

Remi Aure Reksten
Elise Fiske

Psykososiale behov ved prostatakreft

Antall ord: 8601

Bacheloroppgave i sykepleie
Veileder: Eva Walderhaug Sæther
Mai 2019

Sammendrag

Hensikt: Hensikten med denne studien var å belyse hvordan menn med prostatakreft opplever å bli møtt på sine psykososiale behov i helsevesenet.

Metode: Dette er en systematisk litteraturstudie som har gjennomgått ti studier som retter seg mot å forstå de psykososiale behovene til menn og hvordan de møtes.

Resultat: Funnene viser at menn med prostatakreft ofte lever i et tomrom på grunn av manglende informasjon og oppfølging. Det kan tyde på at kommunikasjonen med helsepersonell svikter, ved at menn ikke får brakt spørsmålene sine frem i lyset. Støttende relasjoner som partner og likemannstjeneste er en ressurs for mennene. Noen menn velger bort støttende tilbud som følger av barrierer og en negativ forståelse for hva det innebærer. Maskulinitet kan medføre barrierer som hindrer åpenhet og møte med støttende relasjoner.

Konklusjon: Kommunikasjon mellom helsepersonell og menn bør ta utgangspunkt i mennenes individuelle sykdomsopplevelse. Oppfølgingstilbud med kreftsykepleier viser seg å kunne bedre opplevelsen for menn. Dette bør organiseres i form av fast kontaktsykepleier. Parforhold trenger veiledning, støtte og oppfølging for å hindre negative innvirkninger på relasjonen. Dette trenger også enslige for å hindre sosial isolasjon. Det er viktig å informere mennene om likemannstjenester på en slik måte at det etterlater et positivt inntrykk.

Abstract

Aim: The aim of this study was to enlighten how men with prostate cancer experience being met at their psychosocial needs in the health care system.

Method: This is a systematic literature review that has analysed ten studies aimed at understanding men's psychosocial needs and how they are met.

Results: The findings shows that men with prostate cancer often lives in a void because of lack of information and follow-ups. This can implicate that communication with health personnel fails, as men do not get to raise their questions. Supportive relation as partners and peers is a recourse for men with prostate cancer. Some men does not attend to supportive services because of barriers and a negative understanding of what the service gives and includes. Masculinity can give barriers that prevents openness and prevent meeting supportive relations.

Conclusion: Communication between health personnel and men should be based on the men's individual experience of illness. Follow-up offers with cancer nurses gives men a better experience of illness. This should be organized in the form of a permanent contact nurse. Relationships need guidance, support and follow-up to prevent negative effects on the relationship. Single men also need such guidance to prevent social isolation. It is important to inform the men about peer services in such a way that it leaves a positive impression.

Forord

“Viktigere enn å vite hvilken sykdom et menneske har,
er det å vite hvilket menneske som har sykdommen”

(Hippokrates, ca. 400 år f. Kr.)

Innhold	
1	Innledning 10
1.1	Bakgrunn for valg av tema 10
1.2	Hensikt og problemstilling 10
1.2.1	Avgrensinger og presiseringer 10
1.1	Begrepsavklaring 11
1.1.1	Psykososiale behov 11
1.2	Studiens videre oppbygning 11
2	Teoribakgrunn 12
2.1	Prostatakreft 12
2.1.1	Seneffekter 12
2.1.2	Pakkeforløp for prostatakreft 12
2.2	Krisen og dens fire faser 13
2.3	Salutogenese 13
2.3.1	Opplevelse av sammenheng 13
3	Metode 15
3.1	Systematisk litteraturstudie 15
3.1.1	Søkestrategi 15
3.1.2	Inklusjonskriterier 15
3.1.3	Relevans og kvalitet 15
3.1.4	Etisk vurdering 16
3.1.5	Beskrivelse av analyse 16
4	Resultat 17
4.1	Forlatt i et tomrom 17
4.1.1	Manglende informasjon 17
4.1.2	Manglende informasjon om behandlingsvalg 18
4.1.3	Manglende informasjon om bivirkninger og seneffekter 18
4.1.4	Manglende oppfølging 18
4.1.5	Kommunikasjon med helsepersonell 19
4.2	Om å møte diagnosen: leve med prostatakreft 19
4.2.1	Maskulinitet og rekonstruksjon 19
4.3	Den viktige støtten 20
4.3.1	Partneren 20
4.3.2	Likemenn 21
5	Diskusjon 22
5.1	Metodediskusjon 22
5.2	Resultatdiskusjon 22
5.2.1	Tomrommet 22
5.2.2	Klar informasjon 23
5.2.3	Sykdomsopplevelse 23
5.2.4	Maskulinitet 25
5.2.5	Oppfølging 25
5.2.6	Støttende relasjoner 26
5.2.7	Støtten som finnes i likemenn 27
6	Konklusjon 29
6.1	Konsekvenser for praksis 29
6.2	Anbefalinger for videre forskning 29
Referanser 30	
Vedlegg 1: Søkehistorikk 33	
Vedlegg 2: Matriser over forskningsartikler 34	

1 Innledning

Temaet for denne studien er psykososiale behov. Fokuset er psykososiale behov hos menn med prostatakraft.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Prostatakraft er den kreftformen som forekommer hyppigst i Norge. Nær 5000 menn fikk påvist prostatakraft i 2017 (Kreftregisteret, 2018). På grunn av den økende forekomsten av prostatakraft og at dødeligheten ved kreftformen har gått ned, blir opplevelsen av å leve med kreft over tid stadig mer utbredt (Sildnes, udatert). Kreftsykdom medfører psykiske påkjenninger, og flere kreftrammede kan oppleve angst og depresjon (Lorentsen & Grov, 2016, s. 404). Menn har samtidig noe større takhøyde for å kontakte helsevesenet, noe som flere forskere mener kan være knyttet til at mannen er fanget i en myte om sin egen maskulinitet og styrke (Kristoffersen, 2016, s. 43). Sykepleieren har en viktig rolle i å møte psykososiale behov for pasienten, og må blant annet forstå kjønnsforskjellene som kan medføre at menn opplever det som et nederlag å motta hjelp (Kristoffersen, 2016, s. 44). Nasjonal Kreftstrategi "Leve med kreft 2018-2022" viser behovet for et løft innen kreftbehandling. Kommunikasjonsprosesser skal bedres blant annet ved å implementere en plattform for digital dialog (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 11). Psykososial oppfølging skal være en del av behandlingen for både pasienten og pårørende (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 37).

1.2 Hensikt og problemstilling

Hensikten med denne systematiske litteraturstudien er å øke forståelsen rundt psykososiale behov til menn med prostatakraft. På bakgrunn av dette har vi valgt følgende problemstilling:

Hvordan erfarer menn med prostatakraft at deres psykososiale behov blir møtt i helsevesenet?

1.2.1 Avgrensinger og presiseringer

Vi anerkjenner at menns psykososiale behov ved prostatakraft bare er en del av helheten i sykepleien til de som gjennomgår kreft. Et menneske er en helhet og kreft er en sykdom som rammer hele mennesket, både psykisk og fysisk. Vårt mål ved å trekke ut en del av denne helheten, er ikke å peke på psykososiale behov som viktigere enn andre områder i omsorgen. Det er for å rette et spesielt fokus på et område, for å forstå denne delen bedre. Det er ikke foretatt avgrensninger på hvor pasientene befinner seg fysisk

eller i behandlingsforløpet. Det vil ikke bli foretatt avgrensninger knyttet til alder. Dette fordi prostatakreft rammer hovedsakelig voksne og eldre menn. Det vil ikke bli foretatt avgrensninger knyttet til valgt behandlingsform eller stadium. Studiet er i pasientperspektiv, da det er naturlig å definere pasientens psykososiale behov ut i fra hans opplevelse (Stubberud, 2013, s. 16).

1.1 Begrepsavklaring

1.1.1 Psykososiale behov

Psykososiale behov har med menneskets psyke å gjøre; det mentale og det sjelelige (Stubberud, 2013, s. 13). Psykososiale behov kan deles inn i en emosjonell og en relasjonell del. Den emosjonelle delen rammer inn pasientens sinnsstemninger, reaksjoner, følelser og opplevelser - for eksempel hvordan man opplever sykdommen. Den relasjonelle delen handler om behov for fellesskap, pasientens relasjon til andre rundt seg, og behovet for sosial støtte og kontakt (Stubberud, 2013, s. 16). Det er et mål å ivareta både den emosjonelle og den relasjonelle delen av psykososiale behov. Dette kan oppnås ved at pasienten opplever sosial støtte og forutsigbarhet (Stubberud, 2013, s. 35).

1.2 Studiens videre oppbygning

Denne systematiske litteraturstudien består videre av kapitlene teoribakgrunn, metode, resultat og diskusjon. Teoribakgrunnen vil ta for seg diagnosen prostatakreft og fortelle noe om pakkeforløp for prostatakreft. Kriseteori og dens fire faser vil også bli gjennomgått. Deretter vil Aaron Antonovskys teoretiske perspektiv, salutogenese og opplevelse av sammenheng, introduseres. Metodekapittelet tar for seg systematisk litteraturstudie som metode, utdyper nærmere utvalg som er gjort i denne systematiske litteraturstudien og tar for seg fremgangsmåten for analysen som er utført i denne studien. Resultatet fra studien presenteres så i resultatkapittelet. Diskusjonsdelen følger etter resultat og tar for seg resultatene i en diskusjon sett i lys av teoretisk perspektiv. Dette vil munne ut i en konklusjon, anbefalinger for praksis og for videre forskning.

2 Teoribakgrunn

Teori kan forklares som en måte å forenkle virkeligheten på. Å se forskningen i lys av teorier kan gi økt forståelse av funnene ved å organisere og oppsummere kunnskapen (Romsland, Dahl & Slettebø, 2015, s. 157). Dette kapittelet vil ta for seg både relevant teori og fagkunnskap som gir et grunnlag for diskusjonen.

2.1 Prostatakraft

Prostatakraft rammer hovedsakelig eldre menn (Fosså, Berge & Dahl, 2018, s. 25). Prostatakjertelen sitter under urinblæren nært endetarmen, produserer proteinet prostataspesifikt antigen (PSA) og er sentral, eller har innvirkning, på både ereksjon og utløsning, samt funksjonene til endetarmen (Fosså, et al., 2018, s. 21). Prostatakraft angripes ved ulike behandlingsmetoder som velges ut i fra behandlingsmål (kurativ eller palliativ) og sykdommens aggressivitet (vekst og spredning). Ved kurativ behandling er alternativene prostatektomi hvor man fjerner prostata, strålebehandling og/eller hormonbehandling. Innenfor palliativ behandling har man også behandlingsmetodene hormonbehandling og cellegift, da for å forsøke stagnerer veksten (Fosså, et al., s. 54-55). Årlig dør det 1000 menn i Norge som følger av prostatakraft. Ti års overlevelse ved prostatakraft er på gjennomsnittlig 85% (Fosså et al., 2018, s. 25).

2.1.1 Seneffekter

Seneffektene ved behandling kan være omfattende og avhenger av behandlingsmetode. Erekttil dysfunksjon og vannlatingsproblemer er to vanlige utfordringer. Begge kan i mange tilfeller bedres med tiden, men det er hele 20-70% som har vedvarende ereksjonssvikt et år etter behandling (Fosså, et al., 2018, s. 82-83). Problemene som oppstår avhenger også av behandlingsformen som er gjennomført. Eksempelvis kan hormonbehandling medføre hetebølger, nedsatt libido, erekttil dysfunksjon og gi økt risiko for blant annet osteoporose og kardiovaskulære sykdommer (Helsedirektoratet, 2015, s. 87-88). Mange av mennene med prostatakraft får psykiske plager som angst og depresjon, både under og i etterkant av kreftbehandlingen (Fosså, et al., 2018, s. 118-119).

