



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001

Predefinert informasjon

Startdato:	19-08-2019 00:00	Termin:	2019 HØST1
Slutt dato:	10-10-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F + Bestått)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 SYKHB30011 PR01 2019 HØST1 Haugesund		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 204

Informasjon fra deltaker

Tittel *: Mestring etter prostatakreft

Antall ord *: 8540

Engelsk tittel *: Mastering after prostate cancer

Egenerklæring *: Ja **Inneholder besvarelsen Nei**
konfidensiell materiale?:

Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert oppgavetittelen
på norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Mestring etter prostatakreft

Mastering after prostate cancer

Kandidatnummer: 204

Bachelor i sjukepleie

Fakultetet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Campus Haugesund

Innlevering 10.10.19 kl. 14.00

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Sammendrag

Tittel: Mestring etter prostatakraft

Bakgrunn: Prostatakraft er den hyppigste kreftformen for menn i Norge. For mange er prostatakraft et tabu å snakke om, og noe som sjeldent blir snakket om menn imellom. Det er viktig å ha kunnskaper om hvilke belastninger menn møter på i etterkant av prostatakraft og samtidig vite hvordan sykepleiere kan bidra til å fremme mestring.

Problemstilling: *Hvordan kan sykepleiere bidra til å fremme mestring hos pasienter som har gjennomgått radikal prostatektomi?*

Hensikt: Hensikten med bacheloroppgaven er å øke kunnskapen til sykepleiere i forhold til prostatakraft og dens konsekvenser med tanke på mestring og maskulinitet.

Metode: Oppgaven er en litteraturstudie hvor forskning og faglitteratur er tatt i bruk for å belyse den aktuelle problemstillingen.

Funn: Forskningen belyser at mange sykepleiere ikke ønsker, eller føler de har nok kunnskap til å snakke om utfordringer rundt seksualitet siden det er en intim del av livene våre. Sykepleierne er usikre på hvilke utfordringer pasienten møter etter radikal prostatektomi, og pasientene føler de ikke mottar god nok informasjon i forhold til seksualitet, hjelpemidler og støttegrupper.

Konklusjon: Kommunikasjon er helt avgjørende for at sykepleierne skal bidra til å fremme mestring. God informasjon og tilrettelagt veiledning fra sykepleieren er essensielt for å bidra til mestring hos pasienten som har gjennomgått radikal prostatektomi. Mestring er en individuell prosess men sykepleieren er en viktig støtte og kan hjelpe pasienten til å oppnå mestring.

Nøkkelord: Prostatakraft, mestring, maskulinitet, parforhold, sykepleie, kommunikasjon.

Abstract

Title: Mastering after prostate cancer

Background: Prostate cancer is the most common cancer for men in Norway. For many this is a taboo and something that is rarely talked about among men. It is important to have knowledge on the burden men face after prostate cancer, in addition to know how nurses can help to promote coping

Research question: *How can nurses contribute to promote coping to patients who have undergone radical prostatectomy?*

Purpose: The purpose of the bachelor thesis is to increase the knowledge of nurses in regard to prostate cancer, and the consequences in relation to coping and masculinity.

Method: The thesis is a literature review where research and professional literature have been used to elucidate the relevant problem.

Findings: The research highlights that many nurses do not want to, or feel they have enough knowledge, to talk about the challenges of sexuality as it is an intimate part of our lives. The nurses are uncertain about the challenges the patient faces after radical prostatectomy, and the patients feel they are not receiving enough information relative to sexuality, aids and support groups.

Conclusion: Communication is essential for nurses to help promote coping. Good information and well-organized guidance from the nurse is essential to contribute to coping with the patient who has undergone radical prostatectomy. Mastering is an individual process, but the nurse is an important support and aid to the patient to achieve mastery.

Keywords: prostate cancer, coping, masculinity, couples, nurse, communication

Innholdsfortegnelse

1.0 INTRODUKSJON.....	5
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA.....	5
1.2 HENSIKT OG PROBLEMSTILLING.....	6
1.2.1 Hensikt.....	6
1.2.2 Problemstilling.....	6
1.3 AVGRENSING AV PROBLEMSTILLING.....	6
1.4 OPPBYGNING AV OPPGAVEN.....	7
2.0 TEORI.....	8
2.1 PROSTATAKREFT.....	8
2.1.1 Symptomer og diagnostikk.....	8
2.1.2 Behandling.....	9
2.2 KONSEKVENSER SYKDOM OG BEHANDLING.....	9
2.2.1 Maskulinitet.....	9
2.2.2 Pårørende.....	10
2.3 MESTRING.....	10
2.4 SYKEPLEIERENS FUNKSJON OG ANSVAR.....	12
2.4.1 Sykepleieteori.....	12
2.4.2 Kommunikasjon.....	13
3.0 METODE.....	14
3.1 LITTERATURSTUDIE SOM METODE.....	14
3.2 FREMGANGSMÅTE OG LITTERATURSØK.....	14
3.3 KILDEKRITIKK.....	17
3.3.1 Kildediskusjon.....	17
3.4 FORSKNINGSETIKK.....	18
4.0 PRESENTASJON AV FORSKNINGSARTIKLER.....	19
5.0 DRØFTING.....	23
5.1 MESTRING.....	23
5.1.1 Begripelighet.....	23
5.1.2 Håndterbarhet og ressurser.....	24
5.1.3 Meningsfullhet.....	25

5.1.4 Helsepersonells medvirkning.....	26
5.2 MASKULINITET	27
5.2.1 Parforhold	29
5.2.2 Sykepleierens informerende rolle	30
6.0 OPPSUMMERING	31
7.0 LITTERATURLISTE.....	33
VEDLEGG.....	37
VEDLEGG 1	37
VEDLEGG 2	38
VEDLEGG 3	39
VEDLEGG 4	39
VEDLEGG 5	40

1.0 Introduksjon

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Kreft omhandler en stor gruppe sykdommer, og forekommer i en celle med genskade. Enten ved at celledelingen økes eller ved celledød (Bertelsen, Hornslien & Thoresen, 2016, s. 131-132). Det er vanskelig å gi et konkret svar på hvorfor noen får kreft. Sykdommen kan oppstå på grunn av arv, miljø eller livsstil. Vi har ingen garanti mot å utvikle kreft, men man kan redusere risikoen for kreft ved å unngå tobakk og alkohol, ha et sunt kosthold og regelmessig mosjon (Kreftforeningen, 2019a). I Norge ble det rapportert om 33 564 nye tilfeller av kreft i 2017. Den hyppigste kreftformen i 2017 var prostatakreft med 4 983 tilfeller registrert (Kreftregisteret, 2017). Innenfor spesialisthelsetjenesten har helsedirektoratet utarbeidet et pakkeforløp for å sikre et effektivt forløp fra henvisning til avsluttet behandling. Dette for å unngå forsinkelser og opprettholde et tett samarbeid mellom involverte avdelinger og spesialister (Helsedirektoratet, 2016). Selv har jeg erfart at liggetiden ved kirurgisk avdeling etter radikal prostatektomi (se punkt 2.1.2) er kort. Noe som skaper en kort relasjon mellom sykepleier og pasient. Studier viser en sammenheng mellom kvaliteten på pleien som gis i forbindelse med innleggelsen og pasientens livskvalitet (Jayadevappa, Schwartz, Chhatre, Wein & Malkowicz, 2009), noe som understreker viktigheten av god sykepleie i den tiden pasienten er innlagt. Å bli rammet av alvorlig sykdom følges ofte av et stort behov for informasjon og kunnskap, og det å gi informasjon og veiledning er en av sykepleiernes viktigste oppgaver (Eide & Eide, 2017, s. 218). Når man blir rammet av en kreftsykdom blir tanker, følelser og reaksjoner påvirket og alle reagerer individuelt, og noen kan oppleve en følelse av maktesløshet (Kreftforeningen, 2019b).

Jeg har under studietiden møtt flere pasienter som har blitt rammet av prostatakreft gjennom min praksis ved urologisk avdeling samtidig som jeg har arbeidet der i ettertid. Videre ble prostatakreft en større interesse når et nært familiemedlem ble rammet av dette. På grunn av mye taushet rundt diagnosen og prognosen valgte jeg å sette meg mer inn i dette selv. For min del var det viktig å vite hva pasienter kunne føle på, og oppleve i etterkant av behandling slik at jeg på best mulig måte kunne være en støtte og en samtalepartner dersom vedkommende ønsket dette.

1.2 Hensikt og Problemstilling

1.2.1 Hensikt

Hensikten med bacheloroppgaven er å øke min egen og den generelle kunnskapen til sykepleierne som arbeider tett på pasienter som har gjennomgått radikal prostatektomi. Prostatakraft er for mange menn et tabu å snakke om fordi det ofte er knyttet til blant annet seksualitet og ereksjonssvikt (Hauge, 2019). Seksualitet er en intim del av våre liv noe som fører til at de fleste holder dette privat (Pedersen, 2018). Sett i lys av slike perspektiver blir formuleringen hvordan sykepleiere kan være med på å fremme mestring hos pasienter som møter motstand og utfordringer knyttet til sykdom. Jeg har erfart at kommunikasjon som er åpen og støttende har stor betydning, men ønsker å øke min teoretiske forståelse av de sykepleiefaglige prosessene og tiltakene som kan iverksettes.

1.2.2 Problemstilling

I tråd med studiens hensikt er problemstillingen knyttet til å undersøke hvordan sykepleier kan utøve god sykepleie til pasienter som har gjennomgått radikal prostatektomi med hovedfokus på hvordan sykepleieren kan bidra til at pasienten oppnår mestring. På bakgrunn av dette lyder problemstillingen slik:

Hvordan kan sykepleiere bidra til å fremme mestring hos pasienter som har gjennomgått radikal prostatektomi?

