

# Opplevelser hos pasienter med prostatakreft tilknyttet informasjon om seksuell dysfunksjon etter behandling

Kandidatnummer: 511 & 582  
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave  
i sykepleie

Antall ord: 7543  
Dato: 03.01.23



**Lovisenberg**  
diakonale høgskole

Sammendrag	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 03.01.23
<u>Tittel</u> Opplevelser hos pasienter med prostatakraft tilknyttet informasjon om seksuell dysfunksjon	
<u>Innledning</u> <p>Tema for oppgaven er informasjon om seksuell dysfunksjon etter behandling for prostatakraft. Flertall av prostatakraft-pasienter opplever seksuell dysfunksjon etter behandling. Undersøkelser viser at sykepleiere ikke evner å snakke med pasienter om seksuell dysfunksjon. Sykepleiere har en sentral rolle i å undervise og veilede pasienter. Hensikten med litteraturstudien er å undersøke pasienters opplevelser med informasjon tilknyttet seksuell dysfunksjon etter behandling av prostatakraft.</p> <u>Metode</u> <p>Søkene ble gjennomført i databasene CINAHL og MEDLINE. Søkeord inkludert i søkene var communication OR patient education AND sexual dysfunction AND prostate cancer AND nursing. De ble benyttet ulike søkeord på de ulike databasene. Søket i CINAHL ga 23 treff og 3 av artiklene ble inkludert. Søket i MEDLINE ga 15 treff og 1 artikkel ble inkludert.</p> <u>Resultat</u> <p>Resultatene tolkes i subkategoriene; Informasjonsformidling, holdninger og ansvarsfraskrivelse, mangel på pasientforståelse, mangelfull informasjon, informasjonstidspunktet og generalisert informasjon. Informasjonen ble oppfattet som misvisende og ikke personsentrert. I flere tilfeller tok ikke helsepersonell opp seksuell dysfunksjon. Sykepleieren tok med egne holdninger og fordommer inn i utøvelsen av sykepleie, og generaliserte informasjonen. Deltakerne ønsker informasjonsflyt gjennom hele behandlingsforløpet, og at informasjonen skal være kunnskapsbasert.</p> <u>Diskusjon</u> <p>Sykepleiere må anerkjenne ansvaret med å informere om seksuell dysfunksjon. Dette festes i lovverket om retten til informasjon, og yrkesetiske retningslinjer som påpeker den helhetlige omsorgen. Pasienter opplever at sykepleierens holdninger og fordommer</p>	

styrer informasjonen. Det er et økende fokus på seksuell helse i helsesektoren og flere strategier legger til grunn at helsepersonell har en viktig oppgave med å prate med pasienter om tematikken. Sykepleiere må veilede og undervise en personsentrert tilnærming og sette seg inn i pasientsituasjonen. Når informasjonsbehovet ikke blir dekket, kan det føre til et uoversiktlig behandlingsforløp. BETTER-modellen er et viktig samtaleverktøy som vil styrke pasient-sykepleier relasjonen.

## Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Innledning .....</b>	<b>4</b>
1.1	Bakgrunn for valg av tema .....	4
1.2	Sykepleiefaglig relevans .....	5
1.3	Hensikt og problemstilling.....	5
1.4	Avgrensning .....	6
1.5	Begrepsavklaring.....	6
<b>2</b>	<b>Teoretisk kunnskapsgrunnlag.....</b>	<b>7</b>
2.1	Prostatakraft .....	7
2.2	Profesjonell kommunikasjon.....	8
2.3	Personsentrert sykepleie .....	8
2.4	Menneskesyn fra et sykepleieperspektiv .....	9
2.5	VIPS-modellen .....	9
2.6	BETTER-modellen.....	10
2.7	Strategi for seksuell helse .....	11
2.8	Sykepleiefaglige rammer .....	12
2.8.1	Lov om spesialisthelsetjenesten.....	12
2.8.2	Pasient og brukerrettighetsloven.....	12
2.8.3	Helsepersonelloven .....	13
2.8.4	Etikk.....	13
<b>3</b>	<b>Metode .....</b>	<b>14</b>
3.1	Litteraturstudie .....	14
3.1.1	Bakgrunn for valg av inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	15
3.1.2	Søkeprosess.....	16
3.2	Øvrig fag- og forskningslitteratur .....	18
<b>4</b>	<b>Resultater .....</b>	<b>19</b>
4.1	Artikkelmatrise.....	19
4.2	Syntese av resultatene .....	22
<b>5</b>	<b>Diskusjon.....</b>	<b>23</b>
5.1	Informasjonsformidling.....	23
5.2	Holdninger og ansvarsfraskrivelse .....	24
5.3	Holistisk menneskesyn .....	25
5.4	Veiledende og undervisende funksjon.....	26
5.5	Informasjonstidspunkt .....	28
5.6	Generalisert informasjon.....	29
5.7	Metodediskusjon.....	29
5.7.1	Litteraturstudie, litteratursøk og utvelgelse .....	29
5.7.2	Styrker og svakheter ved de inkluderte artiklene.....	30
<b>6</b>	<b>Konklusjon.....</b>	<b>32</b>
	<b>Litteraturliste.....</b>	<b>33</b>
<b>7</b>	<b>Vedlegg .....</b>	<b>39</b>
7.1	Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie- Albaugh et al., 2017. ....	39
7.2	Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie- Hanly et al., 2014.....	43
7.3	Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie- Smith et al., 2020.....	47
7.4	Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie- Speer et al., 2017. ....	52