2.1.2 Pakkeforløp for prostatakraft

Ved mistanke om, eller oppdaget, prostatakraft vil de fleste pasienter henvises til Pakkeforløp for prostatakraft. Pakkeforløpet er tenkt som en veiledende plan for helsepersonell som tilrettelegger for samorganisering og dialog mellom profesjoner og instanser. Samtidig skal pakkeforløpet sørge for forutsigbarhet for pasient og pårørende hva gjelder behandlingstid og innhold i behandlingen. I pakkeforløpet inngår også rehabilitering, oppfølging og kontroll etter gjennomført kreftbehandling (Helsedirektoratet, 2016, kapittel 1).

2.2 Krisen og dens fire faser

En krisetilstand oppstår i møte med en livssituasjon der våre tidligere erfaringer og innlærte reaksjoner er utilstrekkelig til å håndtere og forstå situasjonen (Cullberg, 2007, s. 14). Cullberg (2007, s. 129) beskriver fire faser i krisens forløp. De naturlige fasene er sjokkfasen, som senere går over i reaksjonsfasen, som etterfølges av en bearbeidingsfase og som til slutt avledes av en nyorienteringsfase som innebærer helbredelse (Cullberg, 2007, s. 129).

Sjokkfasen kan vare fra noen døgn til korte øyeblikk. Individet vil i denne fasen forsøke å holde virkeligheten fra seg og unngå å bearbeide det. Ofte kan personen opptre skikket sett utenfra, men under overflaten er alt kaos (Cullberg, 2007, s. 130). I reaksjonsfasen blir man tvunget til å åpne øyne for det som har skjedd og forsvarsmekanismer blir mobilisert. Sjokk- og reaksjonsfasen utgjør krisens akutte fase (Cullberg, 2007, s. 131). Bearbeidingsfasen kan komme et halvt eller ett år etter det traumatiske sjokket, som medfører at den akutte fasen er over. Personen godtar sykdommen og lærer seg nye sosiale roller. Forsvarsmekanismer svinner, gamle aktiviteter gjenopptas og man blir åpen for nye erfaringer (Cullberg, 2007, s. 138). Nyorienteringsfasen viser til at krisen har blitt en del av livet og man kan bevege seg videre. Dette forutsetter at man har kommet seg gjennom krisen (Cullberg, 2007, s. 140). Fasene kan ikke ses på som atskilt, da de til og med kan være innvevd i hverandre. Å forstå fasene kan være et hjelpemiddel for å orientere seg i krisens forløp (Cullberg, 2007, s. 130).

2.3 Salutogenese

Salutogenese er et teoretisk perspektiv som fokuserer på hva som fører til og fremmer helse. Dette i kontrast til det tradisjonelle medisinske synet, patogenesen, hvor man retter fokuset mot sykdommen og hvordan vi kan bekjempe eller utrydde denne (Antonovsky, 2012, s. 27). Sentralt for salutogenesen er den glidende overgangen mellom frisk og syk, i motsetning til definisjoner som ser på helse som det motsatte av å være syk. Innenfor salutogenesen kan vi undersøke hvor mennesket befinner seg på en linje, eller et kontinuum, mellom helse og uhelse (Lindström & Eriksson, 2015, s. 20). Det salutogene perspektivet gir et utgangspunkt for å finne hva som er årsaken til god helse kanskje på tross av, eller selv om, personen opplever stressfaktorer i livet sitt. Her kan man undersøke hvordan livet med sykdom oppleves og hvilke betingelser, ressurser og faktorer som bevarer personens plassering på linjen eller skaper en bevegelse i retning av helseenden (Lindström & Eriksson, 2015, s. 18).

2.3.1 Opplevelse av sammenheng

Et nøkkelbegrep i den salutogene teorien er opplevelse av sammenheng (OAS). OAS består av de tre dimensjonene begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet (Antonovsky, 2012, s. 39-41). OAS kan ses som en livsinnstilling og mestringsressurs som gjør personen i stand til å velge strategier for å løse problemer eller håndtere hendelser i livet (Lindström & Eriksson, 2015, s. 29). Begripelighet forstås som i hvilken grad man oppfatter stimuli man utsettes for i det ytre- eller indre miljø, som tankemessig begripelig i motsetning til det uforståelige; som klar informasjon i motsetning til støy

(Antonovsky, 2012, s. 39). Håndterbarhet går ut på i hvilken grad man føler at man har tilstrekkelig ressurser til rådighet til å takle de krav man blir stilt overfor. Om man har en sterk følelse av håndterbarhet føler man ikke seg som et urettferdig behandlet offer i livet, men man er i stand til å takle motgang, bearbeide sorgen og komme videre (Antonovsky, 2012, s. 40). Meningsfullhet er en avgjørende dimensjon som handler om at det i alle fall er noen deler av livets krav og problemer som er verd engasjementet (Antonovsky, 2012, s. 41).

3 Metode

Dette kapittelet vil beskrive metoden systematisk litteraturstudie, innsamlingen av datamateriale, og fremgangsmåten for analysen av funnene.

3.1 Systematisk litteraturstudie

En systematisk litteraturstudie kan forstås som en fremgangsmåte som brukes for å finne svar på et konkret spørsmål. Fremgangsmåten innebærer at man tar utgangspunkt i en konkret utfordring eller problem, finner og legger til grunn relevant og eksisterende forskning gjennom et gjennomtenkt og begrunnet litteratursøk, for så å systematisk gjennomgå og analysere funnene for å gi et svar på spørsmålet (Forsberg & Wengström, 2013, s. 26-28). Resultatet av et systematisk litteratursøk skal være en sammenstilling av litteratur og forskning knyttet til det valgte problemet. Målet er å utføre en analyse av funnene som kan gi en anbefaling for videre praksis (Forsberg & Wengström, 2013, s. 30).

3.1.1 Søkestrategi

Litteratursøket ble utarbeidet i en stegvis prosess etter modell av Forsberg og Wengström (2013, s. 80). Sentrale begrep fra problemstillingen ble selektert til søket. Søkeordene "prostate cancer", "psychosocial", "nurse" og "experience" ble benyttet til søk i søkedatabasene. Cinahl gav forslag om å inkludere synonymer og lignende ord med "OR", noe som ble gjort for å sikre en resultatliste som i større grad viser bredden av feltet. Databasene benyttet i denne studien er Cinahl, PubMed og MedLine. Det er benyttet lik søkestrategi i alle databasene med unntak av MedLine som krevde en omformulering av søkeord på grunn av databasens bruk av tekniske fagtermer.

3.1.2 Inklusjonskriterier

Inklusjonskriterier ble satt for å inkludere fagfelleverdert, nyere forskning fra de siste 10 år, med engelsk eller norsk språk. Forskning som omhandlet pasientens perspektiv ble inkludert. Det var ikke nødvendig å begrense søket på alder eller kjønn, da det gav lite variasjon i resultatene. Søket ble heller ikke begrenset ut i fra hvilken behandling mennene gikk gjennom.

3.1.3 Relevans og kvalitet

Studiens hensikt er å belyse psykososiale behov ved prostatakraft gjennom et pasientperspektiv. Relevansen til forskningsartiklene som ble valgt ut ble vurdert ut i fra om de berørte problemstillingen. Alle artikler er sjekket i Norsk senter for forskningsdata (NSD, 2018) og alle har nivå 1 eller 2 som da bekrefter at artikkelen er publisert i det NSD vurderer som godkjente kanaler.

3.1.4 Etisk vurdering

En systematisk litteraturstudie innebærer at etiske vurderinger tas av eget arbeid, så vel som forskningsartiklene som er inkludert i litteraturstudien (Forsberg og Wengström, 2013, s. 69). Alle artikler som er inkludert i denne litteraturstudien ble vurdert ut i fra om de hadde gjort nødvendige etiske vurderinger, som ivaretagelse av personvern og muligheten til å trekke seg. Artiklene hadde blitt fremlagt og godkjent av sine lands respektive etiske komiteer, foruten artikkelen skrevet av King et al. (2015) som er en systematisk gjennomgang av 20 artikler. Alle artikler opplyste om de etiske vurderingene som er foretatt.

3.1.5 Beskrivelse av analyse

Det ble gjennomført en innholdsanalyse av resultatene i forskningsartiklene etter metode av Evans (2002). Artiklene ble lest gjentatte ganger for å utvikle en forståelse av studiene som en helhet. For å forstå delene av studiene og skape et grunnlag for sammenligning av ulikheter og likhetstrekk mellom studiene, ble nøkkelfunn fra alle studiene ført inn i et eget dokument (Evans, 2002, s. 25). Dokumentet med nøkkelfunn ble gjennomløst for finne temaer med fellestrekk på tvers av studiene. En skjematisk fremstilling over temaer med fellestrekk, gav grunnlag for å skape hovedkategorier som sammenfatter flere temaer. Hovedkategoriene vil videre skape grunnlag for presentasjon av resultat.

Forlatt i et tomrom Manglende informasjon generelt, manglende informasjon om behandlingsvalg, manglende informasjon om bivirkninger, manglende oppfølging, kommunikasjon med helsepersonell	1,2,3,4,6,7,8,9,10
Om å møte diagnosen: leve med prostatakreft Maskulinitet og rekonstruksjon.	2,3,4,5,6,7,8,9,10
Den viktige støtten Partneren og likemenn.	4,7,8,9,10

Tabell 1 - oversikt over hovedkategorier og hvilke studier som er tilknyttet disse. Studiene er nummerert etter rekkefølgen på matrisene i vedlegg 1.

4 Resultat

Her presenteres hovedkategoriene og de medfølgende resultatene.

4.1 Forlatt i et tomrom

Å bli forlatt i et tomrom kan forklares på flere måter, men har fellesnevnerne som gjør det til et sentralt og gjennomgripende tema i forskningsfunnene (Cockle-Hearne et al., 2013, Grimsbø, Finset & Ruland, 2011, Chambers et al., 2017, King et al., 2015, Ettridge et al., 2018, van Ee et al., 2018, Ervik, Nordøy & Asplund, 2010, Öster, Hedestig, Johansson, Klingstedt & Lindh, 2013). Dette kan oppsummeres og beskrives ved at mange prostatakreftpasienter lever hjemme med bekymringer, uten rask tilgang på nødvendig støtte og hjelp av helsepersonell.

The health care service is so silent, do you understand? I don't get any feedback either from my GP or the hospital... (Ervik et al., 2010, s. 386)

Grimsbø et al. (2011, s. 115) fremstiller dette som å "bli hengende i luften". Andre trekker frem lignende metaforer som "å bli satt ut på åpent hav alene" (Cockle-Hearne et al., 2013, s. 2123). Noen gir uttrykk for dette i form av isolasjon (Chambers et al., 2017, s. 11). Mennene forventet kontinuerlig oppfølging med helsevesenet, men endte opp med å føle seg overlatt til seg selv, både når det gjaldt spørsmål og følelser (Ervik et al., 2010, s. 385). Ved diagnosetidspunktet var informasjonsstrømmen intens, men når de kom hjem opplevde de stillhet (Ervik et al., 2010, s. 386).