1.3 Avgrensning av problemstilling

Fokuset vil være på to hovedbegreper; mestring og maskulinitet. Kommunikasjon er også et begrep jeg har valgt å forklare i teoridelen og tar i bruk i store deler av drøftingen. Dette på grunn av at profesjonell kommunikasjon har et helsefremmende formål som innebærer å bidra til mestring og bedring av helse (Eide & Eide, 2017, s. 1). Oppgaven er begrenset til voksne menn over 18 år og problemstillingen handler om tiden etter behandlingen av prostatakraft. Jeg har valgt å unnlate urininkontinens og fokuserer på seksualitet og ereksjonssvikt. Observasjoner, vurderinger og forebygging av komplikasjoner i forhold til den medisinske- og kirurgiske behandlingen er viktige tiltak i den postoperative fasen

(Berntzen, Almås, Bruun, Dørve, Giskemo, Dāvøy & Eide, 2016, s. 346-347) men er ikke inkludert på grunn av oppgavens begrensninger. Jeg har valgt å utelukke pasienter i palliativ fase og pasienter med metastaser. Ektefelle/partner er inkludert i oppgaven fordi jeg ser på de som viktige ressurser i pasientens støtteapparat.

1.4 Oppbygning av oppgaven

Oppgaven er delt inn i fem hovedkapitler med underpunkter. Etter innledningen kommer et teorikapittel. I teorikapittelet presenteres det først informasjon om prostatakreft, dens behandling og deretter konsekvenser. Fokuset rettes deretter mot begrepene mestring og maskulinitet og en presentasjon av Joyce Travelbee sin sykepleieteori. Tilslutt utdyper jeg noen aspekter knyttet til sykepleierens funksjon og ansvar med spesielt fokus på kommunikasjon. Under metode defineres begrepet metode før jeg tar for meg forskjellen på kvantitativ og kvalitativ metode. Deretter forklares litteraturstudie som metode, fremgangsmåte og litteratursøk. Metodekapittelet avsluttes med forklaring av både kildekritikk og forskningsetikk. I kapittelet presentasjon av forskningsartikler tar jeg for meg hver studie som er inkludert i oppgaven og utdyper disse i forhold til hensikt, metode og resultat. I drøftingen diskuterer jeg problemstillingen i forhold til forskningsartiklene, mestringsteorien til Antonovsky, sykepleieteorien til Travelbee og mine egne synspunkter. I oppsummeringen rundes oppgaven av, hvor drøftingen blir samlet og en konklusjon blir foreslått. Deretter referanselisten og fem vedlegg.

2.0 Teori

2.1 Prostatakraft

Prostatakraft er som nevnt en av de hyppigste kreftformene som rammer menn og sykdomsfrekvensen stiger med alderen (Larsen, 2016, s. 461). Selve prostatakjertelen ligger nedenfor urinblæren. Sædlederne er lokalisert litt ovenfor og bak prostata på hver side. Sædcellene tømmer ut fra sædlederne til prostatakjertelen og deretter til urinrøret. Lukkemuskelen ligger nedenfor prostatakjertelen og er med på å hindre ufrivillig urinavgang fra blæren. På begge sider av prostata er det nervegrener som er ansvarlig for blodtilstrømning til penis og opplevelsen av utløsning (Fosså, Berge & Dahl, 2018, s. 23).

Det meste av kjertelvevet befinner seg i selve prostata, mens det resterende kjertelvevet ligger omkring urinrøret. Prostatakjertelen vokser til omkring 20 millimeter under puberteten og den beholder denne størrelsen frem til sirka 50 års alderen. En godartet kjertelvekst hos halvparten av godt voksne menn forekommer på grunn av en forstørrelse av prostata, uten at dette er en indikasjon for kreft (Fosså et al., 2018, s. 24).

2.1.1 Symptomer og diagnostikk

Sykdommen utvikler seg ofte langsomt og de fleste med prostatakraft har få eller ingen symptomer tidlig i forløpet. Noen kan merke vannlatingsproblemer som kan skyldes forstørret prostatakjertel som presser på urinrøret. Blod i sædvæske eller hematuri bør vekke en mistanke i forhold til prostatakraft (Fosså et al., 2018 s. 26).

Diagnosen stilles med blodprøver og en rektal eksplorasjon. PSA-testen er en blodprøve som indikerer prostatakraft. Påvisning eller stigende nivåer av prostataspesifikt antigen (PSA) i blodet kan indikere prostatakraft (Larsen, 2016, s. 461). Rektaleksplorasjon, også kjent som «fingerprøven», innebærer at legen fører pekefingeren inn i endetarmen på pasienten. For å undersøke og vurdere størrelsen på prostata om det er noen kreftsuspekterte områder, samt dens konsistens (Fosså et al., 2018, s. 26-27).

PSA verdien kan være falsk forhøyet dersom pasienten har hatt urinveisinfeksjon eller blitt undersøkt i urinveiene. For å stille diagnosen tas vevsprøver fra prostata ved en rektal ultralydundersøkelse (Larsen, 2016, s. 462).

2.1.2 Behandling

Når hele prostatakjertelen fjernes kalles det radikal prostatektomi. Vanligvis fjernes også sædlederne og lymfeknutene ved dette kirurgiske inngrepet. Kirurgi utføres i hovedsak når kreften er i prostatakjertelen uten gjennomvekst av prostatakapselen. Strålebehandling kan utføres i kombinasjon med hormonbehandling. Ved langt kommet prostatakreft kan pasienten behandles hormonelt med antiandrogener som fjerner testosteronet i kroppen, eller palliativ strålebehandling som reduserer størrelsen på tumoren (Larsen, 2016, s. 462).

2.2 Konsekvenser sykdom og behandling

Kirurgi, strålebehandling og hormonell behandling gir bivirkninger i forskjellig grad. Vannlatingsproblemer, ereksjonsutfordringer og nedsatt libido forekommer ofte som en konsekvens av behandling (Larsen, 2016, s. 462). Nedenfor tar jeg for meg to av aspektene som følge av bivirkningene og konsekvensene behandlingen medfører.

2.2.1 Maskulinitet

Maskulinitet er et fellesnavn på egenskaper som tradisjonelt karakteriseres til den mannlige personlighet. De maskuline verdiene er knyttet til de biologiske kjønnsforskjellene (Svartdal, 2019). De biologiske kjønnsforskjellene vil være bestemt ut ifra oppdragelse og rolleforventninger, samtidig som dette vil variere i forhold til kulturer og sosiale grupper (Fosså et al., 2018, s. 133). Endringer i kroppsbilde har en innvirkning på selvbilde og selvfølelsen. Hvordan man forholder seg til endringer i kroppsbilde har en påvirkning på hvordan det endrede kroppsbilde påvirker arbeid, seksualliv og sosialt liv (Schjølberg, 2017, s. 136-137). Prostatakreft truer det maskuline ved å være selvstendig, unngå følelser og være trygg på eget seksualliv.

På grunn av konsekvenser som følge av radikal prostatektomi kan menn føle seg mindre maskuline. Noen menn kan føle seg hjelpeløse, ha behov for mer støtte og praktisk hjelp fra blant annet helsepersonell og partner. Ofte kan man miste energi, bli trett og få psykiske plager som angst og depresjon. Videre kan dette påvirke det sosiale livet og arbeidslivet. Stolthet og god selvfølelse kan bli påvirket som følge av sykdommen og dens bivirkninger (Fosså et al., 2018, s. 133-134).

2.2.2 Pårørende

Prostatakreft blir beskrevet som en ”parsykdom” i og med at partneren blir en aktiv deltager (Fosså et al., 2018, s. 153). Når noen blir diagnostisert med kreft vil de nærmeste komme inn i en hjelperrolle som en praktisk rådgiver og støtte. Ofte er kreftsykdommen også en stor belastning på de nærmeste. Bekymringer, depresjon og redusert livskvalitet har en sterk innvirkning på de pårørende (Grov & Dahl, 2019, s. 213). Det kan være utfordrende å være pårørende i en slik situasjon. Parforholdet kan også endre seg når man er i et forhold med noen som er rammet av kreft. Seksuelle lyster og behov kan bli forandret etter at man har gjennomgått kirurgiske inngrep. Samtidig kan det være utfordrende å snakke om seksuelle følelser, lyster og ønsker sammen med partneren sin. Partnerens holdninger og kunnskap er ofte en avgjørende faktor for at menn søker hjelp for sine seksuelle utfordringer. For den kreftframmede er det viktig med en støttende partner, samtidig som partneren tilpasser seg pasientens nye behov (Fosså et al., 2018, s. 154-158).

2.3 Mestring

Mestring handler om hvordan en person håndterer oppgaver og utfordringer man møter i livsløpet. Livet sees på som en mestringsprosess i og med at vi utvikler oss, tilpasser oss og lærer nye ferdigheter (Reitan, 2017, s. 88). Aktiv og god mestring hjelper et individ med å tilpasse seg en ny virkelighet, ved å se forskjellen mellom det en må leve med og det en kan være med på å endre (Reitan, 2017, s. 88).

Aaron Antonovsky er en kjent sosiolog som utviklet teorien om salutogenese (Antonovsky, 2012, s. 5). Selv om Antonovsky var sosiolog er teorien relevant for sykepleiefaglig tenkning i møte med sykdom og utfordringer for å fremme mestring (Langeland, 2009) Salutogenese handler ifølge Renolen (2015, s. 172) om hva som gjør eller holder oss friske, mens Antonovsky (2012, s. 27) selv påpeker at salutogenese ikke skiller mellom frisk og syk, men ser på sammenhengen mellom helse og uhelse. Salutogenese definerer helse som et kontinuum (grader av helse), og man søker faktorer som skaper en høyere grad av helse (Langeland, 2009).