# 1 Innledning

Oppgaven tar for seg opplevelsen av informasjon tilknyttet seksuell dysfunksjon etter behandling hos pasienter med prostatakraft. Oppgaven er skrevet i tråd med retningslinjer for bacheloroppgave ved Lovisenberg Diakonale Høgskole studieåret 2022/2023. Under presenteres bakgrunn for valg av tema, sykepleiefaglige relevans, samt problemstilling med avgrensning og begrepsavklaring.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

I 2021 ble det registrert 5188 nye tilfeller av prostatakraft, og det forventes at prevalensen vil øke drastisk de neste årene (Kreftregisteret, 2022; Kreftregisteret, 2014). Impotens og manglende lyst er to vanlige bivirkninger av behandling (Prostatakraftforening, u.å., b). Prostatakraftforeningen viser til at hele 86 prosent av norske pasienter opplever erektil dysfunksjon etter behandling, samtidig som undersøkelser sier at seksuell dysfunksjon blir neglisjert i helsevesenet (Prostatakraftforeningen, u.å., a; Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 26). Pasienter har et ønske om å snakke om seksuell helse med sykepleiere på en ikke-dømmende og informativ måte (Fennell & Grant, 2019, s. 3066). På den andre siden viser det seg at sykepleiere ikke mestrer samtaler med pasienter som handler om seksuell helse (Fennell & Grant, 2019, s. 3065-3066). Dette underbygges blant annet ved at sykepleiere ikke føler seg komfortable med å diskutere seksuell helse i en sykepleie-pasient-relasjon (Fennell & Grant, 2019, s. 3065-3066).

Innenfor helse- og omsorgstjenestene foreligger det ingen kollektive retningslinjer for hvordan seksuelle spørsmål skal adresseres (Helland, 2016 s. 870). Regjeringen har på samfunnsnivå satt fokus på seksuell helse gjennom «Strategi for seksuell helse 2017-2022» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Strategien poengterer at en forutsetning for god seksuell helse er en positiv og respektfull tilnærming til seksualitet og seksuelle relasjoner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 7). Satt i sammenheng med omfanget av pasienter og seksuell helse og sykepleieres holdninger, vil problemstillingen kunne gi implikasjoner for praksis på individ- og samfunnsnivå.

Studentenes inspirasjon for valg av tema, bygger opp under den økende debatten om seksuell helse, og et ønske om å bidra til at god seksuell helse skal bli en norm når en utøver sykepleie.

## **1.2 Sykepleiefaglig relevans**

Sykepleie som profesjon er unikt og sykepleierens enestående funksjon legger vekt på å bidra til at mennesker opprettholder og/eller oppnår god helse (Henderson, 2011, s. 45). Videre skal sykepleien utføres på en måte som gjør at pasienten gjenoppretter selvstendighet så raskt som mulig (Henderson, 2011, s. 45). Sykepleien har flere ansvarsområder, blant annet å gi råd og veilede pasienter (Henderson, 2011, s. 31). Gjennom sykepleieprosessen har sykepleieren en unik mulighet til å kartlegge, planlegge og gjennomføre sykepleietiltak basert på sykepleiemål (Ehnfors et al., 2016, s. 14). Seksuell helse og seksualitet er en subjektiv opplevelse. Derfor må sykepleier kartlegge og møte pasienten på hens premisser samt utøve personsentrert sykepleie (Helland, 2016, s. 873). Prostatakreftpasienter møter sykepleiere både i kommunal- og spesialisthelsetjenesten, og sykepleieren vil i stor grad ha kommunikasjon med pasienter gjennom hele behandlingsforløpet (Holter & Grov, 2016, s. 30). Den nasjonale kreftstrategien “leve med kreft” 2018-2022 har etablert målområder deriblant “*Best mulig livskvalitet for kreftpasienter og pårørende*”, med fokus på seksuell helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Tidligere rapporter peker på at pasienter ikke får nødvendig informasjon om hvordan behandling vil kunne påvirke den seksuelle helsen, eksempelvis som erektil dysfunksjon. Strategien legger press på at somatiske avdelinger skal inneha kompetanse om seksuell helse, og når en kartlegger den enkeltes rehabiliteringsbehov, må seksuell helse inkluderes (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 37). En sykepleier er etter velgjøringsprinsippet og yrkesetiske retningslinjer §3-2 bundet til å ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg (Nortvedt, 2016; NSF, u.å.). Problemstillingen er sykepleiefaglig relevant fordi pasientens opplevelser i den aktuelle konteksten vil påvirke informasjonsflyten i en sykepleie-pasient-relasjon.