4.1.1 Manglende informasjon

Det er et gjennomgående tema for mennene i studiene å fortelle om opplevelsen av å ikke få nok informasjon (Cockle-Hearne et al., 2013, Grimsbø et al., 2011, Chambers et al., 2017, King et al., 2015, Ettridge et al., 2018, van Ee et al., 2018, Ervik et al., 2010). Særlig gjelder dette behandlingsvalg og bivirkninger, og hvordan disse kan håndteres (Chambers et al., 2017, s. 4). King et al. (2015, s. 629) trekker frem at informasjon til riktig tid kan bidra til at menn klarer å omstille seg og legge strategier for hvordan man møter utfordringene som kommer med behandling. Öster et al. (2013, s. 336) viser at informasjon bidrar til større grad av aksept rundt diagnosen. Grimsbø et al., 2011 (s. 113) viser til at PSA-prøven er en viktig kilde til emosjonell belastning for menn, dersom de ikke får vite hva det betyr.

Now my GP has got the results from my tests... he could at least give me the message that everything is the same... one doesn't know anything. (Ervik et al., 2010, s. 386)

4.1.2 Manglende informasjon om behandlingsvalg

Flere av funnene dreide seg om problematikk knyttet til behandlingsvalg (Chambers et al., 2017, King et al., 2015, Ettridge et al., 2018, Van Ee et al., 2018, Ervik et al., 2010). Noen av mennene opplevde at de hadde så lite kunnskap om diagnosen og behandlingalternativene, at de overlot avgjørelse om behandlingsvalg til spesialistene (Ervik et al., 2010, s. 386). En sentral del ved valg av behandling er behandlingalternativets konsekvenser i form av bivirkninger og senvirkninger, noe mange menn oppga å få mangelfull informasjon om. Objektiv informasjon om positive og negative sider av behandlingsvalg var den foretrukne måten å få informasjon på (Chambers et al., 2017, s. 9).

Many men also discussed regretting their treatment choices and not having had a second opinion so that they felt more adequately informed and clearly understood the outcomes of treatment, including side effects and how these could be managed. (Chambers et al., 2017, s. 4)

4.1.3 Manglende informasjon om bivirkninger og seneffekter

Problematikk knyttet til bivirkninger og senvirkninger ble løftet i artiklene (Cockle-Hearne et al., 2013, Grimsbø et al., 2011, Chambers et al., 2017, King et al., 2015, Cayless, Forbat, Illingworth, Hubbard & Kearny, 2010, Ettridge et al., 2018, van Ee et al., 2018, Ervik et al., 2010). Bivirkninger og seneffekter er for mange en stressfaktor, og gjentakende og forsterkende for problematikken er mangelfull informasjon. "Don't know if this is a side effect of treatment or if it's just me" (Grimsbø et al., 2011, s. 111). Noen ble opplyst om bivirkning, men ikke om hvordan håndtere dem. Andre uttalte at ettersom man ikke fikk den informasjonen man trengte av lege så måtte de selv finne løsninger på hvordan håndtere bivirkninger (Chambers et al., 2017, s. 9).

Mangelfull informasjon knyttet til umøtte behov, og kunne medføre betydelig usikkerhet og angst (Grimsbø et al., 2011, Cockle-Hearne et al., 2013). I tillegg til behov for mer og bedre informasjon trakk flere av mennene frem behovet for emosjonell og psykologisk støtte knyttet til bivirkninger og seneffekter. Dette gjelder særlig inkontinens og erektil dysfunksjon. Ervik et al. (2010, s. 385) fant at seksuell funksjon var sentral for mannens opplevelse av maskulinitet og intimitet med andre. Sett bort ifra informasjon om potensmidler, synes pasientene legene viste lite interesse for disse utfordringene. Få får tilstrekkelig støtte og råd knyttet til langtidseffekter (Cockle-Hearne et al., 2015, s. 2123).

4.1.4 Manglende oppfølging

Forskningsartiklene løfter frem flere aspekter ved manglende oppfølging fra helsevesenet (Cockle-Hearne et al., 2013, Grimsbø et al., 2011, Chambers et al., 2017, King et al., 2015, Ettridge et al., 2018, Ervik et al., 2010). Det blir fremhevet at behovet for oppfølging er langvarig, det vil si både gjennom behandlingsforløpet, men også i lengre tid etter behandling. På tross av indikasjoner om at emosjonell støtte og oppfølging ville vært verdifullt for pasientene, søkte ikke pasientene nødvendigvis aktivt etter emosjonell

støtte fra helsevesenet (Ettridge et al. 2018, King et al. 2015). Undersøkelsene viser at få av pasientene hadde fått spørsmål fra helsepersonell om behov for rådgivning og støtte, og pasientene hadde også lite kunnskap selv om hvilke tilbud og tjenester som fantes (Ettridge et al., 2018, s. 7). Det fremkom ønsker om å integrere psykososial støtte som rutinebehandling. På denne måten ville det ikke lengre være opp til hver enkelt å fremheve følelsesmessige tegn på at støtten var nødvendig (Cockle-Hearne et al., 2013, Chambers et al., 2017). King et al. (2015, s. 625) løftet fordelen med oppfølging av kontaktsykepleier, slik at man sikret kontinuitet og en god relasjon som tilrettela for åpen kommunikasjon.

The nurse was instrumental in making me feel positive about everything rather than feeling negative. Instead of dying of cancer you are living with it. (King et al., 2015, s. 629)

Noen av artiklene tok opp forholdet mellom pasient og sykepleier, og potensiale som lå i møte mellom disse (Cockle-Hearne et al., 2013, Girmsbø et al., 2011, King et al., 2015, Chambers et al., 2017). Cockle-Hearne et al. (2013, s. 2123) peker på at menn som ikke fikk informasjon og oppfølging fra sykepleier knyttet til seneffekter etter behandling, hadde dobbelt så stor sjanse for å ha behov for økt støtte senere. Liten grad av involvering fra sykepleier etter behandling gir ifølge denne studien økt psykisk belastning og derfor økt behov for informasjon, omsorg og psykisk støtte senere. Menn som møter en kreftsykepleier forteller om en bedre opplevelse av å leve med sykdommen (Cockle-Hearne et al., 2013, King et al., 2015, Chambers et al., 2017).

4.1.5 Kommunikasjon med helsepersonell

Funnene viser eksempler på noen menn som har hatt negative opplevelser i møte med helsepersonell. Eksemplene var blant annet at mennene ikke følte de ble hørt når de fortalte om sine problemer, at man stadig møtte et nytt menneske som forhindret åpen og tillitsfull kommunikasjon, mangel på empati og sensitivitet, og et stressende miljø under samtaler som ble sammenlignet med en samlebåndsindustri (Chambers et al., 2017, King et al., 2015, van Ee et al., 2018, Ervik et al., 2010).

Oh my god i'm not going to walk in there and start talking about my sex life with someone i've never seen in my life before. (King et al., 2015, s. 625)

4.2 Om å møte diagnosen: leve med prostatakreft

Funnene viser at diagnosen prostatakreft påvirker og håndteres av mennene på ulike måter.

4.2.1 Maskulinitet og rekonstruksjon

Valget om åpenhet om sykdommen varierte fra alt som å holde det til seg selv, til å involvere storfamilien og ens nettverk for øvrig (Chambers et al., 2017, King et al., 2015,

Cayless, Forbat, Illingworth, Hubbard, Kearney, 2010, Ettridge et al., 2018, van Ee et al., 2018, Ervik et al., 2010). Enkelte menn valgte å skjermes sine nærmeste for opplysninger om sykdommen og utfordringene de sto ovenfor. Noen knyttet dette til maskulinitet ved at menn ikke er så forberedt på å snakke så mye om sine problemer, i motsetning til kvinner (Chambers et al., 2017, s. 9). Men taushet ble også forklart med at så lenge en selv kunne håndtere sine utfordringer var det ikke hensiktsmessig å involvere pårørende (Ervik et al., 2010, s. 286). Noen minimaliserte og normaliserte sitt sykdomsbilde, med den konsekvens at man holdt skjult sine utfordringer for familien (Cayless et al., 2010, s. 15). Tilbakeholdelse av informasjon kunne også handle om at man fryktet det ville slå negativt ut på dem selv i sosiale- og yrkessettinger dersom sykdommen deres ble tema (Chambers et al., 2017, s. 9). Noen menn løfter at det er knyttet stigma til prostatakreft da det rammer kjønnsorganer og seksuelle funksjoner. Dette gjorde det hele vanskelig å prate om, noe som medførte ensomhet og sosial isolasjon (Ettridge et al., 2018, s. 6). For noen handler tausheten rundt egen sykdom om vegring i å vise sårbarhet til andre.

Yes, of course it's difficult not knowing what the future might bring (cries), and then it's hard to talk to somebody about it. (van Ee et al., 2018, s 60)

Noen av forskningsartiklene løfter hvordan enkelte menn klarer seg fint på tross av sykdom (van Ee et al., 2018, Ervik et al., 2010, Cayless et al., 2010, Chambers et al., 2017, King et al., 2010). King et al. (2015) belyser temaet gjennom "rekonstruksjon", som forklares med at når menn med usikkerhet knyttet til prognose, velger en positiv rekonstruksjon av situasjonen. Svært mange fant en ny forståelse av å leve her og nå, som førte til at flere revurderte hva som var virkelig viktig i livet deres (King et al., 2015, s. 629).

4.3 Den viktige støtten

4.3.1 Partneren

Flere av artiklene løfter den sentrale kilden for støtte mennene ofte har i sin partner. (Chambers et al., 2017, King et al., 2015, Ettridge et al., 2018, van Ee et al., 2018, Ervik et al., 2010, O'Shaughnessy, Laws, & Esterman, 2015, Öster et al., 2013). Selv om støtten fra partner viser seg å være betydelig og avgjørende for mestring, er det også noen menn som føler seg som en byrde for partneren sin. Dette dreide seg om sykdommens innvirkning på seksuell funksjon, og konsekvensen det hadde for intimiteten mellom mannen og hans partner (Ettridge et al., 2018, s. 6).

I mean obviously being impotent is not great, that's not good for a relationship... Because you don't get the same intimacy with your partner... I guess it's an important part of your life and just, I feel like I've let her down. (Ettridge et al., 2018, s. 6-7)

I en norsk studie utført av Ervik et al. (2010, s. 386) fant de at var det knyttet noe ambivalens til å fortelle alt til partner, da det samtidig var viktig å opprettholde sin normale livsstil. Å spare sin partner for informasjon kunne også handle om å spare sin kjære for bekymring (Chambers et al., 2017, s. 9). Menn var bekymret for om deres nære fikk tilstrekkelig støtte selv (Chambers et al., 2017, s. 624), og det ble uttrykt et ønske om bedre støtte for sine kjære (Ervik et al., 2010, s. 386).

Hos de som var enslige kunne sykdommens konsekvens for seksualfunksjon medføre store bekymringer og tanker om at en ikke kunne innlede nye forhold (Chambers et al., 2017, s. 9). Seksualfunksjon er et viktig tema som blir en gjentakende stresskilde for de som ikke finner nye måter å være intim på. Dette er også en stresskilde for de som ikke har en partner og derfor må forklare situasjonen til nye partnere (van Ee et al., 2018, s. 59). Noen ender opp med å ikke lenger søke seksuell intimitet (Ettridge et al., 2018, s. 6).