Salutogenese er en teori om helsens tilblivelse. Antonovsky (2012, s. 27) sitt teoretiske hovedbegrep er en generell opplevelse og holdningen kalte han *sense of coherence* (opplevelse av sammenheng). Denne holdningen tar for seg tre kjernekomponenter *begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet* (Antonovsky, 2012, s. 39-41). Personer som scorer høyt på disse kjernekomponentene har en sterkt sense of coherence, sett i motsetning til personen som har en svak sense of coherence som scorer lavere på resultatene av de tre kjernekomponentene (Antonovsky, 2012, s. 39). Når en person har en sterk sense of coherence har vedkommende tro på at problemene kan håndteres og forstås. Man vil selv finne ressurser, og omdanne kaos til orden (Antonovsky, 2012, s. 150). Antonovsky nevner at en salutogen tankegang tvinger vedkommende til å jobbe for å utforme, og fremme en teori om mestring (Antonovsky, 2012, s. 37). Et annet viktig begrep i Antonovskys teori er *motstandsressurser* som bidrar til en sterk sense of coherence. Motstandsressurser skaper livsopplevelser, sammenheng, medbestemmelse og en balanse mellom underbelastning og overbelastning (Antonovsky, 2012, s. 50). Mestring og tilfredsstillhet styrkes når pasienten har en høy grad av motstandsressurser tilgjengelig som han kan anvende, og derfor en høyere sense of coherence og høyere grad av helse (Langeland, 2009).

2.4 Sykepleierens funksjon og ansvar

Helsepersonelloven tar for seg forsvarlighet i kapittel 2, paragraf 4. Loven lyder slik:

«Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de kravene til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Dette innebærer at helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der det er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje i samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell» (Helsepersonelloven, 1999, § 4)

2.4.1 Sykepleieteori

Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee beskriver sykepleie slik:

” Sykepleie er en mellommenneskelig prosess hvor den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig finne mening i disse erfaringene.” (Travelbee, 1999, s. 29).

Travelbee påpeker at sykepleieren skal vise medmenneskelighet gjennom kunnskap og personlighet, og hjelpe personen til å mestre og finne mening i erfaringene som følger med lidelse og sykdom. Sykepleieren skal hjelpe med å finne håp i situasjonen, og hjelpe mennesket med å akseptere sin sårbarhet. Gjennom håp skal sykepleieren styrke menneskets opplevelse av verdi og egenverd (Travelbee, 1999, s. 35). Travelbee ser på kommunikasjon som det viktigste hjelpemidlet, og gjennom kommunikasjon etableres et *menneske-til-menneske-forhold* (Travelbee, 1999, s. 178). Menneske-til-menneske-forholdet gjør det mulig å oppfylle sykepleierens mål og hensikt ved å hjelpe en pasient (eller pårørende) med å forebygge eller mestre sykdom og lidelse og med å finne mening i erfaringene (Travelbee, 1999, s. 171). De fem fasene i menneske-til-menneske-forholdet er det innledende møte, fremvekst av identiteter, empati og sympati, og medfølelse. Sammen vil disse fasene gi en gjensidig forståelse og kontakt i etableringen av et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 1999, s. 172).

2.4.2 Kommunikasjon

Travelbee vektlegger kommunikasjon som en gjensidig og kontinuerlig prosess (Travelbee, 1999, s. 137-138). Kommunikasjon er et grunnleggende element i etablering av gode relasjoner. Kommunikasjon forekommer ved hvert møte mellom sykepleier og pasient, enten det er verbalt eller nonverbalt. Ved å ta i bruk kommunikasjon kan man skape en gjensidighet ved å gi og motta informasjon som er viktig for pasienten og de pårørende (Eide & Eide, 2017, s. 17).

Profesjonell kommunikasjon er basert på helsepersonellens verdigrunnlag hvor formålet er å fremme helse og forebygge sykdom. Ved å ta i bruk personorientert kommunikasjon blir man kjent med pasientens behov og kan gjennom dette hjelpe pasienten til å mestre sin sykdom (Reitan, 2017, s. 104). Personorientert kommunikasjon innebærer at man lytter aktivt og ser på pasienten som unik. Gjennom aktiv lytting er man til stede slik at pasienten føler seg sett, hørt og forstått (Eide & Eide, 2017 s. 17).

PLISSIT-modellen er en modell som beskriver kommunikasjonsmåter og behandling av seksuelle problemer på ulike nivåer. Modellen er bygget opp slik at de enkleste problemene kan løses på første nivå, mens de vanskelige problemene løses på et høyere nivå. *PLISSIT*-modellen står for *permission, limited information, specific suggestions* og *intensive therapy*. *Permission* (tillatelse) innebærer at man gir pasienten aksept til å kommunisere om sensitive, intime og seksuelle tema. *Limited information* (begrenset informasjon) omhandler at man skal gi begrenset informasjon, men man skal sørge for at pasienten får svar på sine spørsmål og bekymringer. *Specific suggestions* (spesifikke forslag) går ut på at man gir konkrete råd om hva som kan hjelpe pasienten. For eksempel ved å tilby behandling i form av medikamenter eller hjelpemidler og informere om mulige bivirkninger. *Intensive therapy* (intensiv terapi) innebærer spesialisert behandling. De problemene som ikke kan løses på de tre øverste nivåene krever seksualterapi, behandling av en klinisk spesialist eller kirurgisk behandling (Pedersen, 2018).

3.0 Metode

Metode er en fremgangsmåte for å undersøke og tilegne seg ny kunnskap. Ved å ta i bruk metode samler man inn data, altså informasjon til undersøkelsen (Dalland, 2017 s. 51-52).

Metodene deles inn i kvantitative og kvalitative metoder. En kvantitativ metode gir data i form av målbare enheter. Gjennom en kvantitativ metode tar man i bruk antall opplysninger ved mange undersøkelsesenheter. Systematikken i en kvantitativ metode har faste svaralternativer og fremstilles for å formidle en forklaring. En kvalitativ metode har som mål å fange opp mening og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle. Den kvalitative metoden går mer i dybden, er mer fleksibel i forhold til svaralternativer og har som mål å formidle en forståelse. Begge metodeformer bidrar til en bedre forståelse av samfunnet. Metodene tar for seg hvordan enkeltmennesket, grupper og institusjoner handler og samhandler i et samfunn (Dalland, 2017 s. 52-53).

3.1 Litteraturstudie som metode

For å kunne svare på problemstillingen i oppgaven har jeg gjennomført en litteraturstudie. En litteraturstudie ses på som realistisk innenfor bacheloroppgaven med tanke på tilgjengeligheten av ressurser i form av vitenskapelige artikler eller rapporter, og kompetansenivået til forfatterne (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015, s. 62). Litteraturstudier kan utføres på forskjellige måter, men man bør ha en strukturert gjennomføring og rapportering. Ved en litteraturstudie går man igjennom fire faser. Planlegging, gjennomføring, analysering og rapportering (Christoffersen et al., 2015, s. 63). Man skal gi leseren oppdatert og god forståelse av kunnskapen gjennom problemstillingen og hvordan man har kommet frem til kunnskapen (Thidemann, 2015, s. 80).

3.2 Fremgangsmåte og litteratursøk

Jeg har utført flere litteratursøk for å finne relevant data til bacheloroppgaven. Søkeprosessen har vært utfordrende og langvarig. Jeg har brukt god tid på å finne forskning slik at forskningen som presenteres svarer til min problemstilling.

Jeg har tatt i bruk databasene fra Høgskulen på Vestlandet (HVL) sine nettsider for å finne relevant forskning. CINAHL, MedLine, PubMed og sykepleien er databaser jeg har brukt fordi jeg har fått god opplæring i å bruke disse. Artikkene jeg valgte ut handlet i hovedsak om prostatakreft, mestring, maskulinitet, kommunikasjon og parforhold.

Jeg starter søkeprosessen veldig bredt for å se hvilken forskning som fantes rundt temaet jeg ønsket å skrive om. Jeg hadde ingen avgrensninger i forhold til årstall, noe som førte til at jeg fikk veldig mange treff. De fleste artiklene jeg fant i de første søkene var eldre og utdaterte noe som førte til at jeg ikke valgte å ta dem med i oppgaven, og heller begrense på tidsperiode i senere søk.

I det første søket brukte CINAHL basic search med søkeordene «prostate cancer» og «communication». Her fikk jeg opp 43 treff. Jeg vurderte tittelen på alle og leste flere sammendrag, og hele artikkelen for 4 av dem. Ingen av disse hadde ønsket relevans i forhold til oppgaven. Deretter søkte jeg på «Radical Prostatectomy», «Recovery» og «communication». Her fikk jeg opp 3 415 treff. Jeg leste ingen av disse og valgte å begrense søket til perioden 2014 til 2019 for å finne nyere og oppdatert forskning. Jeg fikk 1 765 treff. Selv om søkeresultatet fortsatt var bredt, leste jeg gjennom den første artikkelen, og synes denne var relevant til oppgaven og valgte å inkludere artikkelen i oppgaven. «A pilot study of potential pre-operative barriers to couples' sexual recovery after radical prostatectomy for prostate cancer» (Wittmann, Northouse, Crossley, Miller, Dunn, Nidetz, Montie, Moyad, Lavin & Montie, 2014) Videre søkte jeg på «prostate cancer», «intimacy» og «couple» og begrenset søket fra 2014 til 2019. Her fikk jeg 4 treff, og leste alle i fulltekst. Av disse valgte jeg å inkludere en artikkel, «Intimacy after prostate cancer: A brief couples' workshop is associated with improvements in relationship satisfaction» (Walker, King, Kwasny & Robinson, 2016). Jeg valgte også å søke på «prostate cancer», «partner» og begrense søket mitt til 2014 til 2019. Her fikk jeg opp 68 treff. Ut fra vurdering av tittel og sammendrag var det 5 av disse jeg leste i fulltekst. Ingen av artiklene ble inkludert i oppgaven på bakgrunn av vurdering knyttet til relevans og metodebruk. Detaljert beskrivelse ligger i vedlegg 1.

