskrevet i et eget avsnitt om begrensninger, og tolkning er godt beskrevet. Det er en klar sammenheng mellom innsamlede data, og det forskerne har kommet fram til i forkingen.</p>	<b>Ja</b>	<b>Uklart</b>	<b>Nei</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Ja</b>	<b>Uklart</b>	<b>Nei</b>					
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
<p><b>7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</b></p> <p>TIPS: Forskningsresultatene blir nødvendigvis påvirket av perspektivet til forskeren. I tillegg vil konteksten som datainnsamlingen foregår innenfor påvirke resultatene.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Har forskeren gjort rede for konteksten som datainnsamlingen foregikk innenfor?</li> <li>• Har forskeren gjort rede for sitt teoretiske ståsted og sin faglige bakgrunn?</li> </ul>	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;"><b>Ja</b></td> <td style="text-align: center;"><b>Uklart</b></td> <td style="text-align: center;"><b>Nei</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p><b>Kommentar:</b> Studien <del>viser</del> viser til begrensninger, og tolkning av data er godt beskrevet. Forfatterens ståsted blir presentert, men deres faglige bakgrunn kommer ikke fullt så tydelig fram</p>	<b>Ja</b>	<b>Uklart</b>	<b>Nei</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Ja</b>	<b>Uklart</b>	<b>Nei</b>					
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
<p><b>8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?</b></p> <p>TIPS: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller å få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilde gir helt likt uttrykk. Imidlertid bør slike forskjeller forklares</p>	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;"><b>Ja</b></td> <td style="text-align: center;"><b>Uklart</b></td> <td style="text-align: center;"><b>Nei</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p><b>Kommentar:</b> Hovedfunnene i studien drøftes opp mot tidligere forskning i eget avsnitt. Andre kilder trekkes inn både for å vurdere og underbygge funnene.</p>	<b>Ja</b>	<b>Uklart</b>	<b>Nei</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Ja</b>	<b>Uklart</b>	<b>Nei</b>					
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					

3

<p>tilfredsstillende.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?</li> </ul>			
<p><b>9. Er etiske forhold vurdert?</b></p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ble studien forklart for deltagerne (f.eks. gjennom informert samtykke)?</li> <li>Dersom relevant, ble studien forelagt Etisk komite?</li> </ul>	<p><b>Ja</b></p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p><b>Uklart</b></p> <p><input type="radio"/></p>	<p><b>Nei</b></p> <p><input type="radio"/></p>

**Kommentar:**  
 Deltakerne ble forklart studien og lydopptak, samt observatørene i et annet rom for å tolke funnene. Studien ble godkjent av styret i institusjonen til forskerne

**HVA ER RESULTATENE?**

<p><b>8. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kan du oppsummere hovedfunnene?</li> <li>Ble funnene diskutert i lys av det opprinnelige formålet med studien?</li> </ul>	<p><b>Ja</b></p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p><b>Uklart</b></p> <p><input type="radio"/></p>	<p><b>Nei</b></p> <p><input type="radio"/></p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------	---------------------------------------------------	------------------------------------------------

**Kommentar:**  
 Hovedfunnene kommer klart frem i studien, og diskuteres opp mot formålet med forskningene. Funnene var: frustrasjon på mangel av informasjon, negativ opplevelse med rehabiliteringen og barneser, fordel med rehabiliteringen langsiktig, støtte og humor

**KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?**

<p><b>Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</b></p> <p>TIPS:              Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kan resultatene hjelpe meg til bedre å forstå sammenhengen jeg arbeider i?</li> <li>Drøft hvordan funnene kan utvide eksisterende kunnskap og forståelse?</li> </ul>	<p><b>Kommentar:</b>              Studien er veldig relevant for min bacheloroppgave da den tar for seg ett rehabiliteringsprogram som kunne styrke men's maskuline identitet, og samtidig viser til andre viktige aspekter for problemstillingen.</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Vedlegg 2: Gjennomgang av forskning