4.3.2 Likemenn

Støttegrupper, å prate med en likemann eller benytte seg av likemannstjeneste, ble løftet i flere av artiklene (Chambers et al., 2017, King et al., 2015, Ettridge et al., 2018, Cayless et al., 2010, Ervik et al., 2010, Öster et al., 2013). Mange menn har gode erfaringer fra å delta i støttegruppe for likemenn, samt prate med en likemann fra eget nettverk. Støtte kunne bidra til å løfte de ut av isolasjon, snakke om sykdomsopplevelsen og dele erfaringer (King et al., 2015, s. 620).

In the group the men could also air subjects commonly held to be taboo. Being together and not feeling alone in the situation was described as incredibly valuable, as was the opportunity to talk about things that the men did not usually talk about with their wives. (Öster et al., 2013, s. 337)

Støttegrupper var for enkelte en viktig kilde til støtte, samtidig som det var stort sprik i om pasientene kjente til eksisterende tilbud (Ettridge et al., 2018, s. 7). Noen valgte å ikke delta i støttegrupper. Barrierene for å delta i slike grupper dreide seg om en rekke faktorer, som å føle seg ukomfortabel med å dele i gruppe, vanskeligheter med å finne grupper, og tanken på at slike grupper bare tok opp følelsesmessige eller psykiske problem (Chambers et al., 2017, s. 10). En studie viste også til at enkelte som aldri hadde benyttet seg av støttegrupper hadde en oppfatning om at å delta bare ville være deprimerende (Ettridge et al., 2018, s. 7).

5 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

En styrke i denne studien er at den har et fokus på et avgrenset område av behovene til menn med prostatakraft og derfor kan gå i dybden på temaet, nemlig de psykososiale behovene. Da det finnes variasjoner mellom behandlingalternativene er en potensiell svakhet i denne studien at det ikke blir fokusert på ett behandlingsløp. Det er heller ikke fokus på hvor pasienten møtes. Dette gjør det vanskelig å sammenligne behandlingsforløp og pasientmøteplasser. Denne studien har sett litt på nyere tids retning innen kreftbehandling, og referert til den nasjonale kreftstrategien og pakkeforløpet som begge er relativt nye strategier innenfor kreftbehandling. Flere av funnene i denne studien er samsvarende med deler av tiltakene vi har funnet beskrevet i de refererte strategiene. Målet er at denne studien skal ha en nytteverdi i videre arbeid vedrørende kreftbehandling og sykepleie til pasientgruppen.

Forskningsartiklene benyttet består av to kvantitative forskningsartikler, en systematisk litteraturgjennomgang, og sju kvalitative forskningsartikler. Forskjellen mellom en kvalitativ og en kvantitativ forskningsartikkel er fremgangsmåten og resultatet. En kvalitativ forskningsartikkel foretar dybdeintervju med hver enkelt deltaker og analyserer svarene. En kvantitativ forskningsartikkel benytter et større antall forskningsobjekter og summerer opp resultatene (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015, s. 18-19). En av artiklene er en systematisk litteraturgjennomgang av 20 kvalitative artikler. En systematisk litteraturgjennomgang krever blant annet en godt forklart metode, der metoden består i nøye gjennomgang og gjennomtenkt utvelgelse av artiklene (Forsberg & Wengström, 2013, s. 26-27).

5.2 Resultatdiskusjon

Hensikten i denne systematiske litteraturstudien er å undersøke hvordan psykososiale behov til prostatakraftpasienter blir møtt i helsevesenet. Tomrommet, relasjonene til andre og strategier for mestring, utgjør hovedfunnene. Hovedfunnene utgjør grunnlaget for den videre diskusjonen og vil diskuteres i lys av psykososiale behov og opplevelse av sammenheng.

5.2.1 Tomrommet

Mennene gir beskrivelser om å være forlatt på åpent hav, overlatt til seg selv - med andre ord forlatt i et tomrom. Tomrommet er en tolkning av mennenes beskrivelser som gir en forståelse av konsekvensene de er etterlatt med, som følge av umøtte psykososiale behov. Den emosjonelle delen av psykososiale behov handler om å oppleve trygghet, tilfredshet og velvære, om å være orientert og oppleve kontroll over eget liv (Stubberud, 2013, s. 16). I kontrast til dette beskriver menn en opplevelse av et tomrom, et sted med utrygghet, manglende tilfredshet og velvære. Mangelfull informasjon har vist seg i resultatene å være forsterkende for, og ofte opphavet til, opplevelsen av tomrom.

Håkonsen (2014, s. 246) viser til at en sentral del av det å skulle mestre og håndtere, er å forstå det som skal skje. Antonovsky (2012, s. 40) mener at i motsetning til støy trenger man klar, strukturert og sammenhengende informasjon, som kan være med på å forutsi hva som venter i fremtiden. Det som er en kilde til begripelighet, er å ha et klart bilde av hvilke *krav* som ligger til grunn (Antonovsky, 2012, s. 43). Det kan bidra til opplevelsen av sammenheng. Håkonsen (2014, s. 238) viser på sin side til at forutsigbarhet er forbundet med vesentlig redusert ubehag og redusert følelsesmessig aktivering. I likhet med dette viser funnene at riktig informasjon til riktig tid kan bidra til at menn kan lage seg en strategi for hvordan man møter utfordringene som kommer (King et al., 2015, s. 629). Det er faktisk avgjørende å få informasjon for å akseptere sykdom (Öster et al., 2013, s. 336). Å dekke informasjonsbehovet kan dermed være med på å skape en helsefremmende retning som bidrar til at menn kan mestre og akseptere.

5.2.2 Klar informasjon

Vi ser at menn ønsker objektiv informasjon fremfor tvetydighet (Chambers et al., 2017, s. 9). Klar og objektiv informasjon om behandlingsalternativenes konsekvenser er viktig for menn. Et annet eksempel er mennenes interesse for kontroll av PSA-verdiene sine, som rutinemessig blir kontrollert i etterkant av behandling for å avdekke tilbakefall (Fosså et al., 2018, s. 102). For noen kan det være egenomsorg i det å ha kontroll på utviklingen av sykdommen. Derfor velger mange å selv registrere PSA-verdiene for å ha oversikt (Fosså et al., 2018, s. 98). Dette bekrefter også forskningen utført av Grimsbø et al. (2011, s. 113), som sier at for mange er denne PSA-verdien en viktig målestokk for pasienten. Resultatene viser at stress og angst knyttet til PSA-prøven kunne vært unngått dersom menn fikk stille spørsmål og bli forklart hva prøven indikerer og betyr. Håkonsen (2014, s. 213) mener at når mennesker ikke får mulighet til å forstå, eller blir misforstått, utløses sterke følelser og det kan hemme en utviklende dialog. Dette berører også et annet aspekt ved å møte psykososiale behov, som handler om å ta utgangspunkt i sykdomsopplevelse. Dette aspektet tar for seg å snakke om usikkerheten i hva som er nødvendig behandling, hva som er tegn på bedring og hva som er tegn på forverring (Stubberud, 2013, s. 21).

5.2.3 Sykdomsopplevelse

Kristoffersen, Nortvedt, Skaug og Grimsbø (2016, s. 59) forklarer sykdomsopplevelse som individets personlige erfaring og opplevelse av "uhelse". Nortvedt (2016, s. 19) argumenterer for at en del av det å handle etisk er å ta hensyn til subjektive så vel som objektive behov. Å ta utgangspunkt i sykdomsopplevelsen er å ta utgangspunkt i det subjektive. Det er dermed et etisk aspekt som blir møtt ved det å møte hans psykososiale behov gjennom hans opplevelse. Det er samtidig en retning mot å forstå det som Cullberg (2010, s. 161) mener er menneskets egentlige behov, som er å bli sett som et individ også under sykdom og krise. Når menn ikke opplever å få nok informasjon kan det handle om at den subjektive sykdomsopplevelsen er utelatt. Menn blir kanskje ikke spurt - eller får ikke ytre hva de tenker. Dette kan relateres til de korte konsultasjonene med leger som gjør at man ikke kan snakke om temaer som er viktig for dem (Ervik et al., 2010, s. 386). Eide og Eide (2016, s. 193) viser til at tilstedeværelse og aktiv lytting kan fremheve ressursene hans, og støtte livsinnstillingen opplevelse av

sammenheng. Det er viktig å være klar over som helsepersonell at ens tilstedeværelse, holdning og valg av ord kan virke inn på om pasienten sitter igjen med følelsen av håpløshet eller håp (Lorentsen & Grov, 2016, s. 398). Tilliten man får i kraft av å være helsepersonell gjør at pasienter ofte viser mer av sårbarheten sin. Dette er en maktposisjon som kan forvaltes på ulike måter. Man har makt til å lytte eller man har makt til avvise (Eide & Eide, 2017, s. 27).

I pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-2) står det at pasienten skal bli informert slik at den får innsikt i sin helsetilstand og videre informeres om mulige risikoer og bivirkninger. Innenfor dette har helsepersonell allikevel et handlingsrom i kraft av sitt faglige skjønn (Gjersøe, 2019, s. 52). Retningslinjene til pakkeforløpet for prostatakreft tar for eksempel for seg momenter som pasienten *bør* informeres om, som fysiske og psykiske reaksjoner etter kreftbehandling (Helsedirektoratet, 2016, kapittel 5). Retningslinjene benytter i dette tilfellet ikke formuleringen "skal", men "bør" som gir rom for skjønn. Handlingsrommet til å bruke faglig skjønn er dermed stort. Dette handlingsrommet får helsepersonell i kraft av antakelsen om at profesjonelle kan ta fornuftige beslutninger (Molander, referert i Gjersøe, 2019, s. 53). Tar man utgangspunkt i funnene som beskriver mangelfull informasjon og konsekvenser som opplevelsen av tomrom, kan man argumentere for at det er hensiktsmessig med et mindre handlingsrom og påfølgende strengere retningslinjer. På den andre siden kan dette samtidig gå ut over de individuelle behovene (Gjersøe, 2019, s. 52) og hemme en individuelt tilpasset tilnærming. Klare retningslinjer er på den måten ikke forenlig med å ta hensyn til den individuelle sykdomsopplevelsen.

I helsevesenet i dag er det viktig at pasienten kan være medbestemmende i behandling. Det er vanskelig å overholde dette rådende autonomiprinsippet i medisinsk etikk dersom informasjonen ikke er relevant, åpen, tilstrekkelig og forstått (Heiberg, 2014, s. 335). I funnene finner vi enkelte menn som besluttet å overlate avgjørelsen om behandlingsvalg til helsepersonell, da de ikke hadde nok kunnskap til at de følte seg trygge på å ta valget selv (Ervik et al., 2010, s. 386). Dette kan være et resultat av utilstrekkelig informasjon og mangel på personsentrert kommunikasjon, med konsekvenser som går utover medbestemmelsen og strategiene for mestring. Personsentrert kommunikasjon er en retning innenfor støttende kommunikasjon som handler om å se den andre som et unikt menneske ved å lytte aktivt. Det handler om å gjennom kommunikasjon utforske og anerkjenne det som er viktig og verdifullt for den andre (Eide & Eide, 2017, s. 16). I personsentrert kommunikasjon prøver man å forstå pasientens psykososiale kontekst (Eide & Eide, 2017, s. 17). Personrettet omsorg har vist seg å være knyttet til høyere kvalitet i omsorgen, økt etterlevelse, og reduksjon i kostnader knyttet til helsevesenet (Robinson, Callister, Berry & Dearing, 2008, s. 606). Dette bekreftes også i forskningen til Ervik et al. (2010, s. 386) der god oppfølging var karakterisert av at legene tok seg tid til å spørre og lytte til pasientenes opplevelser og bekymringer. Denne type konsultasjon gjorde pasientene mer avslappet, og behovet for hyppige konsultasjoner med spesialister minsket. Kommunikasjonsstilen til helsepersonell er sterkt knyttet til om pasienten opplever omsorgen som personrettet. Mangelfull empati fra helsepersonell etterlot menn med en følelse av dehumanisering (King et al., 2015, s. 625). Høyere grad av empati i konsultasjoner er tidligere relatert til høyere grad av personrettet omsorg og bidrar til at

pasienten blir involvert i behandling (Kaimura, Weaver, Armenta, Gull & Ashby, 2019, s. 24).