I MedLine begynte jeg å søke på «masculine» og «prostate cancer» med begrenset søk fra 2015 til 2019. Her fikk jeg opp 30 treff. Etter å ha vurdert tittel og sammenfatning leste jeg 6 av disse i fulltekst. Her fant jeg en artikkel som var relevant til min oppgave «Investigating the role of psychological flexibility, masculine self-esteem and stoicism as predictors of psychological distress and quality of life in men living with prostate cancer» (McAteer & Gillanders, 2019). Videre brukte jeg søkeordene «prostate cancer», «psychosocial adjustment». Her fikk jeg opp 19 artikler og hvor 4 etter vurdering ble lest i fulltekst, men ingen av disse ble inkludert i oppgaven. Deretter brukte jeg søkeordene «prostate cancer», «masculine identity», som resulterte i 7 treff. Av disse ble 2 lest i fulltekst, før jeg begrenset søket fra 2012 til 2018 og leste 3 artikler i fulltekst. Jeg tok en artikkel med videre i oppgaven, «Loss of masculine identity, Marital Affection, and Sexual Bother in Men with Localized Prostate Cancer» (Zaider, Manne, Nelson, Mulhall & Kissane, 2012). Mer detaljert beskrivelse om søkeprosessen er forklart i vedlegg 2.

Senere foretok jeg et søk i MedLine spesifikt rettet mot sykepleie og kommunikasjon. Her brukte jeg advanced search og søkte på «prostate cancer», «communication» og «information» og begrenset søket mitt fra 2015-2019. Her fikk jeg totalt 101 treff, og valgte å legge til «og/and» «challenges» i tillegg til mine tidligere søk. Totalt fikk jeg 3 treff, der alle ble lest i fulltekst og en ble inkludert i oppgaven. «The clinical communication and information challenges associated with the psychosexual aspects of prostate cancer treatment» (Speer, Tucker, McPhillips & Peters, 2017). Søket er beskrevet i vedlegg 3.

Jeg utførte et enkelt søk på sykepleien for å se om jeg kunne finne noe norsk forskning rundt dette temaet. Gjennom sykepleien.no søkte jeg på «kreft og seksualitet», og begrenset søket mitt til fag og forskning. Her fikk jeg 13 treff, leste gjennom overskriftene og sammendragene på artiklene, og valgte å inkludere. «Seksualiteten etter kreften» (Gjessing, 2019), som er en fagartikkel. Jeg valgte å inkludere denne i min oppgave fordi jeg anser denne som veldig relevant i forhold til problemstillingen. Beskrivelse i vedlegg 4.

3.3 Kildekritikk

En kilde brukes som opphav til kunnskap. Et viktig punkt innenfor kildekritikk er at man må vurdere kilden som blir funnet i forhold til relevans innenfor arbeidet som skal utføres (Dalland, 2017, s. 149-150). Kildekritikk benyttes for å vurdere troverdigheten av informasjonen som er gitt av avsender. Informasjonen man tilegner seg gjennom forskning skal vise til troverdighet, nøyaktighet og objektivitet. Informasjonskompetanse er evnen til å lokalisere, søke og vurdere informasjon kritisk med tanke på relevans og pålitelighet, og ta dette i bruk i egen kunnskapsutvikling (Dalland, 2017, s. 150). Ved å ta i bruk internett må man vurdere informasjonen som blir lagt ut, og om kilden er troverdig. Informasjonsmengden på internett er enorm samtidig som den er i konstant økning og endring. Derfor er det viktig å sile ut gode oppdaterte faglige kilder som man kan ta med seg videre i arbeidet. For å anvende korrekt kildekritikk må man finne litteraturen som belyser problemstillingen, og gjøre rede for litteraturen som blir anvendt i oppgaven. Troverdighet og faglighet kommer godt frem dersom kildegrunlaget er godt begrunnet (Dalland, 2017 s. 151-52).

3.3.1 Kildediskusjon

Når det gjelder litteratursøk vil jeg kritisere meg selv med tanke på søkeprosessen. Hele litteratursøket startet veldig bredt med mange forskjellige søkeord. Dette førte til veldig mange treff og jeg brukte lang tid på å finne forskning. Dette påvirket systematikken i de tidligere søkene og førte til at litteratursøket ble veldig rotete og vanskelig i begynnelsen. Jeg valgte å gå vekk i fra dette å heller ta i bruk *advanced search* for å finne forskning mer konkret til mine søkeord.

Videre i søkene mine brukte jeg et variert utvalg av søkeord for å finne forskning som var relevant til problemstillingen, samtidig som jeg foretok søk i forskjellige databaser. En styrke ved denne studien er at de inkluderte artiklene anvender ulike forskningsmetoder. Studiene jeg har inkludert i oppgaven er både kvalitative, kvantitative, en fagartikkel og intervensjonsstudier som bruker en kombinasjon av kvantitativ og kvalitativ metode. Jeg har valgt forskjellige metoder for å få frem en bredere forståelse fra flere synspunkter som handler om både pasient og partner. Flere artikler er inkludert i drøftkapitlet, disse er ikke presentert i resultatkapitlet. Søkene er beskrevet under vedlegg 5.

3.4 Forskningsetikk

Hensikten med sykepleieforskning er å svare på spørsmål eller løse problemer som er relevant, og det er to formål med sykepleieforskning. Grunnleggende forskning er å utvide kunnskapsbasen og anvendt forskning er å finne løsninger på eksisterende problemer (Christoffersen et al., 2015 s. 17). Forskningen innenfor helsefagene må utføres forsvarlig. Studiene som blir utført innenfor helsefagene omhandler mennesket, og formålet er å beskytte pasienter mot farer som følge av forskningen (Christoffersen et al., 2015 s. 43). Forskningen må ikke bryte lover og regler, eller gi en sikkerhetsmessig risiko. Om forskningen er innenfor regler og lover er noe forskeren selv må forsikre seg om. Den regionale komiteen for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk forvalter spørsmål om etisk forsvarlighet innenfor forskningen i Norge. Myndigheten er lovregulert under «lov om behandling av etikk og redelighet i forskning» (Christoffersen et al., 2015 s. 44-46). Forskningen med unntak av fagartikkelen som er inkludert i oppgaven har beskrivelse av etiske aspekt og har vært gjennom etisk vurdering.

4.0 Presentasjon av forskningsartikler

Intimacy after prostate cancer: A brief couples' workshop is associated with improvements in relationship satisfaction (2016).

Walker, L. M., King, N., Kwasny, Z., & Robinson, J. W.

Hensikt: Studien tar for seg behandlingen av prostatakreft, og følgeproblemer som erektil dysfunksjon. Selv når behandling av erektil dysfunksjon blir utført vil par slite seksuelt. Under studien tok de i bruk informasjon-motivasjon-atferds kompetanse for atferdsendring. Modellen legger vekt på å gi informasjon, men også vurdere personens motivasjon for endring og samt lære atferds evner for å sammen fremme suksess.

Metode: Kvalitativ og kvantitativ intervensjonsstudie. Totalt deltok 116 mennesker i studien. 59 pasienter, og 57 partnere.

Resultat: Resultater fra studien viser at pasient og partner hadde forbedring i tilfredshet i forholdet. Paret har sammen behov for støtte i forhold til seksualitet, og tilrettelegging i kommunikasjon. Slik får parene bedre forståelse ovenfor hverandre og oppnår problemløsning i forhold til seksualitet og samleie.

Investigating the role of psychological flexibility, masculine self-esteem and stoicism as predictors of psychological distress and quality of life in men living with prostate cancer (2019).

McAteer, G., & Gillanders, D.

Hensikt: Studien undersøkte kraften til psykologisk fleksibilitet, maskulin selvtillit og stoisme når man blir påvirket av psykologisk lidelse og livskvalitet hos menn diagnostisert med prostatakreft. Stoisme handler om hvordan man kan finne lykke selv om vedkommende opplever mye motgang. Studien utforsker sammenhenger mellom fleksibilitet, maskulinitet og stoisme på de fysiske symptomene på prostatakreft som kan forutsi psykologisk lidelse og redusert livskvalitet.

Metode: Kvantitativ tverrsnittstudie. 311 menn var inkludert i forskningen. 286 av de inkluderte fullførte studien.

Resultat: Resultatene fra studien viser at fleksibilitet og maskuline verdier hadde en negativ innvirkning på bekymringer og livskvalitet på grunn av de fysiske symptomene. Fysiske symptomer på grunn av prostatakreft og maskuline verdier hadde en innvirkning på bekymringene, uten at dette kunne forutsi noe på livskvaliteten.

A pilot study of potential pre-operative barriers to couples' sexual recovery after radical prostatectomy for prostate cancer (2014).

Wittmann, D., Northouse, L., Crossley, H., Miller, C., Dunn, R., Nidetz, J., Montie, J., Moyad, M., Lavin, K., & Montie, J. E.