## **1.3 Hensikt og problemstilling**

Hensikten med oppgaven er å undersøke pasienters opplevelser tilknyttet informasjon om seksuell dysfunksjon etter behandling av prostatakreft. Problemstillingen er dermed:

*Hvordan opplever pasienter på sykehus å bli informert om mulig seksuell dysfunksjon grunnet behandling for prostatakreft?*

#### **1.4 Avgrensning**

Målgruppen avgrenses til pasienter over 18 år som har gjennomgått behandling av prostatakreft. Konteksten for pasientopplevelsen tilknyttes spesialisthelsetjenesten og eventuell oppfølging kommunalt.

#### **1.5 Begrepsavklaring**

**Seksuell dysfunksjon:** «Funksjonssvikt av organisk, psykologisk eller blandet karakter som på en negativ, ubehagelig og/eller smertefull måte kommer i veien for individers- (par) eller grupperes seksuelle motiver» (Borg, 2017, s. 121). Definisjonen legger til grunn individets forståelse, og det vil derfor være viktig å systematisk kartlegge pasientens situasjon slik at undervisningen og veiledningen tilpasses individets behov (Borg, 2017, s. 121).

**Prostatakreft:** Prostatakreft (Cancer Prostate) er den vanligste kreftformen i Norge. Prostata er en kjertel hos de med mannlig kjønnsorgan, og fysiologien er å produsere næringsvæske til sædcellene (Wyller, 2019, s. 514). Den største risikofaktoren for prostatakreft er alder, og medianalder for diagnosetidspunkt er 70 år (Kreftregisteret, 2022).

## 2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

Teorien som presenteres vil bidra til å belyse problemstillingen i diskusjonskapittelet. Innledningsvis er det en beskrivelse av prostatakreft, dernest kommunikasjon. Videre beskrives utøvelsen av personsentrert sykepleie, menneskesyn i sykepleien, VIPS-modellen og BETTER-modellen. Deretter gjengis deler av strategien for seksuell helse. Avslutningsvis presenteres de etiske og juridiske rammene som en sykepleier må forholde seg til.

### 2.1 Prostatakreft

Symptomer oppstår som oftest når tumoren har vokst slik at prostataen skaper blæretømmingsproblemer (Berg, 2017, s. 562). Symptomer er blant annet svak stråle og hyppig vannlatning, hematuri og urinretensjon (Kreftforeningen, 2022). Utredning består av rektaleksplorasjon, samt blodprøver hvor en ser på Prostata spesifikt antigen (PSA) (Berg, 2017, s. 562). Videre utredning består av transrektal ultralyd som gir et bilde over områder med kreftlignende celler slik at en eventuell biopsi vil kunne foreligge i de områdene (Kreftforeningen, 2022). Metastasering til lymfesystemet og skjelettet er vanligst, og suppleringsundersøkelser slik som MR og CT vil kunne fange opp en eventuell metastasering (Berg, 2017, s. 562).

De vanligste formene for behandling er kirurgi-, stråle- og medikamentellbehandling. Ved lokal og lokalavansert prostatakreft er det som oftest anbefalt kurativ behandling (Berg, 2017, s. 563). Den kurative behandlingen består av kirurgi og/eller strålebehandling (Berg, 2017, s. 563). Medikamentell behandling gis for å hindre tilførselen av testosteron, da de fleste typene av prostatakreft trenger testosteron for å utvikle seg og vokse (Berg, 2017, s. 565). Mangel på testosteron vil blant annet føre til nedsatt lyst (Gjessing, 2018). Rehabiliteringsfasen kan være krevende, og erektil dysfunksjon er en svært vanlig konsekvens ved kirurgi-, stråle- og medikamentellbehandling. De vanligste seksuelle dysfunksjonene av behandling er infertilitet, endret selvbilde, lystproblematikk, ejakulasjonsproblemer og ereksjonssvikt (Berg, 2017, s. 124).



## 2.2 Profesjonell kommunikasjon

Rammeplanen for sykepleieutdanningen konkretiserer at en sykepleier har ansvar for å undervise, informere og veilede pasienter samt pårørende (Kunnskapsdepartementet, 2008, s. 6). Dette innebærer blant annet å veilede og undervise pasienter om problemer omhandlende sykdom, død og lidelse, i tillegg til at sykepleieren skal drive forebyggende arbeid (Kunnskapsdepartementet, 2008). God informasjon oppstår når det formidles den kunnskapen pasienten har behov for på en slik måte at pasienten er i stand til å ta imot og nyttiggjøre informasjonen (Eide & Eide, 2021, s. 217). Eide og Eide (2021, s. 218), beskriver tre hovedoppgaver hos sykepleiere tilknyttet informasjonsformidling. De beskrives som å; undersøke hva pasienten trenger av kunnskap og kommunikasjon, skaffe informasjon og planlegge og identifisere mål i samråd med pasienten, og å gi informasjonen på en god måte (Eide & Eide, 2021, s. 218).