5.2.4 Maskulinitet

Hedestig et al. (2005, s. 313) har tidligere vist at menn bruker stillhet som en strategi for å håndtere stress og angst som kommer av prostatakreften. Resultatene i denne studien viser i likhet med dette at taushet rundt egen sykdom er en form for mestringsstrategi for enkelte. Tausheten blir av andre knyttet til eget kjønn (Ettridge et al., 2017, s. 7). Maskuline verdier blir sett på som sentralt for mennenes opplevelse av prostatakraft, støtte og mestring. I motsetning til kvinner diskuterer eller bryr menn seg mindre om egen helse (Chambers et al., 2018, s. 9). For andre kan maskuliniteten være en barriere, da de sliter med å snakke om problemene sine (van Ee et al., 2018, s. 60). Maskuliniteten kan hindre menn i å komme i kontakt med helsevesenet (Ingstad, 2013, s. 86). Tidligere studier har vist at menn søker lege først når de har et alvorlig symptom og ofte på grunn av at partneren har vært en pådriver (Ingstad, 2013, s. 86). Andre studier har vist til at menn tvert om er aktiv i forhold til egen helse, men opplever å bli bagatellisert i helsevesenet (Michaelsen & Kristiansen, 2017). Funnene i denne studien viser både menn som aktivt og selvstendig tar grep for å mestre, men samtidig får mindre støtte enn det som kanskje kreves. Resultatene i denne studien indikerer at emosjonell støtte og oppfølging ville vært, og er, verdifullt for mennene. På tross av det så er det en gjentakelse i funnene at menn ikke søker aktivt selv etter emosjonell støtte. Det blir i funnene løftet et behov for å tilby emosjonell støtte rutinemessig som en del av behandling, slik at menn ikke må ta opp følelsene selv (Chambers et al., 2017, Ettridge et al., 2018).

5.2.5 Oppfølging

Tidspunktet informasjonen blir gitt på blir løftet frem som en utfordring. Menn beskriver for eksempel i funnene at informasjonsstrømmen på sykehuset var intens, men senere er det lite informasjon. King et al. (2015, s. 627) fant at pasientene bruker tid på å identifisere behovet for psykososial støtte. Ifølge Cullberg (2007, s. 130) blir informasjon som gis tidlig i kriseforløpet og spesielt det som er knyttet til en sjokkartet beskjed, sjeldent husket. Informasjon som gis tidlig i forløpet bør derfor repeteres (Cullberg, 2007, s. 152). I tillegg ønsker menn skriftlig informasjon (Öster et al., 2013, s. 336). Kreftsykepleier blir nevnt i resultatene som i egenskap av sin rolle, og fagkunnskaper, kan bidra positivt til behandlingen av menn med prostatakraft. Travelbee (Eide & Eide, 2017, s. 366) mener at sykepleier gjennom kommunikasjon og en god relasjon kan medvirke til pasientens evne til å finne mening og mestre den nye livssituasjonen med sykdom bedre. Kreftsykepleieren har også, sett i lys av funnene, en mulighet til å skape et helhetlig tilbud preget av sammenheng (King et al., 2015, s. 626). Mennene verdsetter for eksempel den opplevelsen de fikk av at sykepleier lytter til det de har å si om ikke-medisinske aspekter av livet sitt. Det å ha en fast kontaktperson, fremfor å møte nye helsepersonell hele tiden, ble også trukket frem som en god side ved å ha kontakt med kreftsykepleier (King et al., 2015, s. 626). For de som ikke får tilbud til oppfølgingsstøtte fra sykepleier, medfører det et økt behov for psykososial støtte senere (Cockle-Hearne et al., 2013, s. 2123). Et helhetlig tilbud med fokus på den andres behov kan være en kilde til en utviklende dialog og hindre unødig følelsesmessig aktivering.

Møtet med sykepleier trenger ikke nødvendigvis å foregå ansikt-til-ansikt. Ifølge Grimsbø et. al. (2011, s. 115) kan internettbaserte tjenester som tilrettelegger for møtet mellom pasient og sykepleier være et viktig supplement til helsetjenesten. Dette kan åpne for både skriftlig og muntlig tilbakemelding. Det kan også åpne for at pasienter selv kan finne løsninger på hvordan håndtere bivirkninger. Det ble fremhevet at en internettjeneste kan overkomme barrierer som reisevei, økonomi og utilgjengelig hjelp (Chambers et al. 2017, s. 10). Kommunikasjon ansikt til ansikt kan i seg selv være en barriere, og flere menn verdsatt derfor muligheten til anonym kommunikasjon over internett (King et al., 2015, s. 625). Grimsbø et al. (2011) åpnet en digital plattform i samarbeid med kreftforeningen. Her fikk pasientene anonymt kommunisere med hverandre og med kreftsykepleiere. I kreftstrategien *Leve Med Kreft* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 11) er det slått fast at en plattform for digital dialog skal opprettes. Resultatene i denne studien indikerer at dette kan bli et godt supplement til helsetjenesten.

5.2.6 Støttende relasjoner

Forløpet av en krise er avhengig av den sosiale situasjonen og hvilken rolle den får i familien (Cullberg, 2007, s. 123). Funnene viser at mange menn nevner familiære relasjoner som viktig for å håndtere utfordringer knyttet til diagnose, behandling og hverdagsliv. Relasjoner kan på den ene siden fungere som en motstandsressurs og bidra til å utvikle en sterk opplevelse av sammenheng. Relasjoner er på den andre siden stedet hvor vi er mest sårbare (Håkonsen, 2014, s. 278).

For fleste mennene var ektefelle en sentral støttende relasjon. Samtidig er denne relasjonen sårbar for endringer som ofte forekommer på grunn av kreftsykdommen, som fysiske senvirkninger og psykiske belastninger. Noe av dette kan være årsaken til at prostatakreft er blitt omtalt som en parysdom (Fosså et al., 2018, s. 153). Særlig endring i seksuell funksjon trekkes frem som en utfordring, og ved ereksjonssvikt er det ikke bare selve ereksjonen som påvirkes, men også en rekke hverdagslige områder. Dette gjelder blant annet tap av seksuelle fantasier, mindre flørt i hverdagen og mindre initiativ til sex (Fosså et al., 2018, s. 148). For et parforhold rammer det med andre ord sentrale element for hverdagen som par. Når diagnosen prostatakreft rammer kan parforholdet ende i en overgang fra livet som det var, til livet som det er med sykdom. I de positive overgangene ser vi at paret finner nye måter å være intim på, og at paret finner og verdsetter nye aspekter ved relasjonen (Chambers et al. 2018, s. 7). I motsatte tilfeller finner man i resultatet parforhold preget av en negativ overgang, der forholdet har blitt påvirket negativt, der paret ikke finner nye måter å være intim på, og der mannen sitter igjen med en frustrasjon han sliter med å takle (Ettridge et al, 2017, s. 7). Helsevesenet kan være en medvirkende faktor for om overgangen blir positiv eller negativ, da negative overganger preges av mangelfull støtte fra helsevesenet. Den mangelfulle støtten ser vi eksempelvis der mennene ikke føler at legene tar utfordringer knyttet til seksualitet på alvor, eller at de viser lite interesse (Ervik et al., 2010, s. 385). Samtidig er mannens valg knyttet til åpenhet en viktig faktor. Cullberg (2010, s. 144) viser til at det er viktig å trekke familiemedlemmer inn i bearbeidingen av krisen, og at på den måten vil de oppleve at de er i samme båt. Men i resultatene finner vi flere menn som holdt igjen informasjon i et forsøk på å skjerme sine ektefeller for bekymring, eller

holdt igjen informasjon for å kunne opprettholde sin normale livsstil. Dette kan medføre at paret ikke står samlet i krisen, at de ikke opplever at de er i samme båt.

De som ikke har sosial støtte fra nære relasjoner kunne føle på sosial isolasjon og ensomhet (Ettridge et al., 2018, s. 8). Funnene viser at enslige menn sliter med utfordringer knyttet til seksualitet, og konsekvensen er at flere vegrer seg for å innlede nye intime relasjoner for eksempel på grunn av et kateter (van Ee et al., 2018, s. 59). Chambers et al. (2017, s. 9) fant at noen tenkte det ville slå negativt ut på deres arbeidsliv eller sosialt dersom noen visste om deres sykdom, og noen oppgir stigma knyttet til sykdommen da den rammer seksuelle organer (Chambers et al., 2017, s. 8). Fosså et al. (2018, s. 111) viser til at man ikke ønsker at andre skal forbinde en selv med svakheter som for eksempel ereksjonssvikt, inkontinens og generelt kreft som ofte forbindes med død. Barrierene som maskuliniteten og stigmaet presenterer er viktig å ta høyde for (Ettridge et al., 2018, s. 9). Cullberg (2007, s. 143) mener at den som skal hjelpe en person ut av en krise skal virke som et stabiliserende element og gi støtte, som kan føre til at pasienten blir mer utholdende og holde seg borte fra selvdestruktive handlinger, som tendenser til isolasjon. Tendenser til isolasjon ses i funnene. Dette kan være et resultat av, og indikasjon på, at det har blitt gitt mangelfull hjelp til å håndtere krisen som kreftdiagnosen utløser. De som ikke har partner å støtte seg på mangler motstandsressursene som finnes i relasjonen. Disse mennene ender også ofte opp med å leve alene og blir mer isolert (Ettridge et al. 2018, s. 9). Det kan derfor være et behov for å tilby støttende relasjoner til disse mennene for å unngå at isolasjonen blir selvforsterkende. Selv om tendensen hos mange var å holde sykdommen mest mulig skjult, resulterte åpenhet i en nærhet som var trøstende og overraskende for mennene (Ervik et al., 2010, s. 386). Funnene viser også behov for tiltak som sikrer kontinuitet i relasjonen mellom pasient og helsepersonell, slik som for eksempel kontaktsykepleier. På denne måten får man etablert en trygg relasjon mellom pasient og helsepersonell som videre kan gi rom til å ta opp vanskelige temaer. Kreftsykepleiere er i en nøkkelposisjon til å tilby psykoseksuell støtte (King et al., 2015, s. 627).