Hensikt: Studien har som hensikt å identifisere parets hindringer for å gjennomføre samleie. Prostatakreft påvirker parets seksuelle intimitet, og at menn bruker sjeldent prorektile hjelpemidler. Kvaliteten på parene som ble mål i forhold til utviklingen i forholdet. En høyere poengsum indikerte på pålitelighet og validitet.

Metode: Kvantitativ og kvalitativ metode. 108 par kvalifiserte seg for studien. 28 par fullførte studien.

Resultat: Resultatene viste at par bør få informasjon i forhold til seksuell rehabilitering og mestring på effekten av erektil dysfunksjon. Informasjon om ressurser for seksuell bedring bør gis før operasjonen, slik at parene kan jobbe sammen for å oppnå et bedre seksualliv i etterkant av det kirurgiske inngrepet. Endringene kan føre til seksuelle tap eller utfordringer, og parene bør utforske rehabiliteringsstrategier for å unngå hindringer i parforholdet.

Loss of masculine identity, Marital Affection, and Sexual Bother in Men with Localized Prostate Cancer (2012).

Zaider, T., Manne, S., Nelson, C., Mulhall, J., & Kissane, D.

Hensikt: Studiens formål var å beskrive forekomsten av bekymringer relatert til nedsatt maskulinitet blant menn som har blitt behandlet for prostatakreft. For å avgjøre om nedsatt maskulinitet er assosiert med seksuelle problemer. Dette var etter kontrollert seksuell funksjonsstatus og for å se om kvaliteten på ekteskapet ble påvirket av nedsatt maskulinitet og seksuelle utfordringer.

Metode: Kvantitativ tverrsnittstudie fra baseline ved inkludering til en intervensjon, 75 menn fullførte hele tverrsnittstudie.

Resultat: Resultatet fra studien viser at nedsatt maskulinitet er fremtredende etter behandling av prostatakreft. Nedsatt maskulinitet var fremtredende i forhold til seksuelle utfordringer dersom paret opplevde vansker i ekteskapet. Nedsatt maskulinitet er fremtredende, men ikke nok undersøkt i forhold til overlevende fra prostatakreft. Menn som opplever tap av maskulinitet etter behandling blir plaget av sin erektil dysfunksjon og dette kan ha en innvirkning på kvaliteten på parets intime forhold.

The clinical communication and information challenges associated with the psychosexual aspects of prostate cancer treatment (2017).

Speer, S. A., Tucker, S. R., McPhillips, R., & Peters, S.

Hensikt: Hensikten med studien var å fremme oppfatningen av kommunikasjon og informasjonen som menn mottok. Prostatakraft og behandlingen har seksuelle utfordringer som krever åpen og tilrettelagt kommunikasjon med helsepersonell. Studiens formål var å fremme forståelsen av menns oppfatninger av kommunikasjon og informasjonsutfordringene knyttet til de seksuelle aspektene ved prostatakraft og behandlingen.

Metode: Studien har brukt en kvalitativ intervjubasert metode, 21 menn var inkludert i studien.

Resultat: Resultatene fra studien viser til tre kommunikasjonsutfordringer som menn står ovenfor. Det kan være for tidlig å snakke om seksualitet og samleie, psykologien rundt samleie og at kommunikasjonen ikke er riktig tilpasset til pasientens behov.

Seksualiteten etter kreften (2019).

Gjessing, R.

Metode: Fagartikkel fra sykepleien.

Hovedbudskap: Kreft kan bringe med seg utfordrende seneffekter som kan påvirke seksualfunksjon og samliv. Når kreftdiagnosen stilles er de fleste av pasientene i liten grad opptatt av seksualfunksjonen. Konsekvenser som forekommer som følge av behandling må formidles til pasienten både skriftlig og muntlig. Det er nødvendig å informere om seksualitet etter kreftbehandlingen, og sykepleiere bør være gode samtalepartnere rundt spørsmål om seksualitet og intimitet.

5.0 Drøfting

I dette kapitlet tar jeg utgangspunkt i problemstillingen og vil belyse hvordan sykepleiere kan bidra til å fremme mestring hos pasienter som har gjennomgått radikal prostatektomi. Dette vil jeg belyse med fokus på mestring og maskulinitet. Jeg tar utgangspunkt i teori som er presentert i teorikapitlet og forskningsartiklene, men vil også drøfte funnene opp mot annen relevant litteratur.

5.1 Mestring

5.1.1 Begripelighet

Pasienten som skårer høyt på begripelighet forventer at stimuli som en møter fremtiden med er forutsigbare, eller dersom de kommer overraskende vil kunne plasseres i en sammenheng og forklares (Antonovsky, 2012, s. 38). Om man overfører dette til klinisk utøvelse av sykepleie, kan det blant annet sees i sammenheng med Speer et al. (2017) som vektlegger at informasjon ikke skal gis når pasienten er overveldet og sjokkert over kreftdiagnosen. Ovenfor pasienten kan dette skape mer bry og føre til vanskeligheter i forhold til å møte kreftdiagnosen med tanke på begripelighet. På bakgrunn av studiens funn understrekes det at å skreddersy informasjon til pasienten er viktig i forhold til hvordan vedkommende takler selve diagnosen og behandlingen rundt prostatakraft (Speer et al., 2017). På denne måten kan vedkommende få en økt eller endret forståelse rundt sykdommen og hvorfor han ble syk. Pasienten som får god informasjon fra sykepleierne om konsekvenser angående operasjonen kan ha en positiv tankegang. For eksempel glede seg over at det ikke er spredning i kreftsykdommen og at kirurgen kunne fjerne alt, og at situasjonen kunne vært verre. Når helsepersonell understreker overlevelsesraten, og behandlingen rundt radikal prostatektomi vil pasienten ofte finne økt forståelse (begripelighet), i tillegg til en mulig økt opplevelse av håndterbarhet i det vedkommende kan se på som en vanskelig situasjon. Evalueringen og opplevelsen av vanskelighetsgraden eller en stressende situasjon betegnes som en subjektiv opplevelse. Situasjonen vil generere ulik opplevelse av stress ut ifra hvordan den vurderes. Forenklet sett beskriver Antonovsky en tredeling, der opplevelsen kan sees på som patogen og utløse stress, som nøytral eller helsebringende (Antonovsky, 2012, s. 16).

En økt opplevelse av sammenheng kan medføre at situasjoner i større grad oppleves som nøytrale eller helsebringende, samtidig som opplevelse av stress reduseres fordi pasienten har tro på at problemer løser seg (Antonovsky, 2012, s. 144). Dette viser viktigheten av pasientens forståelse av situasjonen og behandlingen, og understreker betydningen av informasjon og kommunikasjonsform. Sykepleieren kan bidra til å fremme forståelse og håndterbarhet, og gjennom dette redusere pasientens opplevelse av stress. Dersom pasienten ikke opplever å forstå situasjonen må sykepleieren vurdere kommunikasjonsformen.

5.1.2 Håndterbarhet og ressurser

Både Gjessing (2019) og Speer et al. (2017) understreker at informasjonen som gis før operasjonen ikke oppfattes i en stressende situasjon. Informasjonen må derfor tilrettelegges, og man må i første omgang ikke informere om mer enn nødvendig. Ofte kan det ta flere måneder eller år før pasienten søker hjelp for seksuelle utfordringer etter kreftbehandlingen (Gjessing, 2019). Håndterbarhet er i hvilken grad man har tilstrekkelige ressurser til rådighet for å kunne takle kravene man blir stilt ovenfor. Ofte oppleves situasjonen enklere når man har noen å dele opplevelsen sammen med (Antonovsky, 2012, s. 40). På denne måten blir man ikke sittende alene med tankene rundt prostatakreft. Har man en sterk opplevelse av håndterbarhet føler man seg ikke som et offer i situasjonen, eller at livet behandler pasienten urettferdig (Antonovsky, 2012, s. 40). En høy opplevelse av sammenheng vil føre til at pasienten selv søker mestringsressurser (Ezer, Chachamovich, Saad, Aprikian & Souhami, 2012). Ved å ta i bruk ressurser kan pasienten søke håndterbarhet fra andre i miljøet pasienten befinner seg i. For eksempel kan man ta i bruk troen ved å tilbe en gud, ha et godt forhold til fastlegen eller ha en god og støttende partner som tar del i forløpet. Dermed kreves det litt av pasienten selv, å strekke ut en hånd dersom vedkommende har behov for støtte og hjelp fra ressurser i miljøet. Zaider et al. (2012) viser til at de positive sidene i et parforhold er at man unngår stress og legger til rette for en bedre tilpasning i forhold til sykdom. Det samme understreker Speer et al. (2017). Partneren var en viktig støtte som hjalp pasienten til å håndtere situasjonen i forhold til psykososiale konsekvenser og seksuelliv i etterkant av behandlingen.

Par som kommuniserer og diskuterer sine seksuelle utfordringer kan forstå, og forsøke å løse utfordringene sammen uten bistand (Fosså et al., 2018, s. 156). Dersom parene ikke klarer dette sammen bør man søke om hjelp og støtte fra andre ressurser for å sammen kunne mestre situasjonen.

Seksualiteten oppleves ulikt, og kan variere i enkeltmenneskets liv avhengig av livssituasjonen (Gjessing, 2019). Noen pasienter kan ha et ønske om å holde sykdommen tett til nære relasjoner. For øvrig er dette en faktor som pasienten selv må ta stilling til. For noen kan det være behjelpelig å skrive ned tanker og følelser i en bok, mens andre heller finner nytte i å snakke ut om dette med miljøet rundt. Samtidig er det også en mulighet for pasienten å møte en likemann. En likemann skal være et medmenneske, en som lytter og deler av egne erfaringer til andre som er i en lignende situasjon (Prostatakreftforeningen, 2019). I forhold til sykepleie må forslag som likemenn informeres om til pasienten. På denne måten kan pasienten ta i bruk andre ressurser fra samfunnet dersom vedkommende har et ønske eller behov for dette. Dette har en sammenheng med Antonovskys (2012, s. 40) tankegang i forhold til å vektlegge bruken av ressurser, og hvilke ressurser man har til rådighet. Ressurser kan være venner, kollegaer, partner eller andre medmennesker. Det viktigste er at pasienten stoler på, og har tillitt til vedkommende. Utviklingen at et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 1999, s. 171-172) kan også bidra til at helsepersonellet i større grad kan utgjøre en ressurs ovenfor pasienten.