Forfatter(e)	Hensikt	Utvalg og Metode	Konklusjon
O'Brian, Rose, Campbell, Weller, Wilkinson, Mcintoch & Watson, 2011	Beskrive prostatakreft pasienters erfaringer med nåværende oppfølgingsprogram, søke forklaring på hvorfor behovet gikk udekket, samt oppfatninger knyttet til helsepersonell rolle.	Forskningen er kvalitativ og fra Storbritannia. Deltakerne ble rekruttert gjennom retningslinjer som ligger i 3 regioner over hele Storbritannia. Totalt 35 pasienter deltok i studien. Mennene kunne ta med seg konene. Deltakerne ble intervjuet.	Menn med prostatakreft, selv det aller eldste, hadde problemer knyttet til det psykiske aspekter av seksualitet som følge av behandlingen eller diagnosen. Vurdering av psykisk helse bør skje gjennom en oppfølgende periode, og ikke bare ved tidspunktet for innledende behandling.
Schantz Laursen, 2017	Hensikten med studien var å klargjøre effekten av kirurgisk behandling ved prostatakreft på menns seksualitet.	Forskningen er kvalitativ og fra Danmark. 4 pasienter ble rekruttert gjennom et sexologisk rådgivningsservice, i ett sykehus fra september 2012 til desember 2012. Deltakerne ble intervjuet, og intervjuet ble tatt opp	Eretil dysfunksjon etter kirurgi påvirket pasientenes seksualliv, deres selvtillit og relasjoner med andre. Funnene viser til et stort behov for tilbud på sexologisk rådgiving til denne pasientgruppen.
Nelson, Lacey, Kenowitz, Pessin, Shuk, Roth & Mulhall, 2015	Hensikten var å utforske mens erfaringer med erektile rehabilitering, erektile dysfunksjon og penile injeksjoner, og gi tilbakemeldinger på den foreslåtte intervensjonen.	Forskningen er kvalitativ og fra USA. Deltakerne ble rekruttert. Studien ble gjennomført i samtalegrupper i 4 fokusgrupper, hvor totalt 30 fullførte. Metoden de brukte var samtalegruppe / samtaleintervju.	Det var stor frustrasjon hos mennene med erektile dysfunksjon til å bruke penile injeksjoner. Over tid kunne noen menn oppleve barrierer, mens andre beskrev det som ett livreddende tiltak. Intervensjonsgruppen i seg selv fikk en terapeutisk rolle, og å prate med andre likemenn opplevde de som et godt tiltak.



Lamers, Cuypers, Husson, Vries, Kil, Bosch & Poll-Franse, 2016	Hensikten var å bestemme om pasientene som hadde overlevd prostatakreft var fornøyde med gitt informasjonen, og se dette opp mot livskvalitet og sykdom.	Forskningen er kvantitativ og utført i Nederland. En tverrsnittsundersøkelse ble gjennomført blant 999 pasienter diagnostisert mellom 2006-2009. 697 pasienter deltok i studien.	Resultatene viser til at informasjon har en viktig betydning for å forstå sykdom, forberede seg for behandling, valg av behandling og mestring av sykdommen. En tredjedel var misfornøyde med informasjonen de hadde mottatt, og skåret dårligere i livskvalitet enn pasientene som var fornøyde med informasjonen.
Zaider, Manne, Nelsen, Mulhall & Kissane, 2012	Hensikten med studien var å beskrive grad av bekymringer relatert til redusert maskulinitet, for å kunne bestemme i hvilken grad redusert maskulinitet påvirket mennene.	Forskningen er kvantitativ og fra USA. Mennene ble rekruttert gjennom 2 kreftsentre. Spørreskjema ble sendt til pasientene. Av 340 par deltok 75 men behandlet for prostatakreft.	Nesten en tredjedel oppleve å miste en dimensjon av deres seksualitet er kirurgien. Uavhengig av menns funksjonelle status, vil menn som har mistet sin maskuline identitet etter prostatabehandling trolig kunne være preget av elendighet. Dette kunne føre til en reduksjon på livskvalitet.
Zhou, Bober, Nekhlyudov, Hu, Kantoff, Reckitis, (2016).	Hensikten var å øke kunnskapen om de ulike informasjonsbehovene hos langsiktige prostatakreft overlevende.	Forskningen er kvantitativ og utført i USA. spørreundersøkelse som ble sendt ut til 979 prostatakreft-overlevende 3-8 år postoperativt. Totalt 707 menn returnerte spørreskjemaet.	Pasienten viste en tydelig interesse for å motta mer informasjon om deres fysiske, seksuelle og psykiske helse relatert til behandlingen av prostatakreft. Praktiske implikasjoner tyder på at sykepleiere burde forhørt seg om pasientens informasjonsbehov, og at fremtidige intervensjoner bør ta for seg hvem og hvilken informasjon pasientene trenger.

### Vedlegg 3: Utvidet søketabell over søkeprosessen

Data-base	Søke-dato	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Leste artikler	Utvalgte artikler
CINA HL	12.0 1.17	AR "Ervik, Bente"	ingen	2	"Dealing with a troublesome body: A qualitative interview study of men's experiences living with prostate cancer treated with endocrine therapy" (Ervik & Asplund, 2012)	
CINA HL	12.0 1.17	prostate cancer, quality of life, or well being, or well-being, information, or support	2015-2016	30		"Patients are dissatisfied with information provision: perceived information provision and quality of life in prostate cancer patients". (Lamers, Cuypers, Husson, Vries, Kil, Ruud Bosch, Poll-Franse, 2016)
Søk i CINA HL	19.0 1.17	Cancer prostate, motivation	2013-2016	11	"Embracing life after prostate cancer. A male perspective on treatment and rehabilitation" (Dieperink, Wagner, Hansen & Hansen, 2013)	
Søk i CINA HL	19.0 1.17	Prostate cancer, quality of life, or well being, or well-being, or health-related quality of life, radiotherapy, or androgen deprivation therapy, or radical prostatectomy	2015-2016	35	"In prostate cancer, urinary and sexual function were worse with prostatectomy than active monitoring or radiotherapy". (Dahm & Wilt, 2016)  "The experiences of prostate cancer survivors: Changes to physical function and its impact on quality of life". (Micheal, Barnett & Gray, 2016)  "Prostatectomy:	