Helsepersonell kommuniserer med personer som av ulike årsaker trenger hjelp eller assistanse, og den profesjonelle kommunikasjonen sees i sammenheng med yrkesrollen som «hjelper» (Eide & Eide, 2021, s. 32). Profesjonell kommunikasjon baseres på sykepleierens egenstående funksjon; å bidra til at mennesker får mulighet til å opprettholde og/eller oppnå god helse (Borglin & Gjevjon, 2022, s. 56; Eide & Eide, 2021, s. 32). Helsepersonell skal gjennom sin faglige kompetanse og rolle utøve en hjelpende og motiverende funksjon til pasienter og brukere (Eide & Eide, 2021, s. 32).

## 2.3 Personsentrert sykepleie

Sykepleieteoretikeren Florence Nightingale beskrev det slik at en sykepleier må forstå pasientene ut fra den enkeltes reaksjon på sykdom (Holter, 2016, s. 111). Denne beskrivelsen er grunnsteinen for den moderne oppfatningen av personsentrert sykepleie (Holter, 2016, s. 111). Fundamentet er at mennesker eksisterer i relasjoner til hverandre, og at sykepleie-pasient-relasjonen legger grunnlaget for behandlingen (Skovdahl, 2022, s. 104). Standarden for personsentrert sykepleie vil belyses ved hjelp av rammeverket til Tanya McCane og Brandan McCormack som tar utgangspunkt i de fire elementene: Forutsetninger, omgivelser, personsentrert prosess og utbytte (McCane og McCormack, 2017, s. 38). *Forutsetninger* omfatter profesjonell- og sosial kompetanse, hengivenhet til arbeidet, bevissthet rundt egne holdninger, samt selvinnsikt. Disse forutsetningene danner grunnlaget for et helsepersonell

som arbeider personsentrert (McCane og McCormark, 2017, s. 41). *Omgivelsene* til utøvelsen vil blant annet avhenge av det fysiske miljøet og forsvarlig drift av avdelingen. En spørreundersøkelse tatt av nederlandske kreftsykepleiere, viser at kun 55% av avdelingene har standardiserte retningslinjer og prosedyrer tilknyttet seksuell funksjon (Krouwel et al., 2015, s. 709). Omgivelsene og forutsetningene legger konteksten for personsentrert sykepleie, og det neste elementet, *personsentrert prosess*, innebærer at utøvelsen skal preges av et holistisk menneskesyn der sykepleieren er sympatisk og viser engasjement (McCane og McCormark, 2017, s. 53). Innenfor den personsentrerte prosessen bør sykepleiere danne en elementær forståelse for hvordan pasienten opplever situasjonen på et individuelt- og psykososialt nivå, opplevelse av sosiale roller, og viktige momenter som opprettholder livskvalitet hos pasienten (McCane og McCormark, 2017, s. 54). *Utbytte* av personsentrert sykepleie viser seg i form av pasientens grad av tilfredshet som er et resultat av pleien (McCane og McCormark, 2017, s. 58).

## **2.4 Menneskesyn fra et sykepleieperspektiv**

Sykepleie er basert på et humanistisk syn, og har betydning for utøvelsen av sykepleie. Et humanistisk menneskesyn baseres på en grunnleggende tanke om at alle mennesker er unike og ulike, og innehar ulike utgangspunkt for utvikling og autonomi (Gjevjon et.al., 2022, s. 26). Sykepleiere skal se pasienten ut fra hele mennesket, der en ser hele kroppen med de fysiologiske og anatomiske strukturene, samt personen med dens egenskaper, forutsetninger og holdninger (Gjevjon et.al., 2022, s. 26). I sykepleiekontekst betyr dette at utøvelsen av sykepleie ikke kun foregår ved å se på diagnose eller problem, men ved å se til hele pasienten. Sykepleie som utøves med et holistisk menneskesyn skal kombinere relevante aspekter ved pasienten og pasientens situasjon (Gjevjon et al., 2022, s. 26).