5.1.3 Meningsfullhet

Både Antonovsky og Travelbee vektlegger å finne mening eller meningsfullhet som essensielt for mestring (Antonovsky, 2012, Travelbee, 1999). Antonovsky (2012, s. 41) beskriver meningsfullhet som i hvilken grad man føler livet er forståelig, og at kravene er utfordringer som det er verdt å engasjere seg i. Travelbee understreker dette med at sykepleierens funksjon er å hjelpe den enkelte til å mestre og utholde sykdom og lidelse (Travelbee, 1999, s. 33). På denne måten kan pasienten finne en mening i erfaringene vedkommende går igjennom (Travelbee, 1999, s. 29). Pasienter som ikke finner mening i noe, på tross av sykdommen har en lav grad av sense of coherence (Renolen, 2015, s. 173).

Mestring har noen likhetstrekk med stoisisme, som nevnes i studien til McAteer & Gillanders (2019). Stoisisme er å finne lykken selv om vedkommende opplever motgang, og er en filosofisk retning som vektlegger selvbeherskelse og sinnsro i både motgang og medgang (Fossheim, 2017). Sammen kan stoisisme og meningsfullhet hjelpe pasienten med utfordringene vedkommende møter, gjennom for eksempel å ta i bruk humor og hjelpesøkende oppførsel. Dette viser McAteer & Gillanders (2019) kan være en måte å mestre prostatakreft på samtidig som pasienten bevarer sin egen maskulinitet. Pasienten finner en dypere mening med sykdommen i forhold til prioriteringer pasienten står ovenfor i livet (Renolen, 2015, s. 173). Samtidig mener jeg at stoisisme også kan føre til mindre åpenhet rundt sårbare temaer. Pasienten tar i bruk humor for å fremme meningsfullhet, men bruker humoren som en strategi for å unngå å prate om vanskelige temaer rundt kreftsykdommen.

5.1.4 Helsepersonells medvirkning

De som møter kreften på en åpen, aktiv og handlekraftig måte vil klare seg bedre enn de som fremstår passive og benektende (Dahl, 2019, s. 141). En optimistisk livsinnstilling og tro på egne evner bringer mindre risiko for hindringer. Ifølge Dahl (2019, s. 141) er graden av mestring avhengig av balansen mellom sårbarhet og motstandskraft. Dette samsvarer med Antonovsky (2012, s. 41) sin beskrivelse av balanse mellom stress og ressurser, som også er utgangspunktet for personens vurdering av situasjonen. Dette kan underbygges med studien til Ezer et al. (2012) der individer med høy opplevelse av sammenheng hadde ressurser til å møte utfordringer i livet som en investering. De viser til at pasienter som hadde en høy opplevelse av sammenheng hadde mindre utslag av psykiske belastninger som depresjon og angst, og hadde bedre livskvalitet. Helsepersonell skal medvirke slik at pasienten lykkes med helsen og ikke utføre mestringsarbeidet for pasienten. Sykepleierne må informere og motivere for at pasienten skal gjennomføre mestringsarbeidet selv (Eide & Eide, 2017, s. 48). Fosså et al. (2018, s. 112) understreker at de fleste menn med prostatakreft vil oppleve god eller middels mestring. Oppfølging med sykepleier og lege vil føre til at pasienten klarer seg bedre i dagliglivet. Hvordan diagnosen formidles videre til pasienten kan skape opplevelse av meningsløshet og redusere opplevelsen av sammenheng. Dersom legen gir beskjed om behandling og sykdomsforløp i forbifarten sitter ofte pasientene igjen med ubesvarte spørsmål, angst og forvirring (Renolen, 2015 s. 174).

Helsepersonell må igangsette tiltak tidlig. På denne måten kan pasienten oppleve mestring tidlig i forløpet, slik at dette kan bidra til at pasienten kan oppleve håndterbarhet og meningsfullhet videre i forløpet rundt sykdommen. På den andre siden kreves det at pasienten er motivert for endringer, viser delaktighet i eget forløp og at han blir en ressurs i mestringsprosessen.

5.2 Maskulinitet

Lave nivåer av maskulinitet er assosiert med høyere nivåer av psykososiale reaksjoner som angst og depresjon ifølge McAteer & Gillanders (2019). Forandringene som prostatakreft medfører svekker normene og idealene som pasienten selv knytter til sin egen maskulinitet. I den forstand kan man hevde at pasienten føler seg alene. Mange menn er tilbakeholdene med å snakke om sykdommen (Fosså et al., 2018, s. 108), og den kan ofte bli sett på som et tabu fordi prostatakreft ikke blir snakket om. Både Zaider et al. (2012) og Gjessing (2019) viser til at nedsatt maskulinitet var fremtredende og at pasienten gav uttrykk for at han «ikke var den mannen han var før», som følge av behandlingen. Pasienten fremstår mer sårbar når seksuelle utfordringer forekommer etter radikal prostatektomi og dette kan utfordre pasientens maskulinitet. Informantene til Zaider et al. (2012) viser til at maskuliniteten er knyttet til pasientens erektil dysfunksjon. Forandringene førte til skam og en dårligere livskvalitet. Hvordan hver enkelt reagerer på endret kroppsbilde avhenger av tidligere reaksjonsmønstre i forbindelse med tap og vanskelige situasjoner (Schjølberg, 2017, s. 136). Sykepleieren må hjelpe pasienten gjennom endringene ved å kartlegge, observere og intervju hans opplevelse av forandringene (Schjølberg, 2017, s. 138) som følge av radikal prostatektomi. Ved å observere pasientens kommunikasjon i form av verbalt og nonverbalt kan dette gi viktig informasjon til videre arbeid. Kommunikasjon og informasjon er sykepleierens viktigste oppgave rundt endringer i kroppsbilde. Som følge av kartleggingen må tverrfaglig arbeid tas i bruk avhengig av pasientens behov (Schjølberg, 2017, s. 139).

McAteer & Gillanders (2019) viste til at maskuline idealer og normer spilte inn på hvordan menn responderte på prostatakreft. De maskuline verdiene viste en sammenheng med å søke om hjelp i forhold til psykososiale og seksuelle utfordringer.

Dette understreker også Gjessing (2019) som beskriver hjelpemidler og medikamenter som pasienten kan ta i bruk for å gjenvinne ereksjon. Sykepleierne bør være informative rundt tema om seksualitet og vise til muligheter som pasienten kan ta i bruk alene, eller med en partner. Dette kan for eksempel være vakuumpumper, tabletter eller injeksjoner. Alt etter hva pasienten har behov for. For mange er seksualitet et følsomt tema og derfor er tid og interesse viktig under en slik samtale (Gjessing, 2017, s. 585). Travelbee understreker dette i forhold til helsefremmende undervisning. Ved å ta i bruk helsefremmende undervisning hjelper sykepleieren pasienten med å finne mening i sykdommen og de tiltakene som iverksettes for å opprettholde en god helse (Travelbee, 1999, s. 34-35).

Dette kan også sees i sammenheng med PLISSIT-modellen som sykepleieren bør ta i bruk i samtaler om seksualitet. PLISSIT-modellen er en rådgivningsmodell. For eksempel i forhold til seksualitet kan sykepleieren gjennom tillatelse gi pasienten muligheten til å diskutere seksuelle spørsmål og bekymringer knyttet til behandlingen. For de fleste vil utfordringene løses på dette nivået, men dersom dette ikke lar seg gjøre går man videre til begrenset informasjon (Pedersen, 2018). Sykepleieren bør gi informasjon om seksuelle forhold i forbindelse med kreftsykdommen og behandlingen. Ved å få avklart misforståelser som kan forekomme og understreke at bekymringene parene kan oppleve er vanlig (Gjessing & Dahl, 2019, s. 119). Samtidig må sykepleieren legge vekk sine egne holdninger til seksualitet. Tanker om å være for nærgående ovenfor pasienten, mangel på tid og kunnskap er en gjenganger på hvorfor sykepleiere ikke tar opp seksualitet (Fosså et al., 2018, s. 139). Seksualitet, og seksuelle utfordringer forekommer ikke bare hos unge mennesker. Menn som blir rammet av prostatakreft er ofte eldre menn, og sykepleiere må legge vekk holdninger om at et aktivt seksualliv kun omhandler unge. Ofte kan pasienten selv ha et ønske om å diskutere sine utfordringer med en mannlig sykepleier eller lege (Fosså et al., 2018, s. 140). Dette er noe sykepleierne bør ta opp med pasienten, slik at informasjon og kommunikasjon rundt seksualitet blir best mulig tilrettelagt ovenfor pasienten. Samtidig må sykepleierne tenke over at ikke alle ønsker hjelp eller informasjon om ereksjonsfremmende behandling (Hauge, 2019). Uavhengig av hva pasienten tenker og føler rundt seksualitet, bør enhver pasient få muligheten til å snakke om seksualitet og tiltak dersom pasienten selv ønsker dette. Ereksjonssvikt kan være et følsomt tema for mange, men dette må inkluderes som en basisinformasjon hos alle (Bratlie & Fredriksen, 2019).