5.2.7 Støtten som finnes i likemenn

Det finnes et skille i benyttelse og utbytte av kontakt med likemenn eller deltakelse i støttegrupper. Fosså, Berge og Dahl (2018, s. 113) beskriver to ulike mestringsstrategier som kan knyttes til dette. Den foretrukne strategien er tilnærming til sykdom, der man aktivt søker støtte og råd som samsvarer med å benytte seg av støttende tilbud. De beskriver også det motsatte, unnvikelse, som samsvarer med tilbakeholdenhet og minimalisering av sykdommen. I en mestringsstrategi preget av maskulinitet kan man trekke frem de mennene som velger å minimalisere omfanget av sykdommen (Cayless et al., 2010, s. 15). De holder sykdommen for seg selv eller i sin sirkel av nære relasjoner (Ervik et al., 2010, s. 386). Denne mestringsstrategien, preget av unnvikelse og taushet, vil kunne forhindre møte med støttende relasjoner og likemenn i eget nettverk (Fosså et al., 2018, s. 111). Kontrasten til disse er menn med en aktiv tilnærming, som aktivt velger støttende tilbud, og som anså likemenn og støttetilbud som en viktig kilde til støtte.

Gjennom støttegrupper for likemenn kunne man få hjelp til positive rekonstruksjoner, og positive mestringsstrategier (King et al., 2015, s. 626). Positive rekonstruksjoner finner man igjen i funnene. Støttegrupper bidrar til å skape et rom hvor menn kan snakke om deres sykdomsopplevelse. Gruppene bidrar også til å løfte menn ut av isolasjon (King et al., 2015, s. 620). Fosså et al. (2018, s. 169) viser til at opplevelsen av å være flere med samme utfordringer kan være sterkt motiverende. Samtalegrupper viste seg å være meningsfull ettersom en fikk dele ens opplevelser (Öster et al., 2013, s. 336). At man opplever meningsfullhet er avgjørende for å bygge en sterk opplevelse av sammenheng (Antonovsky, 2012, s. 41). På den ene siden finner en altså menn som aktivt velger bort støttende tilbud og kontakt med likemenn, og på den andre siden står det et tilbud og en mulighet til mestring og mening som mennene oppgir å ha et svært godt utbytte av.

Enkelte oppga at de valgte bort støttegrupper da det bare ville være deprimerende å delta. Samtidig velger enkelte bort støttetilbud som følge av barrierer for å delta som å være ukomfortabel med å dele i en gruppe (Chambers et al., 2018, s. 10). Har man ikke tiltro til at tilbudet vil fungere, vil det trolig ei heller fungere. Det er derfor viktig å spørre hva den individuelle personen trenger og individualisere tiltakene (Utne & Nakken, 2019, s. 139). Dersom årsakene ikke samsvarer med virkeligheten kan det indikere mangelfull informasjon. Likemannstjenester løftes som et godt lavterskeltilbud for pasientene i den Nasjonale Kreftstrategien *Leve Med Kreft* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 37), og funnene bekrefter nettopp dette i form av de positive tilbakemeldingene fra de som har deltatt. Da kan det være informasjonen, og inntrykket informasjonen gir, om tilbudet som svikter. Det ligger også fast i pakkeforløpet for prostatakreft at sykehusene skal orientere og koordinere tilbud, som likemannstjeneste, mellom foreninger og pasient. (Helsedirektoratet, 2016, Kapittel 1). Dersom likemannstjenesten skal bli et godt tilbud forutsetter det at strategien følges opp av sykehusene, samt at informasjonen som gis om støttetilbud etterlater mennene med et positivt inntrykk av tilbudet.

6 Konklusjon

Hensikten med denne studien var å undersøke hvordan menn med prostatakreft erfarer at deres psykososiale behov blir møtt i helsevesenet. Studien viser at mange menn ikke møtes på informasjonsbehovet sitt og derfor etterlates i et tomrom uten forutsigbarhet og kontroll. Forutsigbarhet og kontroll kan føre til mestring av behandlingsvalg og den krisen mennene går gjennom. Korte konsultasjoner og manglende empati i kommunikasjonen blir trukket frem som en barriere for å møte informasjonsbehovet. Studien trekker frem personsentrert kommunikasjon som et virkemiddel for å møte mennene på deres sykdomsopplevelse. Barrierer som maskulinitet, og stigma knyttet til seksualitet, er viktig å ta hensyn til. Elektronisk kommunikasjon med helsepersonell kan være et nyttig supplement til helsetjenestens tilbud. Kreftsykepleiere viser seg å være en viktig støtte, men få får utbytte av dette da tilbudet ikke er tilstrekkelig. Partneren er en viktig støtte for menn og det er verdifullt å støtte under relasjonen for å hindre negativ påvirkning av relasjonen. De som mangler partner har lettere for å bli isolert. Likemannstjeneste kan vise seg å gi et forløp preget av mindre grad av isolasjon og større grad av mestring. Gjennom samtale med andre menn kan fortellinger om restrukturerte liv gi meningsfullhet. En del menn er kritisk til å delta i slike grupper på grunn av at de opplever det som knyttet til mykere verdier, og at det kan være mer negativt enn oppløftende å delta. Det er viktig at informasjonen som blir gitt om støttetilbud etterlater mennene med et positivt inntrykk. Denne studien viser at mange menn erfarer at deres psykososiale behov ikke blir tilstrekkelig møtt av helsevesenet.

6.1 Konsekvenser for praksis

Det er behov for å ha fokus på å bedre informasjonen til menn med prostatakreft. Informasjonen må være klar slik at menn kan styrkes i sine avgjørelser om hva som er riktig behandlingsvalg, og lage seg strategier for å møte sykdommen. Det må tas hensyn til barrierer som maskulinitet og stigma knyttet til seksualitet. Informasjon og støtte knyttet til endringer i seksualitet bør styrkes, for å hindre negative innvirkninger på parforhold og isolasjon hos enslige. Det er behov for et tilbud som sikrer at menn får tilgang til å snakke med en spesialsykepleier gjennom sykdommen, slik at flere får dekket sine informasjons- og støttebehov. Det bør organiseres i form av en fast kontaktsykepleier, slik at man oppnår en god relasjon og åpen kommunikasjon. Rutinemessig tilbud om støtte kan overkomme barrierer som maskulinitet kan medføre, da det ikke blir opp til mannen å fremheve følelsesmessig behov før et slikt tilbud blir utløst.

6.2 Anbefalinger for videre forskning

Det er behov for mer forskning knyttet til å bedre oppfølging av menn med prostatakreft gjennom behandling og i tiden etter. Det kan være relevant å se på hvordan kommunikasjon mellom helsepersonell og menn erfares fra begge sider. Dette for å øke kunnskapen om kommunikasjonsbarrierene som denne studien skisserer. Studier på personrettet kommunikasjon i behandling av menn med prostatakreft kan være et fruktbart utgangspunkt. Vi har ikke funnet en evaluering av pakkeforløpet for prostatakreft. En evaluering kan belyse om tiltakene i pakken er treffende, om de koordinerte ansvarsområdene følges opp, samt avdekke eventuelle forbedringspotensialer.

Referanser

- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium: den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Aubert, A.-M., & Bakke, I. M. (2018). *Utvikling av relasjonskompetanse nøkler til forståelse og rom for læring*. Oslo: Gyldendal.
- Cayless, S., Forbat, L., Illingworth, N., Hubbard, G., & Kearney, N. (2010). Men with prostate cancer over the first year of illness: their experiences as biographical disruption. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 18(1), 11–19.
<https://doi.org/10.1007/s00520-009-0624-4>
- Chambers, S. K., Hyde, M. K., Laurie, K., Legg, M., Frydenberg, M., Davis, I. D., Lowe, A. & Dunn, J. (2018). Experiences of Australian men diagnosed with advanced prostate cancer: a qualitative study. *BMJ Open*, 8(2), e019917.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019917>
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A., & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt.
- Cockle-Hearne, J., Charnay-Sonnek, F., Denis, L., Fairbanks, H. E., Kelly, D., Kav, S., Van Leonard, K., Muilekom, E., Fernandez-Ortega, P., Jensen, B. T. & Faithfull, S. (2013). The impact of supportive nursing care on the needs of men with prostate cancer: a study across seven European countries. *British Journal of Cancer*, 109(8), 2121–2130. <https://doi.org/10.1038/bjc.2013.568>
- Cullberg, J. (2007). *Mennesker i krise og utvikling - en psykodynamisk og sosialpsykiatrisk studie* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, H., & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ervik, B., Nordøy, T., & Asplund, K. (2010). Hit by Waves-Living With Local Advanced or Localized Prostate Cancer Treated With Endocrine Therapy or Under Active Surveillance. *Cancer Nursing*, 33(5), 382–389.
<https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e3181d1c8ea>
- Ettridge, K. A., Bowden, J. A., Chambers, S. K., Smith, D. P., Murphy, M., Evans, S. M., Roder, D. & Miller, C. L. (2018). "Prostate cancer is far more hidden...": Perceptions of stigma, social isolation and help-seeking among men with prostate cancer. *European Journal of Cancer Care*, 27(2), e12790. <https://doi.org/10.1111/ecc.12790>
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *The Australian Journal of Advanced Nursing: A Quarterly Publication of the Royal Australian Nursing Federation*, 20(2), 22–26.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och kultur.
- Fosså, S. D., Berge, V., & Dahl, A. A. (2018). *Prostatakreft en håndbok for pasienter og pårørende*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.

- Grimsbø, G. H., Finset, A., & Ruland, C. M. (2011). Left hanging in the air: experiences of living with cancer as expressed through e-mail communications with oncology nurses. *Cancer Nursing*, 34(2), 107–116. <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e3181eff008>
- Gjersøe, H. M. (2019). Profesjoner. I E. Brodtkorb & M. Rugkåsa (Red.), *Mellom mennesker og samfunn sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene* (3. utg., s. 41–61). Oslo: Gyldendal.
- Hedestig, O., Sandman, P.-O., Tomic, R., & Widmark, A. (2005). Living after external beam radiotherapy of localized prostate cancer: a qualitative analysis of patient narratives. *Cancer Nursing*, 28(4), 310–317.
- Heiberg, A. (2014). Samtale om dårlige nyheter. I A. A. Dahl, T. F. Aarre, & J. H. Loge (Red.), *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom: symptomer, diagnostikk og behandling* (s. 333–343). Cappelen Damm.
- Helsedirektoratet (06.09.2016), *Pakkeforløp for prostatakreft*. Hentet 3. Mai 2019, fra: <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/prostatakreft/introduksjon-til-pakkeforlop-for-prostatakreft>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2018). Nasjonal kreftstrategi 2018-2022 - *Leve med kreft*. Hentet 3. April 2019, fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/266bf1eec38940888a589ec86d79da20/regjeringens_kreftstrategi_180418.pdf
- Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ingstad, K. (2013). *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kamimura, A., Weaver, S., Armenta, B., Gull, B., & Ashby, J. (2019). Patient centeredness: The perspectives of uninsured primary care patients in the United States. *International Journal of Care Coordination*, 22(1), 19–26. <https://doi.org/10.1177/2053434519836424>
- King, A. J. L., Evans, M., Moore, T. H. M., Paterson, C., Sharp, D., Persad, R., & Huntley, A. L. (2015). Prostate cancer and supportive care: a systematic review and qualitative synthesis of men's experiences and unmet needs. *European Journal of Cancer Care*, 24(5), 618–634. <https://doi.org/10.1111/ecc.12286>
- Kreftregisteret (2018). Hentet 3. Desember 2018, fra: <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Fakta-om-kreft/Prostatakreft/>
- Kristoffersen, N. J., & Nortvedt, P. (2016). Pasient og sykepleier - verdier og samhandling. I N. Jahren Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø, *Grundleggende sykepleie* (3. utg., s. 90–138). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016). Helse og sykdom -utvikling og begreper. I N. Jahren Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grundleggende sykepleie. Bind 1 Bind 1* (3. utg., s. 29–79). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lindström, B., & Eriksson, M. (2015). *Haikerens guide til salutogenese: helsefremmende arbeid i et salutogent perspektiv*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lorentsen B., V., & Grov K., E. (2016). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I R. Grønseth, D.-G. Stubberud, & H. Almås, *Klinisk sykepleie 2* (5. utg., Bd. 2, s. 397–436). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Michaelsen, J. J., & Kristiansen, M. (2017). Maskulinitet og sykdom: Mænds håndtering af kræft og deres erfaringer i mødet med sundhedsvæsenet, et kvalitativt studie. *Nordisk sygeplejeforskning*, 7(03), 182–194. <https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2017-03-02>