## **2.5 VIPS-modellen**

VIPS er akronym for velvære, integritet, profylakse og sikkerhet (Ehnfors et al., 2016, s. 26). Modellen er en systematisk gjennomgang av trinnene i sykepleieprosessen, og består av bestemte begreper og termer (Ehnfors et al., 2016, s. 13). Et steg i modellen er pasientstatus der sykepleier kartlegger pasientens helsesituasjon og forhold som påvirker

pasientsituasjonen. Herunder finner en søkeordet “seksualitet/reproduksjon” der en kan dokumentere fysiologiske funksjonshemninger som påvirker reproduksjon, samt psykologiske dimensjoner slik som holdninger, kunnskaper og seksuelle erfaringer (Ehnfors et al., 2016, s. 35 & s.79). Avslutningsvis i søkeordet bør en dokumentere de mellommenneskelige dimensjoner der en dokumenterer pasientens relasjoner, krav og forventinger (Ehnfors et al., 2016, s. 79). Å dokumentere innenfor søkeordet “seksualitet/reproduksjon” er vesentlig for å kunne utøve personsentrert sykepleie (Ehnfors et al., 2016, s. 79). VIPS-modellen er en standard dokumentasjonsmåte som benyttes i flere helseinstitusjoner i Norge som støtte for sykepleiedokumentasjonen (Ehnfors et al., 2016, s. 9).

## **2.6 BETTER-modellen**

BETTER er et samtaleverktøy for helsepersonell når en samtaler om seksualitet med pasienter (Blikstad et al., 2020). Modellen er utviklet av de onkologiske sykepleierne JoAnn Mick, Mary Hughes og Marlene Cohen i 2004, men den benyttes av helsepersonell uavhengig av fagområde (Blikstad et al., 2020). Formålet med modellen er at samtalen skal basere seg på individuelle behov, og at en ser på seksualitet i et livskvalitetsperspektiv. Modellen blir sett i lys av WHO sin definisjon av seksualitet, og gir helsepersonell et faglig utgangspunkt ved samtale om seksualitet i en pasient-sykepleie-relasjon.

Modellen består av seks steg:

*Adresser emnet.* Omhandler at det er helsepersonellet sin oppgave å adressere emnet (Blikstad et al., 2020)

*Informere pasienten.* I dette steget skal helsepersonellet informere pasienten om at sex er en naturlig del av livet, og her er helsepersonellet sin oppgave å normalisere dette. I dette steget er det viktig å få frem ovenfor pasienten at det er helt naturlig å ha bekymringer rundt teamet, sett i lys av sykdom eller behandling (Blikstad et al., 2020).

*Kartlegg pasientens ressurser.* Her kommer pasientens egne forestillinger om hjelpebehov fra familie, en partner, eller helsevesenet. Det er også viktig å informere om at det finnes

ressurser pasienten kan benytte seg av slik som sykepleier, sexolog, lege med mer (Blikstad et al., 2020).

*Timing av intervensjoner.* Seksualitet er et personlig tema for mange, og det er vesentlig at sykepleieren er klar over dette, og velger riktig timing (Blikstad et al, 2020). Forskning viser at pasienter opplever det som riktig når det har blitt tatt opp i forbindelse med anamnesen til pasienten, eller når man kartlegger behov ved innleggelse på sykehus. Her får man også kartlagt om det er behov for en mer utfyllende samtale om dette med pasienten (Blikstad et al, 2020).

*Informere om seksualitet relatert til sykdom og behandling.* Dette er aktuelt dersom pasienten har en sykdom eller behandling som kan ha innvirkning på dette (Blikstad et al., 2020). For pasienter som skal opereres eller behandles for prostatakreft er dette noe som skal adresseres siden forekomsten av seksuell dysfunksjon som bivirkning er fremtredende (Prostatakreftforeningen, u.å., b).

*Dokumenter i pasientens journal.* Her skal det finnes nødvendig og relevante opplysninger om pasienten, og journal skal føres i tråd med helsepersonelloven (Blikstad et al., 2020; Helsepersonelloven, 1999, §39).

## **2.7 Strategi for seksuell helse**

Verdens helseorganisasjon (WHO) beskriver seksuell helse som grunnleggende i helse og velvære hos individet (WHO, u.å.). Videre beskriver WHO at seksuell helse krever en respektfull og positiv tilnærming til seksuelle forhold og seksualitet. Faktorer som påvirker den seksuelle helsen avhenger blant annet av; tilgang til informasjon om seksualitet og sex, og holdninger i samfunnet tilknyttet seksuell helse (WHO, u.å.). Hva som ligger i ordet seksuell helse er høyst individuelt, og helsepersonell må anerkjenne at seksuell helse er et viktig element i god helse, og huske at seksuell helse er et anliggende hos pasientene (Borg, 2017, s. 121).

Strategi for seksuell helse 2017-2022 har som overordnet mål å sikre at alle mennesker innehar god kunnskap om hvordan en skal ivareta egen seksuell helse (Helse og-

omsorgsdepartementet, 2016, s. 7). Videre skal strategien sikre kunnskap om seksuell helse i helse- og omsorgstjenesten, som vil være med på å sikre at helsepersonell forstår pasientens seksuelle behov (Helse og- omsorgsdepartementet, 2016, s. 7).