5.2.1 Parforhold

Walker et al. (2016) viser til at gjennom intervensjoner vil parforholdet kunne forbedres. Sammen har de muligheten til å samarbeide som et lag og ikke la pasienten stå ovenfor valg og utfordringer alene. Ved å arbeide sammen kunne parene finne løsninger rundt de seksuelle utfordringene de møtte på etter operasjonen og i bedringsperioden. Ved å involvere partneren kan dette også skape mer forståelse rundt pasientens tap av maskulinitet (Walker et al., 2016). Speer et al. (2017) poengterer dette med at flere av informantene ikke kunne gå igjennom sykdom og behandling alene, og at partneren var en viktig støttespiller. Wittmann et al. (2014) skriver at de fleste parforhold har et nonverbalt forhold til seksuell aktivitet. Dette understreker Gjessing (2019) som dokumenterer at pasientene som opplevde ereksjonsproblemer trakk seg unna partneren fordi det opplevdes som ekstra sårt og vanskelig. Den seksuelle dysfunksjonen ødelegger ikke bare det seksuelle, men også nærheten, kosen og intimiteten parene hadde. Ved å forbedre kommunikasjonen parene imellom, vil samtaler om deres seksuelle forhold være med på å redusere frustrasjon og spenning rundt følelser og forventinger. Samtidig kan mange par ha vansker med å snakke om seksuelle utfordringer fordi dette kan øke konfliktnivået dem imellom (Fosså et al., 2018, s. 154). Dersom pasienten er delaktig i kommunikasjonen med sykepleieren vil vedkommende bekrefte eller avkrefte opplevelser, behov og ønsker. Dette sett i sammenheng med Travelbee sin teori om at sykepleieren skal vise omsorg, ivareta pasienten og bruke seg selv terapeutisk (Travelbee, 1999, s. 41). Sykepleieren skal gjennom et menneske-til-menneske-forhold sørge for at pasienten og partneren får sine behov ivaretatt (Travelbee, 1999 s.177). I motsetning til dette understreker Walker et al. (2016) at flere par hadde vanskeligheter med å finne informasjon og støtte til å ta i bruk hjelpemidler, og finne strategier som kunne hjelpe parforhold til å forbedre deres seksualliv.

I et parforhold har sykepleieren muligheten til å se på kommunikasjonen dem imellom. På den ene siden kan parforhold som viser til god kommunikasjon være en viktig komponent for å fremme de maskuline verdiene pasienten føler han har mistet som følge av behandling, og fremme mestring. I forhold til Antonovskys teori må pasienten selv finne komponentene i mestring for å oppnå mestring. På den andre siden må pasienten selv føle en form for forutsigbarhet og støtte for å ha en viss kontroll over situasjonen han befinner seg i.

5.2.2 Sykepleierens informerende rolle

Mange sykepleiere finner det vanskelig å snakke om seksualitet med pasienter skriver Gjessing (2019). Videre skriver hun at seksualitet ikke blir tatt opp, og ved gode kommunikasjonsferdigheter, interesser og empati vil sykepleieren nå langt i en slik samtale med pasienten. Ved å ta opp temaet som seksualitet vil man normalisere problemet og åpne opp for videre samtaler. Dersom sykepleieren kommuniserer med fagspråk kan man oppleve at pasienten ikke forstår og distanserer seg fra samtalen. Pasienten blir en passiv mottaker (Reitan, 2017, s. 112). Derfor er det viktig at sykepleieren unngår fagspråk og gir pasienten en aktiv deltakelse under samtalen om seksualitet, slik at han får muligheten til å stille spørsmål. PLISSIT-modellen er et hjelpemiddel som sykepleieren bør ta i bruk under en slik samtale. Ved å begynne å løse de seksuelle problemene på et lavt nivå av modellen vil sykepleieren ut ifra dette arbeide med å finne løsninger til pasienten videre. Samtidig vil samtale med pasienten åpne opp for refleksjon slik at pasienten kan sette ord på utfordringer og følelser (Borg, 2017, s. 125-126). Pasienten forventer ikke at sykepleieren skal ha svaret på alt, men sykepleierne skal være åpen for å ta imot og forsøke å hjelpe (Pedersen, 2018). Hvis sykepleieren ikke har kunnskap eller erfaring rundt et spørsmål må pasienten settes i kontakt med klinisk spesialist eller seksualterapi (Borg, 2017, s. 126-128).

I forhold til sykepleieren er det viktig å gi tilstrekkelig informasjon. Dersom dette er noe sykepleieren ikke mestrer, må man innhente bistand fra for eksempel en kollega som har mer erfaring rundt dette. Dette er også lovfestet under krav til helsepersonells yrkesutøvelse i paragraf 4 om forsvarlighet. Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og innhente bistand eller henvise pasienter videre der det er nødvendig og mulig (Helsepersonelloven, 1999, § 4). For at sykepleierne skal være gode informanter må man informere og lære av hverandre og jobbe sammen for at pasienten skal forstå, og motta hjelp der det er nødvendig. For at pasienten skal få best utbytte av informasjonen som blir gitt bør den gjentas muntlig flere ganger både under og etter behandlingen (Gjessing, 2017, s. 575). Samtidig bør pasienten få skriftlig informasjon som er oppdatert i forhold til ny kunnskap (Bratlie & Fredriksen, 2019), og ha muligheten til å kontakte helsepersonell dersom han har spørsmål eller bekymringer rundt seksualitet og seksualfunksjon i etterkant av behandlingen.

6.0 Oppsummering

Hensikten med oppgaven var å finne svar på hvordan sykepleiere kan bidra til å fremme mestring hos pasienter som har gjennomgått radikal prostektomi.

Både Antonovsky og Travelbee har viktige prinsipper i forhold til å fremme mestring. Mestring er en individuell prosess, men sykepleieren deltar aktivt ved å hjelpe pasienten til å finne begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet (Antonovsky, 2012, s. 38-41). Travelbee (1999, s. 33) beskriver at sykepleierens funksjon er å hjelpe den enkelte til å mestre og utholde sykdom og lidelse. Gjennom sykepleieprosessen skal sykepleieren ta sikte på å hjelpe enkeltindividet til å fremme mestring (Travelbee, 1999, s. 33). Sykepleieren har en viktig rolle i å ivareta pasientens behov. Fokuset på mestring vil for mange være en viktig faktor i det å bli frisk og å komme tilbake til hverdagen igjen. Ved å skape en god relasjon mellom sykepleier og pasient vil vedkommende føle seg sett, forstått, hørt og ivaretatt. Dette er viktige faktorer i mestringsprosessen til pasienten. Sykepleieren bidrar til å fremme mestring gjennom informasjon, støtte og ved å vise til tiltak. PLISSIT-modellen er nevnt som et tiltak sykepleiere bør ta i bruk for å diskutere seksuelle temaer og utfordringer pasienten opplever i etterkant av radikal prostektomi. Samtidig som man viser til hjelpemidler for å fremme seksuallivet til pasienten. I tillegg til at sykepleierne skal bidra til mestring, må pasienten selv bli en aktiv deltaker for å oppnå mestring.

Menn som går gjennom radikal prostektomi viste til at nedsatt maskulinitet var fremtredende. Normene og idealene som menn knyttet til sin egen maskulinitet ble utfordret av endret kroppsbilde og seksuelle utfordringer. Flere av studiene (Zaider et al., 2012, Speer et al., 2017, Walker et al., 2016) understreker de positive sidene ved å være i et parforhold. Partneren er en viktig støtte som sammen med pasienten kan føre til bedre forståelse i en vanskelig situasjon og bidrar videre i mestringsprosessen. Pasienter som er alene må få tilbud om å snakke ut om sine tanker og følelser med sykepleiere, likemenn, leger eller andre støttende mennesker i omgivelsene.

Funn fra de forskjellige forskningsartiklene viser til at pasientene har i all hovedsak behov for god og forståelig informasjon, gitt til pasientens behov. Sykepleiere bidrar ved å informere, kommunisere og vise forståelse rundt pasientens situasjon. I hovedsak er det essensielt med kommunikasjon og hvordan den formidles fra sykepleier til pasient. Menneske-til-menneske-forholdet som Travelbee understreker er viktig for at sykepleieren skal sørge for at pasienten og de pårørende får sine behov ivaretatt. Noen funn viser til at sykepleiere har vanskeligheter med å snakke om seksualitet, men at dette må snakkes om. Sykepleiere må åpne opp om samtaler rundt seksualitet, ta i bruk tiltak og innhente bistand dersom det er nødvendig. På denne måten blir sykepleieren en aktiv deltaker i pasientens mestringsprosess. Ved at sykepleieren tar opp seksualitet vil man normalisere problemet og åpne opp for videre samtaler. Sykepleierne må ta opp om temaer som er ubehagelig å snakke om for å bidra til mer åpenhet rundt seksualitet og seksuelle utfordringer (Hauge, 2019).