- O'Shaughnessy, P., Laws, T., & Esterman, A. (2015). The prostate cancer journey: results of an online survey of men and their partners. *Cancer Nursing, 38*(1).
<https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e31827df2a9>
- Öster, I., Hedestig, O., Johansson, M., Klingstedt, N., & Lindh, J. (2013). Sharing experiences in a support group: men's talk during the radiotherapy period for prostate cancer. *Palliative and Supportive Care, 11*(4), 331–339.
<https://doi.org/10.1017/S1478951512000661>
- Pasient og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet 10. Mars 2019, fra: <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Prostatakreftforeningen (udatert). *Hva er likepersonsarbeid?* Hentet 03. Mai 2019 fra: <https://www.prostatakreft.no/hva-er-likeperson/>
- Romsland, G. I., Dahl, B., & Slettebø, Å. (2015). *Sykepleie og rehabilitering*. Gyldendal Akademisk.
- Robinson, J. H., Callister, L. C., Berry, J. A., & Dearing, K. A. (2008). Patient-centered care and adherence: Definitions and applications to improve outcomes. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 20*(12), 600–607.
<https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2008.00360.x>
- Stubberud, D.-G. (2013). *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. Oslo: Gyldendal.
- Sildnes, B. (udatert). Flere får prostatakreft, dødeligheten går ned. Hentet 6. Desember 2018, fra: <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Nyheter/Flere-far-prostatakreft-men-farre-dor/>
- Utne, I., & Nakken, I. (2019). Sykepleie i et kreftforløp. I U. Knutstad (Red.), *Utøvelse av klinisk sykepleie* (3. utg., s. 110–119). Cappelen Damm AS.
- van Ee, B., Hagedoorn, M., Smits, C., Kamper, A., Honkoop, A. H., & Slaets, J. (2018). This is an older men's world: A qualitative study of men's experiences with prostate cancer. *European Journal of Oncology Nursing, 37*, 56–64.
<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2018.11.002>

Vedlegg 1: Søkehistorikk

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
<p>(prostate cancer) AND (psychological or psychosocial or emotional or mental health or supportive care) AND (nursing or nurse or nursing care or nursing practice) AND (experience or perception or attitude or view or feeling or opinion)</p> <p>Søkefilter: Siste 10 år, engelsk språk, humans, Sort by: Best match</p>	06.12. 2018.	PubMed	154	100	5	4 Cockle-Hearne et al. King et al. Chambers et al. O'Shaughnessy et al.
<p>(prostate cancer) AND (psychological or psychosocial or emotional or mental health or supportive care) AND (nursing or nurse or nursing care or nursing practice) AND (experience or perception or attitude or view or feeling or opinion)</p> <p>Søkefilter: Fra 2007, peer-reviewed, Resarch article</p>	06.12. 2018	Cinehal	60	35	3	3 Grimsbø et al. Ervik et al. Öster et al.
<p>1: exp Prostatic Neoplasms/ 2: exp Qualitative Research/ 1 and 2 Søkefilter: Fra 2008 Journal Article</p>	13.02. 2019	Medline	184	25	3	3 Ettridge et al. Cayless et al. Van Ee et al.

Vedlegg 2: Matriser over forskningsartikler

Matrise 1

<i>Referanse</i>	<i>Hensikt og mål</i>	<i>Nøkkelord</i>	<i>Metode</i>	<i>Resultat/konklusjon</i>	<i>Relevans</i>
<p>Cockle-Hearne, J., Charnay-Sonnek, F., Denis, L., Fairbanks, H. E., Kelly, D., Kav, S., Leonard, K., Fernandez-Ortega, P., Jensen, B. T. & Faithfull, S. (2013). The impact of supportive nursing care on the needs of men with prostate cancer: a study across seven European countries. <i>British Journal of Cancer</i>, 109(8), 2121–2130. https://doi.org/10.1038/bjc.2013.568</p>	<p>Hensikten med denne studien var å utforske hvilke behov som ikke blir møtt i forhold til opplevelsen av sykepleie hos menn med prostatakreft.</p>	<p>Norsk: overlevelse, konsekvenser av kreftbehandling, sykepleie, støttende omsorg, prostatakreft.</p> <p>Engelsk: survivorship, consequences of cancer treatment, nursing, supportive care, prostate cancer</p>	<p>Det ble utført, og gjennomgått, en spørreundersøkelse av 1001 frivillige menn med prostatakreft fra syv ulike europeiske land.</p>	<p>Resultat: 81% av mennene som svarte hadde behov som ikke var blitt møtt. Dette dreide seg blant annet om informasjon knyttet til helsesystemet, seksualitet og psykisk helse.</p> <p>Gjennomgang av undersøkelsen viste at mangel på sykepleie i etterkant av behandlingen ga utslag på behov som ikke var møtt.</p> <p>Konklusjon: behov som ikke var blitt møtt var ikke bare relatert til sykdom og behandling, men også den støttende omsorgen man fikk eller ikke fikk. Avgjørende for å forbedre menns behandlingsresultat er å også vurdere adgangen til sykepleie og komponentene til støttende omsorg som tilbys, spesielt etter behandling.</p>	<p>Forskningsartikkelen er kvantitativ og gir statistisk grunnlag noe som er høyst relevant for å kunne avdekke omfanget av umøtte psykososiale behov.</p>

Matrise 2

Referanse	Hensikt og mål	Nøkkelord	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p>Grimsbø, G. H., Finset, A., & Ruland, C. M. (2011). Left hanging in the air: experiences of living with cancer as expressed through e-mail communications with oncology nurses. <i>Cancer Nursing</i>, 34(2), 107–116. https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e3181eff008</p>	<p>Målet med studien var å utforske bruk og innhold av kreftpasienters e-poster sendt til kreftsykepleiere (via en online pasient-sykepleier-tjeneste) og dermed få et øyeblikksbilde av opplevelsen av å leve med kreft som uttrykt gjennom disse meldingene.</p>	<p>Norsk: kreft, e-helse, online support, pasient-helsetjenester-kommunikasjon</p> <p>Engelsk: Cancer, E-health, Online support, Patient-provider communication</p>	<p>Kvalitativ innholdsanalyse, med 276 meldinger fra 60 bryst- og prostatakreftpasienter ble analysert.</p>	<p>Resultat: Fire hovedtemaer kunne trekkes frem fra e-postene: 1. Å leve med symptomer og bivirkninger, 2. Å leve med frykten for tilbakeslag, 3. Bekymringer for hverdagslivet, 4. udekkede informasjonsbehov fra helsetjenesten.</p> <p>Konklusjon: Pasienter brukte den online pasient-sykepleier-tjenesten til å aktivt stille spørsmål og ta opp bekymringer relatert til symptomopplevleser, frykten for tilbakeslag og usikkerhet i hverdagslivet. Pasienter uttrykkte også opplevelsen av å bli "forlatt i et tomrom" etter å ha blitt utskrevet fra sykehuset og med å leve med alvorlige udekkede informasjonsbehov</p>	<p>Studien gir et innblikk i hvilke informasjonsbehov som ikke blir møtt i helsetjenesten.</p>

Referanse	Hensikt og mål	Nøkkelord	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p>Chambers, S. K., Hyde, M. K., Laurie, K., Legg, M., Frydenberg, M., Davis, I. D., ... Dunn, J. (2018). Experiences of Australian men diagnosed with advanced prostate cancer: a qualitative study. <i>BMJ Open</i>, 8(2), e019917. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019917</p>	<p>Hensikten med forskningen var å utforske menns opplevelse av langtkommen prostatakreft og preferansene for støtte.</p>	<p>Norsk: langtkommen kreft, livsgang, maskulinitet, metastase, prostatakreft, støttende sykepleiebehov/ omsrogsbehov</p> <p>Engelsk: advanced cancer; life course; masculinities; metastatic; prostate cancer; supportive care needs</p>	<p>Dette er en tverrsnitt-kvalitativt studie. I første runde fikk deltakerne reflektere deres erfaringer/opplevelser ved deres diagnose i en åpen spørreundersøkelse via mail. Tilbakemeldingene ga grunnlag for konteksten i et dypere intervju utført over telefon.</p> <p>I tråd med studiens mål og hensikt ble det besluttet å ha et fortolkende fenomenologisk perspektiv.</p>	<p>Resultat: Funnene ble strukturert inn i seks temaer. - Frustrasjon over at kreftsykdommen ble oppdaget sent og frustrasjon knyttet til behandlingsvalg. - Flere menn rapporterte at de følte seg oversett eller ikke prioritert i helsesystemet. - Det ble rapportert om frykt og usikkerhet knyttet til fremtiden. - Det ble oppgitt ulike strategier og tanker rundt aksept for sykdommen. - Maskulinitet ble et tema, da knyttet til blant annet at man ikke pratet om følelser eller ikke tok helsa på alvor og derav oppsøkte doktor sent. - Konsekvenser av behandling</p> <p>Konklusjon: Omsorgstilbudet til menn med prostatakreft må legges til grunn og hensynta opplevelsen av sykdom, og påvirkningen av livet til de rammede. Helsesystemet må prioritere forskning, og benytte en mer holistisk metode enn hva som er praksis i dag.</p>	<p>Denne studien gir innblikk i mennenes sykdomsopplevelse samt hvilke preferanser de har for støtte, noe som avdekker og belyser psykososiale behov.</p>

Referanse	Hensikt og mål	Nøkkelord	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p>King, A. J. L., Evans, M., Moore, T. H. M., Paterson, C., Sharp, D., Persad, R., & Huntley, A. L. (2015). Prostate cancer and supportive care: a systematic review and qualitative synthesis of men's experiences and unmet needs. <i>European Journal of Cancer Care</i>, 24(5), 618–634. https://doi.org/10.1111/ecc.12286</p>	<p>Utforske hvordan menn med prostatakreft opplever støttende omsorgstilbud og utvikle bedre retningslinjer for støttende omsorg.</p>	<p>Engelsk: Prostate cancer, supportive care, systematic review, peer support, specialist nurse, qualitative synthesis</p> <p>Norsk: Prostatakreft, Støttende omsorg, systematisk review, likemannsstøtte, spesialistsykepleier, kvalitativ syntese</p>	<p>Kvalitativ systematisk litteraturstudie og syntese av kvalitativ data.</p>	<p>Resultatene viste at den mest verdifulle støtten menn opplevde var en-til-en likemannsstøtte og støtte fra partneren.</p> <p>Reviewen fremhever et behov for forbedret tilgang til spesialiserte kreftsykepleiere gjennom forløpet. Omsorgen må være individualisert og tilpasset den enkelte og det trengs psykoseksuell støtte for behandlingens bivirkninger.</p>	<p>Studien fremhever opplevelsen til menn med prostatakreft i helsevesenet og trekker samtidig frem områder som er spesielt viktig å forbedre basert på deres fortellinger.</p>