Strategien belyser problemområder vedrørende dagens tilnærming til seksuell helse i helse- og omsorgstjenestene (Helse og- omsorgsdepartementet, 2016, s. 7). Det påpekes at det forekommer for lite oppmerksomhet rundt seksuell helse i behandlingsforløpet. Det er mangel på adekvat informasjon, samt veiledning i forbindelse med seksuelle problemer, og dysfunksjon som følge av sykdom og behandling (Helse og- omsorgsdepartementet, 2016, s. 43-44). Strategien påpeker videre at helsepersonell uttrykker at seksuell helse er et viktig aspekt av pleien, men at undersøkelser og tilbakemeldinger viser at det ikke blir tatt opp i dialog med pasienten (Helse og- omsorgsdepartementet, 2016, s. 26). Et sentralt moment for å oppnå målene sett i lys av strategien er god kommunikasjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 27). Forutsetning for god kommunikasjon rundt seksuell helse er blant annet at helsepersonell er bevisst egne holdninger og erfaringer i møte med pasienter (Helse og- omsorgsdepartementet, 2016, s. 27).

## **2.8 Sykepleiefaglige rammer**

Helsepersonell og rettighetene til pasientene er styrt av en rekke lover og retningslinjer. Her redegjøres noen av de som er relevante for besvarelsen.

### **2.8.1 Lov om spesialisthelsetjenesten**

Formålet til spesialisthelsetjenesteloven er blant annet å bidra til at tjenestetilbudet blir tilpasset pasientens behov (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §1-1). De helsetjenestene som pasienten får tilbudt skal være forsvarlige for å sikre at den enkelte pasienten gis et koordinert og helhetlig tjenestetilbud (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §2-2).

### **2.8.2 Pasient- og brukerrettighetsloven**

Lovens formål er blant annet å fremme et tillitsforhold mellom helse- og omsorgstjenestene og pasientene, og ivareta respekten for den enkelte pasients integritet, menneskeverd og liv (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §1). Som pasient har du rett til å medvirke ved

gjennomføring av helse- og omsorgstjenester (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). Loven påpeker også at pasienten skal inneha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i egen helsetilstand, i tillegg til informasjon om mulige bivirkninger og risikoer (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2).

### **2.8.3 Helsepersonelloven**

Lovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten samt bidra til tillit til helsepersonell (Helsepersonelloven, 1999, §1). Videre skal helsepersonell utføre sitt arbeid i krav til faglig forvarlighet, og gi omsorgsfull hjelp ut fra det som kan forventes ut ifra kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen (Helsepersonell, 1999, §4). Helsepersonell er i tillegg pliktet å føre journal (Helsepersonelloven, 1999, §39).

### **2.8.4 Etikk**

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere er basert på et felles verdigrunnlag hvor en har et moralsk ansvar for å respektere menneskerettighetene og menneskers likeverd (Borglin & Gjevjon, 2022, s. 59). De legger til grunn at sykepleie skal baseres på respekten for den enkeltes liv og integritet. Videre skal sykepleieren ivareta behovet for helhetlig omsorg, og gi tilpasset og tilstrekkelig informasjon, og ikke minst sikre at informasjon er forstått (NSF, u.å.).

Innenfor medisinsk etikk er det fire prinsipper som fremheves: velgjørenhet, ikke skade, respekt for autonomi og rettferdighet (Nortvedt, 2016, s. 96). Prinsippet om velgjørenhet kommer frem i §2.3 i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. “Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg” (NSF, u.å.). Ikke skade-prinsippet beskrives som ansvaret sykepleieren har i å minimalisere pasientens smerte og ubehag (Nortvedt, 2016, s. 97). Respekt for autonomi omhandler å gi pasienter, hvis omstendighetene tillater det, muligheten til å ta egne valg. Det innebærer muligheten til å kunne bestemme over egen behandling og pleie, herunder retten til å nekte helsehjelp (Nortvedt, 2016, s. 98). Rettferdighetsprinsippet tilsier at alle pasienter skal ha lik rett til omsorg, ut fra deres behov. Det skal forekomme uavhengig av status, kjønn, etnisitet og sosialt nettverk (Nortvedt, 2016, s. 99).

### 3 Metode

Designet på oppgaven er en litteraturstudie. Litteratursøkene er gjort i databasene CINAHL og MEDLINE. De fire valgte artiklene er fagfellevurdert og publisert i anerkjente tidsskrifter. Sjekklistene for vurdering av kvaliteten på de valgte artiklene er lagt ved som vedlegg. I dette kapitlet forklares søkeprosessen og utvelgelse av artikler samt øvrig fag- og forskningslitteratur.

#### 3.1 Litteraturstudie

Litteraturstudie er en syntese og en analyse av gjeldende litteratur om et tema (Popenoe et al., 2021, s. 175). Hensikten med studien er å danne et samlet bilde av temaet gjennom analyse av litteraturen (Popenoe et al., 2021, s. 175). Det er valgt fire forskningsartikler for å belyse tematikken med prostatakreft og seksuell dysfunksjon.