7.0 Litteraturliste

- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium* (1 utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Berntzen, H., Almås, H., Bruun, A. M. G., Dørve, S., Giskemo, A., Dåvøy, G., & Eide, P. (2016) Perioperativ og postoperativ sykepleie. I H. Almås, D-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie* (s. 309-379) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bertelsen, B., Hornslien, K., & Thoresen, L. (2016) Svulster. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (s. 127-149) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Borg, T. (2017) Seksualitet. I A. M. Reitan & T. Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie* (s. 120-131) Oslo: Cappelen Damm.
- Bratlie, M. S. & Fredriksen, A. (2019). Slik blir pasienter med prostatakraft mer tilfreds med informasjonen. *Sykepleien*,19, 107. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2019.77737>
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A., & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene* (1. utg.). Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Dahl, A. A. (2019). Psykiske symptomer og lidelser. I C. E. Kiserud, A. A. Dahl & S. D. Fosså (Red.), *kreftoverlevende* (s.138-164) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ezer, H., Chachamovich, J. R., Saad, F., Aprikian, A., & Souhami, L. (2012). Psychosocial Adjustment of Men During the First Year of Prostate Cancer. *Cancer Nursing*. Volume 35 - Issue 2 - p 141–147. doi: 10.1097/NCC.0b013e31821f1b81
- Fossheim, H. (2017, 6 november). Stoisisme. Hentet fra <https://snl.no/stoisisme>

Fosså, D., Berge, V. & Dahl, A, A. (2018) Prostatakraft – en håndbok for pasienter og pårørende (1. utg). Oslo: Cappelen Damm.

Gjessing, R. (2019). Seksualiteten etter kreften. Sykepleien fagutvikling, 2018, 62-68.
doi: <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.72373>

Gjessing, R. (2017) Sykepleieutfordringer ved kreft i mannlige kjønnsorganer. I A. M. Reitan & T. Kr. Schjølberg (Red.), Kreftsykepleie (s. 575-586) Oslo: Cappelen Damm.

Gjessing, R. & Dahl, A, A. (2019) Problemer med seksualitet. I C. E. Kiserud, A. A. Dahl & S. D. Fosså (Red.), kreftoverlevende (s. 104-124) Oslo: Gyldendal Akademisk.

Grov, E. K. & Dahl, A. A. (2019) De nærmestes situasjon. I C. E. Kiserud, A. A. Dahl & S. D. Fosså (Red.), kreftoverlevende (s.213-229) Oslo: Gyldendal Akademisk.

Hauge, E.H. N. (2019, 16 januar). Prostatakraft – mange opplever urinlekkasje som mer belastende enn ereksjonssvikt. Hentet fra <https://sykepleien.no/2019/01/prostatakraft-mange-opplever-urinlekkasje-som-mer-belastende-enn-ereksjonssvikt>

Helsedirektoratet (2016, 6. september). Introduksjon til pakkeforløp for prostatakraft. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/prostatakraft/introduksjon-til-pakkeforlop-for-prostatakraft>

Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64).
Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Jayadevappa, R., Schwartz, S., Chhatre, S., Wein, A. J., & Malkowicz, S. B. (2009). Satisfaction with care: A Measure of Quality of Care in Prostate Cancer Patients. Society for Medical Decision Making, 30, 234-245. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1177/0272989X09342753>

Kreftforeningen. (2019a, 18 mars). Hva er kreft? Hentet fra <https://kreftforeningen.no/om-kreft/hva-er-kreft/>

Kreftforeningen. (2019b, 12 august). Psykiske reaksjoner. Hentet fra

<https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/mestre-livet-med-kreft/psykiske-reaksjoner-og-sorg/>

Kreftregisteret. (2017). *Kreftstatistikk*. Hentet fra

<https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Rapporter/Cancer-in-Norway/cancer-in-norway-2017/>

Langeland, E. (2009). Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse. *Sykepleien Forskning*, 4(4) (288-296). doi: 10.4220/sykepleienf.2009.0143

Larsen, S. M. (2016) Sykdommer i mannlige kjønnsorganer. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (s. 455-465) Oslo: Gyldendal Akademisk

McAteer, G., & Gillanders, D. (2019). Investigating the role of psychological flexibility, masculine self-esteem and stoicism as predictors of psychological distress and quality of life in men living with prostate cancer. *European Journal of Cancer Care*, 8(4).
<https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/ecc.13097>

Pedersen, L. (2018, 03. August). Psykisk helse og seksualitet – tør vi snakke om det? Hentet fra <https://sykepleien.no/en/node/56726>

Prostatakreftforeningen. (2019). Likepersoner. Hentet fra <https://prostatakreft.no/likepersoner/>

Reitan, A. M. (2017) Klinisk kommunikasjon. I A. M. Reitan & T. Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie* (s. 104-118) Oslo: Cappelen Damm.

Reitan, A. M. (2017) Psykologisk krise og mestringsmuligheter. I A. M. Reitan & T. Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie* (s. 82-100) Oslo: Cappelen Damm.

Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Schjølberg, T. Kr. (2017) Endret kroppsbilde. I A. M. Reitan & T. Kr. Schjølberg (Red.),
Kreftsykepleie (s. 132-143) Oslo: Cappelen Damm.

Speer, S. A., Tucker, S. R., McPhillips, R., & Peters, S. (2017). The clinical communication
and information challenges associated with the psychosexual aspects of prostate
cancer treatment. *Social Science & Medicine*. Volume 185, July 2017, Pages 17-26.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.05.011>

Svartdal, F. (2019, 20. mai). Maskulinitet. Hentet fra <https://snl.no/maskulinitet>

Thidemann, I-J. (2015). Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter (1. utg.). Oslo:
Universitetsforlaget.

Travelbee, J. (1999). Mellommenneskelige forhold i sykepleie (1. utg.). Oslo: Gyldendal
Akademisk.

Walker, L. M., King, N., Kwasny, Z., & Robinson, J. W. (2016). Intimacy after prostate
cancer: A brief couples workshop is associated with improvements in relationship
satisfaction. *Psycho-Oncology (PSYCHO ONCOL)*, 26(9): 1336-1346.
<http://dx.doi.org.galanga.hvl.no/10.1002/pon.4147>

Wittmann, D., Northouse, L., Crossley, H., Miller, D., Dunn, R., Nidetz, J., Montie, J.,
Moyad, M., Lavin, K., & Montie, J. E. (2014). A pilot study of potential pre-operative
barriers to couples' sexual recovery after radical prostatectomy for prostate cancer.
Journal of Sex & Marital Therapy, 41(2): 155-168.
<http://dx.doi.org.galanga.hvl.no/10.1080/0092623X.2013.842194>

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.
J Sex Med. 9(10): 2724–2732. doi:10.1111/j.1743-6109.2012.02897.x.

Vedlegg

Vedlegg 1

Søk i CINAHL utført 26/08-2019

Søk	Søkeord	Antall treff	Leste artikler	Artikler inkludert i oppgaven	Relevans for oppgaven
1	Prostate cancer, Communication	43	4	0	
2	Radical Prostatectomy, Recovery, Communication	3 415	0	0	
3	Radical Prostatectomy, Recovery, Communication Begrenset søk fra 2014-2019	1 765	1	1	Tar for seg barrierer i et parforhold og seksuell rehabilitering.
4	Prostate cancer, intimacy, couples Begrenset søk fra 2014-2019	4	4	1	Tar for seg intimitet etter prostatekreft.
5	Prostate cancer, partner Begrenset søk fra 2014-2019	68	5	0	

Vedlegg 2

Søk i MedLine 04/09-2019

Søk	Søkeord	Antall treff	Leste artikler	Artikler inkluder i oppgaven	Relevans for oppgaven
1	Masculine, Prostate cancer Begrenset søk 2015-2019	30	6	1	Tar for seg de psykologiske, maskuline og stoisisme faktorene som kan påvirke livskvaliteten til menn som har prostatsatakreft.
2	Prostate cancer, adjustment first year	19	4	0	
3	Prostate cancer, masculine identity	7	2	0	
4	Prostate cancer, masculine identity Begrenset søk 2012-2018	3	3	1	Tar for seg maskulin identitet, ekteskapsforhold og seksuelle utfordringer hos menn med prostatakraft.

Vedlegg 3

Søk i MedLine 19/09-19

Søk	Søkeord	Antall treff	Leste artikler	Artikler inkludert i oppgaven	Relevans for oppgaven
1	Prostate cancer, communication, information Begrenset søk 2015-2019	101	0	0	
2	Prostate cancer, communication, information, challenges	3	3	1	Tar for seg informasjon og kommunikasjon rettet mot menn som har gjennomgått prostatakrefte

Vedlegg 4

Søk i skepleien 19/09-19

Søk	Søkeord	Antall treff	Leste artikler	Artikler inkludert i oppgaven	Relevans for oppgaven
1	Kreft seksualitet Begrenset søk til fag og forskning	13	13	1	Tar for seg nødvendigheten av informasjon og kommunikasjon relatert til prostatakrefte og seksualitet.

Vedlegg 5

Artikler nevnt i drøftingen, men som ikke er presentert i resultatdelen.

Søk	Søkeord	Antall treff	Dato for søk	Søkebase	Tittel og forfatter	Relevans for oppgaven
1	Prostate cancer, adjustment first year	19	04/09-19	MedLine	Psychosocial adjustment of men during the first year of prostate cancer. Ezer et al., (2012).	Tar for seg forandringene gjennom første året med prostatakraft i forhold til seksualitet, familie og parforhold.
2	Seksualitet, kreft	36	12/09-19	Sykepleien	Psykisk helse og seksualitet – tør vi snakke om det? Pedersen, L. (2018).	Tar for seg seksualitet og ulike sykdommer. PLISSIT-modellen blir nevnt og forklart i forhold til seksualitet og kreft.
3	Prostatakraft	37	02/10-19	Sykepleien	Slik blir pasienter med prostatakraft mer tilfreds med informasjonen. Bratlie, M. S. & Fredriksen, A. (2019)	Tar for seg informasjonen pasienter mottar før behandling.
4	Prostatakraft, ereksjonssvikt	7	30/09-19	Sykepleien	Prostatakraft – mange opplever urinlekkasje som mer belastende enn ereksjonssvikt. Hauge, E.H. N. (2019).	Handler om kommunikasjon rundt ereksjonssvikt i forhold til pasient og sykepleier.