					<i>information provision and education for patients”</i> (Simpson, 2015).	
PubMed	14.0 1.17	Cancer prostate & mental Health	Innen 5 år	108	<i>”Depressive Symptoms and Health-Related Quality of Life Among Prostate Cancer Survivors”</i> (Huang, Wang, Lin & Chen, 2016)	
PubMed	14.0 1.17	Prostate cancer & masculine	Innen 10 år	47		<i>” Loss of Masculine Identity, Marital Affection, and Sexual Bother in Men Localized Prostate Cancer”</i> (Zaider, Manne, Nelson, Mulhall & Kissane, 2012).
Cinahl	08.0 3.17	Coping or acceptance & prostate cancer or prostate	2014-2017	43	<i>”Identifying Unmet Care Needs of Patients with prostate cancer to assist with their success in coping”</i> (Paterson, Robertson, Smith & Nabi, 2015)  <i>”The importance of perceived stress management skills for patients with prostate cancer in active surveillance”</i> (Yanez, Bustillo, Antoni, Lechner, Dahn, Kava & Penedo, 2015)	<i>”Physical and emotional health information needs and preferences of long-term prostate cancer survivors”</i> (Zhou, Bober, Nekhlyudov, Hu, Kantoff & Recklitis, 2016)
Cinahl	09.0 3.17	Urinary og incontinence & management & radical prostatectomy	2012-2017	13	<i>”A systematic review of physical impairments following radical prostatectomy: effect of psychoeducational interventions”</i> (Britta Lassen, Heidrun Gattinger & Susi Saxer 2013)	
Cinahl	10.0 3.17	Unmet needs & radical prostatectomy or prostate removal	2012-2017	3	<i>”Patient experiences at diagnosis and psychological well-being in prostate cancer: A</i>	



		or prostatectomy			<i>Finnish national survey</i> ” (Lehto, Helander, Taari & Aromaa, 2015)	
Cinah 1	10.0 3.17	Unmet needs & Cancer prostate	2010- 2016	37	<i>”Identifying the unmet supportive care needs of men living with and beyond prostate cancer: A systematic review”</i> (Paterson, Robertson, Smith & Nabi, 2015)	”I wish I'd told them': a qualitative study examining the unmet psychosexual needs of prostate cancer patients during follow-up after treatment” (O'Brian, Rose, Campbell, Weller, Neal, Wilkinson & Watson, 2011).
Cinha 1	10.0 3.17	Cancer prostate & norway	ingen	12	<i>”Exploring the relationship between coping, social support and health-related quality of life for prostate cancer survivors: A review of the literature”</i> (Paterson, Jones, Rattray & Lauder, 2013)	
Cinah 1	10.0 3.17	Cancer prostate & australia	ingen	3	<i>”Mapping the psychosocial and practical support needs of cancer patients in Western Australia”</i> (White, D'abrew, katris, O'conner & Emerly, 2012)	
PubM ed	10.0 3.17	Radical prostatektomi, cancer prostate, regret	Full text Innen 10 år	30	<i>”Treatment decision regret and related factors following radical prostatectomy”</i> (Lin, 2011)	
Cinha 1	12.0 3.17	Psychological distress & radical prostatectomy or prostate removal or prostatectomy	2012- 2017	2	<i>”Psychological distress and adjustment to disease in patients before and after radical prostatectomy. Results of a prospective multi-centre study”</i> (Köhler, Friedrich, Gansera, Holze, Thiel, Roth, Rebmann, Stolzenburd, Truss, Fahlenkamp, Scholz & Brähler, 2014)	
Cinah 1	13.0 3.17	Regret of treatment &	ingen	6	<i>”Why do patients regret their prostate cancer</i>	

		radical prostatectomy or prostate removal or prostatectomy			<i>treatment? A systematic review of regret after treatment for localized prostate cancer”</i> (Christie, Sharpley & Bitsika, 2015)	
CINAHL	15.0 3.17	cancer prostate or prostate or removal of prostate & masculinity* or male issues & surgery	Qualitative Sex: male Year: 2012-2017	2		<i>”Sexuality in men after prostate cancer surgery: a qualitative interview study”</i> ( Schantz Laursen, 2017)
SveMed+	15.0 3.17	Prostata cancer or radical prostatecomty	Qualitative 2012-2017	0		
PubMed	15.0 3	Radical prostatectomy & male or masculin or sexual & Qualitive	5-years, male, cancer	12		<i>”Men’s experience with penile rehabilitation following radical prostatectomy: a qualitative study with the goal of informing a therapeutic intervention”</i> (Nelson, Lacey, Kenowitz, Pessin, Shuk , Roth & Mulhall , 2015)
PubMed	25.0 3.17	Localized prostate cancer, AND radical protatecomty, AND coping	5- years	5	<i>”Patients' perceptions of radical prostatectomy fo r localized prostate cancer: a qualitative study”</i> (Eilat-Tsanani,Tabenkin, Shental, Elmalah & Steinmetz, 2013)	