Retningslinjene til Lovisenberg Diakonale Høgskole stadfester at et av søkene i bacheloroppgaven skal være gjort i CINAHL. I tillegg til CINAHL har kandidatene gjennomført et søk på MEDLINE. Hovedvekten av artikler er funnet i CINAHL som er en database hvor et fokus er sykepleieforskning, noe som resulterer i artikler med sykepleiefaglig relevans (LDH, 2020). I innledende fase ble det gjort flere søk for å danne god oversikt over omfanget av litteratur. Søkeordene som ble inkludert i søkene, ivaretar ulike momenter i problemstillingen. Som nevnt er hensikten med oppgaven å undersøke pasienters opplevelser med informasjon tilknyttet seksuell dysfunksjon som bivirkning av prostatakreftbehandling. Derfor ble det inkludert søkeord som ivaretar det patologiske, seksuell dysfunksjon og sykepleiefaglig.

De endelige søkene i CINAHL og MEDLINE besto derfor av søkeordene “prostate cancer” og “sexual dysfunction”, “communication”/“patient education” og “nursing”. Alle ordene er såkalte “keywords”, og ikke MESH-ord. Det er verdt å legge merke til at det ikke ble benyttet samme søkeord på de to søkene i de to databasene. Dette er et resultat av at MEDLINE er en stor database for mange profesjoner. Ved å gjennomføre samme søk som på CINAHL fikk kandidatene for mange treff der svært få kunne inkluderes. Derfor ble det valgt å legge til ordet «nursing» i MEDLINE. I tillegg ble det i MEDLINE tatt bort søkeord som handlet om

undervisning og informasjon, da dette førte til treff tilknyttet informasjon og undervisning av studenter og personalet, som ikke ga pasientperspektivet som var ønsket.

For å få aktuelle artikler ble søket avgrenset ytterligere. I CINAHL og MEDLINE inkluderte vi avgrensningene; engelskspråklig og artikler publisert de siste ti årene.

### 3.1.1 Bakgrunn for valg av inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"><li>• Pasienter over 18 år</li><li>• Gjennomgått medisinsk eller kirurgisk behandling for prostatakreft</li><li>• Opprinnelsesland skal ha en form for likheter til nordisk helsevesen</li><li>• Fra pasientperspektiv</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Artikler med hensikt å se på minoriteter</li><li>• Artikler med hensikt å se på pasienter med metastaser</li><li>• Andre krefttyper</li></ul>

Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

I forkant av søket lagde kandidatene inklusjons- og eksklusjonskriterier som vist i tabell over. Inklusjons- og eksklusjonskriteriene er basert på hva kandidatene mener skal innlemmes eller utelates når en leser igjennom søkeresultatet ut ifra hensikten med studiet (Sverdrup, 2021, s. 95).

De valgte kriteriene er forankret i faglige begrunnelser. Som beskrevet i teorikapittelet, er medianalderen for diagnostetidspunkt 70 år (Kreftregisteret, 2022). Derav vil det være uinteressant å inkludere artikler med fokus på barn, da resultatene i liten grad vil ha overførbarhet. Det ble diskutert hvorvidt en burde avgrense alder ytterligere da medianalderen impliserer at et stort flertall er over 60 år (Kreftforeningen, 2022). Det ble dog bestemt at det skulle være pasienter over 18 år, da svært få artikler har avgrenset til en annen aldersgruppe. Ettersom problemstillingen ser på seksuell dysfunksjon som en bivirkning av behandling, var det hensiktsmessig å inkludere dette i inklusjonskriteriene. Videre ønsker kandidatene at resultatene i studiet skal ha overførbarhet til Norge. Dermed ble det besluttet å inkludere artikler fra land med likhetstrekk i helsevesenet.



Kandidatene besluttet å ekskludere artikler med hensikt å se på minoriteter og pasienter med metastaser. Eksklusjonen tilknyttet minoriteter ble gjort da det var ønskelig at deltakerne i stor grad skulle være en homogen gruppe for å kunne dra en generaliserende konklusjon. Kandidatene opplever det som svært positivt at forskningen rundt tematikken inkluderer minoriteter som vil kunne gi nyttig kunnskap i møte med et mangfoldig helsevesen, men konkluderer med at avgrensningen er hensiktsmessig for problemstillingen. Kandidatene bestemte at hensikten ikke fokuserer på pasienter med metastaserende prostatakreft, da overlevelsesraten er drastisk mindre enn ved lokal- og lokalavansert prostatakreft. I sammenheng med minoriteter ønsker kandidatene å få et helhetlig overblikk, noe en mister ved kun å fokusere på metastaser. Eksklusjonskriteriene betyr derimot ikke at deltakerne ikke kan tilhøre en minoritet eller ha metastaser; kun at hensikten ikke kan omhandle minoriteter og/eller metastaser. Det ble også ekskludert artikler som inkluderer flere krefttyper enn prostatakreft.