<i>Referanse</i>	<i>Hensikt og mål</i>	<i>Nøkkelord</i>	<i>Metode</i>	<i>Resultat/konklusjon</i>	<i>Relevans</i>
<p>Cayless, S., Forbat, L., Illingworth, N., Hubbard, G., & Kearney, N. (2010). Men with prostate cancer over the first year of illness: their experiences as biographical disruption. <i>Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer</i>, 18(1), 11–19. https://doi.org/10.1007/s00520-009-0624-4</p>	<p>Informere debatten om støttende omsorg og fremheve forståelse av menns helse. Bruker et teoretisk rammeverk bestående av "biographical disruption" og "liminality" til å tolke resultatene. Begrepene lar seg ikke direkte oversette, men kan bety noe som at de fokuserer på hvordan mennene gjør mening ut av sykdommen i konteksten av deres livshistorie og hva overgangsfasen i det å få kreft og leve videre med det betyr.</p>	<p>Norsk: Prostatakreft, splittelse i livshistorien, identitet, overgangsfase, overlevelse</p> <p>Engelsk: Prostate cancer biographical disruption identity liminality survivorship</p>	<p>Kvalitativ intervjujustudie.</p>	<p>Forestillingen om egen livsskildring og identitet bindes inn i mennenes møte med prostatakreft. Fysiske bivirkninger og rekonstruerte fremtider blir begge viktige deler av mennenes fortelling. Forskere må være oppmerksom på den splittelsen prostatakreft fører til både under og etter behandling, og kompleksiteten i en slik opplevelse og hva det krever av støttende omsorg.</p>	<p>Denne studien har gjennomført dyptgående intervjuer med ti menn rammet av prostatakreft, og tar opp sentrale element ved psykososiale behov samt hvordan mennene mestret livet med sykdom.</p>

Referanse	Hensikt og mål	Nøkkelord	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p>Ettridge, K. A., Bowden, J. A., Chambers, S. K., Smith, D. P., Murphy, M., Evans, S. M., Roder, D. & Miller, C. L. (2018). "Prostate cancer is far more hidden...": Perceptions of stigma, social isolation and help-seeking among men with prostate cancer. <i>European Journal of Cancer Care</i>, 27(2), e12790. https://doi.org/10.1111/ecc.12790</p>	<p>Hensikten til studiet var å gi innsikt i menns opplevelse av og erfaring med prostatakraft, da knyttet til stigma, skyldfølelse, sosial isolasjon, behov som ikke blir møtt og søk etter hjelp.</p>	<p>Norsk: hjelpsøkende/søke hjelp, prostatakraft, sosial isolasjon, stigma.</p> <p>Engelsk: Help-seeking, prostate cancer, social isolation, stigma.</p>	<p>En kvalitativ, beskrivende metode ble gjennomført i form av semistrukturerte intervju med 20 men som var diagnostisert med prostatakraft. Deretter ble det gjennomført en tematisk analyse.</p>	<p>Forskningen viser at prostatakraft kan gi betydelige mengder emosjonell og sosiale byrder for noen menn, og mange søker ikke, og mottar ikke, hjelp for det. Menn, og deres pårørende, trenger aktiv oppmuntring fra diagnosetidspunkt, gjennom behandlingsforløp og etter behandling, for å overvinne barrierer og få ekstra støtte særlig knyttet til seksuelle, emosjonelle og psykososiale utfordringer.</p>	<p>Forskningen tar for seg konkrete temaer knyttet til innvirkningen en prostatakraft-diagnose kan ha på et menneskes liv. Funnene er konkrete, beskrivende og nyttige i arbeidet med å avdekke psykososiale behov. Forskningen viser at helsevesenet må bli bedre på støtte knyttet til særlig seksuelle, emosjonelle og psykososiale utfordringer.</p>

<i>Referanse</i>	<i>Hensikt og mål</i>	<i>Nøkkelord</i>	<i>Metode</i>	<i>Resultat/konklusjon</i>	<i>Relevans</i>
<p>van Ee, B., Hagedoorn, M., Smits, C., Kamper, A., Honkoop, A. H., & Slaets, J. (2018). This is an older men's world: A qualitative study of men's experiences with prostate cancer. <i>European Journal of Oncology Nursing</i>, 37, 56–64. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2018.11.002</p>	<p>Prostatakreft er en svært utbredt kreftform blant eldre menn som også svært invaderende. Det å ikke vite deres erfaringer hemmer omsorg og støtte til menn med prostatakreft og overlevende med prostatakreft. Denne studien tar sikte på å gi innsikt i eldre menns erfaringer med prostatakreft for å forbedre individualisert omsorg og pleie.</p>	<p>Norsk: Prostatakreft, psykososial, kommunikasjon</p> <p>Engelsk: Prostate cancer, psychosocial, communication</p>	<p>Kvalitativ metode med semi-strukturerte intervjuer med 22 eldre menn med prostatakreft. Analysert med valig innholdsanalyse.</p>	<p>Fire temaer kom frem av dataene: virkning av prostatakreft, håndtering av prostatakreft og behandling, involvering av og med andre, og erfaringer med profesjonell omsorg og omsorgsløpet. Måten pasientene håndterte prostatakreften og deres erfaringer med omsorgen de fikk varierte. Samlet sett ble sykehusomsorg vurdert positivt, og kommunikasjon var en avgjørende faktor for pasientens tilfredshet eller misnøye. Noen pasienter manglet informasjon om helsestatus, noe som kan ha påvirket beslutningsprosesser. Noen var motvillige til å snakke om sykdommen deres med andre mennesker og noen ganger nølte de med å be om hjelp.</p> <p>Konklusjon: Til tross for mange positive omsorgserfaringer følte noen pasienter at kommunikasjonen, informasjonsmidlene og beslutningsprosessene var utilstrekkelige. Sårbare pasienter med alvorlige komplikasjoner eller begrenset sosial støtte kan trenge ekstra psykososial omsorg. Å senke terskelen for pasienter å be om hjelp og tilgjengeligheten av en profesjonell med ekspertkunnskap om prostatakreft og aldring kan redusere unødvendig motgang og øke personlig styrke.</p>	<p>Studien fremhever grupper som kan ha behov for psykososial støtte og hva menn mener om den støtten som gis.</p> <p>Studien belyser at ved å øke tilgangen til omsorgspersonell, kan menn bli mer stimulert til å snakke om sine problemer og søke hjelp.</p> <p>Denne forskningen gir godt grunnlag til videre diskusjon knyttet til informasjonsbehov.</p>

Matrise 8

<i>Referanse</i>	<i>Hensikt og mål</i>	<i>Nøkkelord</i>	<i>Metode</i>	<i>Resultat/konklusjon</i>	<i>Relevans</i>
<p>Ervik, B., Nordøy, T., & Asplund, K. (2010). Hit by Waves-Living With Local Advanced or Localized Prostate Cancer Treated With Endocrine Therapy or Under Active Surveillance: Cancer Nursing, 33(5), 382–389. https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e3181d1c8ea</p>	<p>Hensikten var å belyse opplevelsen til menn med lokalisert eller lokal avansert prostatakreft, når kurativ behandling som operasjon eller stråling ikke er et alternativ. Den belyser også opplevelsen av å leve under hormonbehandling eller aktiv overvåkning.</p>	<p>Norsk: Aktiv overvåkning, hormonbehandling, hermeneutisk, leve med ensomhet, fenomenologi, prostatakreft, ektefelle</p> <p>Engelsk: Active surveillance, Endocrine therapy, Hermeneutic, Living with Loneliness, Phenomenology, Prostate cancer ,Spouse</p>	<p>Studien ble utført ved hjelp av kvalitative intervju. Det ble brukt en fenomenologisk hermeneutisk metode.</p>	<p>Resultat: Å bli diagnostisert med prostatakreft ble beskrevet som et sjokk, med ulike aspekter av sykdommen avslørt gradvis. Den begrensede tiden tilgjengelig for å møte helsepersonell bidro til pasientens følelser av å være alene, med vanskeligheter med å få informasjon og hjelp. Seksuelle og urinproblemer ble oppfattet som en trussel mot deres mannskap. Ektefellene ga den nærmeste daglige støtten.</p> <p>Konklusjon: Livssituasjonen til disse pasientene kan forstås som å leve i en "tilstand av beredskap". De forventer noe å skje med hensyn til sykdommen. De vet ikke alltid hvor de skal få hjelp.</p>	<p>Gir et grundig innblikk i liv som rammes av prostatakreft, med belysning av det som var vanskelig, det man fikk til, det helsesystemet lyktes med og ikke lyktes med, samt innvirkningen på, og ressursen i, nære relasjoner som ektefelle.</p>

Referanse	Hensikt og mål	Nøkkelord	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
O'Shaughnessy, P., Laws, T., & Esterman, A. (2015). The prostate cancer journey: results of an online survey of men and their partners. <i>Cancer Nursing</i> , 38(1). https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e31827df2a9	Hensikten med denne studien var å undersøke og forstå støttende omsorgsbehov hos menn diagnostisert og behandlet for prostatakreft ved å identifisere perioder av deres kreftreise.	Norsk: Følelser, psykologisk, mann, prostatakreft, seksuelle partnere Engelsk: Emotions, psychological, male, prostatic neoplasms, sexual partners	Internettbasert spørreskjema med svar fra 193 menn og 40 partnere fra seks nasjoner.	Resultat: Kone og partnere er en sentral støtte for menn med prostatakreft. De kan også gi god innsikt i menns støttende omsorgsbehov, som menn ofte ikke kan finne ut av selv.	Resultatene tyder på at koner og partnere av menn med prostatakreft kan gi sykepleiere og helsepersonell en sterk og unik ressurs for å gi støttende omsorg for menn som utfordres av prostatakreft.

<i>Referanse</i>	<i>Hensikt og mål</i>	<i>Nøkkelord</i>	<i>Metode</i>	<i>Resultat/konklusjon</i>	<i>Relevans</i>
<p>Öster, I., Hedestig, O., Johansson, M., Klingstedt, N., & Lindh, J. (2013). Sharing experiences in a support group: men's talk during the radiotherapy period for prostate cancer. <i>Palliative and Supportive Care</i>, 11(4), 331–339. https://doi.org/10.1017/S1478951512000661</p>	<p>Hensikten med denne studien var å beskrive opplevelsene til menn som lever med prostatakreft delt gjennom en støttegruppe i deler av strålebehandling.</p>	<p>Norsk: Prostatakreft, opplevelse, kvalitativ innholdsanalyse</p> <p>Engelsk: Prostate cancer, Experience, Qualitative content analysis, Support group</p>	<p>Ni menn deltok i en av to grupper som møttes seks eller syv ganger, ledet av en sykepleier. Kvalitativ innholdsanalyse ble brukt for å identifisere temaer og subtemaer i samtalen.</p>	<p>Resultat: Mennene diskuterte kroppslige erfaringer og beskrev støtte fra helsepersonell, familiære relasjoner, venner og støttegrupper som avgjørende for tilhelingen.</p> <p>Konklusjon: Å møte menn i lignende situasjoner, dele opplevelser ved å leve med sykdommen og føle seg alliert med hverandre var viktig for mennene i studien. Støttegruppen gav et forum som gjorde deling mulig.</p>	<p>Resultatene tyder på at menn har godt utbytte av støttegrupper fordi de gir et unikt forum for å dele tanker som ellers ikke ville komme frem.</p>