### 3.1.2 Søkeprosess

Database og dato for søk	CINAHL, 31/10-22	MEDLINE, 09/12-22
Søkeord og kombinasjoner	communication OR patient education AND sexual dysfunction AND prostate cancer	Prostate cancer AND Sexual dysfunction AND nursing
Avgrensinger i søket	Mellom 2012-2022	Mellom 2012-2022
Antall treff totalt	23	15
Antall gjennomleste titler	23	15
Antall gjennomleste abstrakt	17	8
Antall gjennomleste fulltekstartikler	4	2
Antall artikler som kan inkluderes basert på inklusjons- og eksklusjonskriterier	3	1

Ytterligere inklusjons- eksklusjonskriterier	Ikke aktuelt	Ikke aktuelt
Antall artikler inkludert i litteraturstudien	3	1
Inkludert artikkel nummer 1	Albaugh, J., Sufrin, N., Lapin, B., Petkewicz, J., & Tenfelde, S. (2017). Life after prostate cancer treatment: A mixed methods study of the experiences of men with sexual dysfunction and their partners. BMC Urology, 17(1), 45.	
Inkludert artikkel nummer 2	Hanly, N., Mireskandari, S., & Juraskova, I. (2014). The struggle towards 'the New Normal': A qualitative insight into psychosexual adjustment to prostate cancer. BMC Urology, 14(1), 56.	
Inkludert artikkel nummer 3		Smith, A., Wittmann, D., & Saint Arnault, D. (2020). The Ecology of Patients' Sexual Health Adjustment After Prostate Cancer Treatment: The Influence of the Social and Healthcare Environment. Oncology Nursing Forum, 47(4), 469- 478.
Inkludert artikkel nummer 4	Speer, S., Tucker, S., McPhillips, R., & Peters, S. (2017). The clinical communication and information challenges associated with the psychosexual aspects of prostate cancer treatment. Social Science & Medicine (1982), 185, 17-26.	

Tabell 2: Søkeprosess

### 3.2 Øvrig fag- og forskningslitteratur

Kandidatene benyttet pensum fra tidligere emner på bachelorprogrammet i sykepleie på Lovisenberg Diakonale Høgskole. For å fremheve pasientperspektivet er det hentet informasjon fra prostatakreftforeningen og kreftforeningen. For å styrke pasientperspektivet samt for å få frem helsepersonell sitt perspektiv er to artikler med hensikt å belyse hvordan erektil dysfunksjon håndteres i klinisk praksis blitt benyttet (Fennell & Grant, 2019; Krouwel et al., 2015). For å styrke kandidatenes fagkunnskap om seksuell helse, seksuell dysfunksjon og prostatakreft har det blitt hentet kunnskap fra “Sexologi i praksis” (Almås & Benestad, 2006) og “Kreftsykepleie: Pasient-utfordring-handling” (Reitan & Schjølberg, 2017). For å styrke fagkunnskap om kommunikasjon er boken “kommunikasjon i relasjoner” (Eide & Eide, 2021) blitt benyttet. BETTER-modellen (Blikstad et al., 2020) benyttes for å gi et overblikk over hvordan utfordringene tilknyttet informasjon kan møtes i praksis. Teorien som blir brukt for å belyse personsentrert sykepleie er fra Tanya McCane og Brandan McCormack (McCane & McCormack, 2017). All øvrig fag- og forskningslitteratur er brukt for å belyse problemstillingen.

## **4 Resultater**

Resultatene som presenteres er basert på fire studier. Matrisen tar for seg en sammenfatning av resultatene som er relevant for å besvare problemstillingen. Ut fra de fire artiklene, har resultatene blitt analysert i en syntese.

### **4.1 Artikkelmatrise**

Tabellen presenterer de ulike artiklenes hensikt, design/metode og funn. I tillegg foreligger det en kvalitetsvurdering med bakgrunn i sjekklister hentet fra Helsebiblioteket (2016).

Database	Forfatter, årstall, land	Tittel	Hensikt	Design/metode	Funn	Kvalitets vurdering
CINAHL	Albaugh, J., Sufrin, N., Lapin, B., Petkewicz, J., & Tenfelde, S., 2017, USA	Life after prostate cancer treatment: A mixed methods study of the experiences of men with sexual dysfunction and their partners	Utforske menn og deres partners opplevelse av seksuell dysfunksjon etter behandling av prostatakreft	Mixed study, fokus på kvalitativ studie. Åpne spørsmål, og en spørreundersøkelse. 27 deltakere.	Deltakerne ønsket informasjon gjennom hele forløpet. Noen opplevde at informasjonen om seksuell dysfunksjon var feil og misvisende, og ønsket den kunnskapsbasert. Deltakerne delte frustrasjon ved at helsepersonell kun hadde fokus på operasjonen, og savnet ressurser til å takle bivirkninger. Noen av deltakerne var fornøyde med helsepersonellet. Deltakerne uttrykte at helsepersonell ikke så deres prioriteringer og følelser rundt seksuell dysfunksjon.	Kvalitativ sjekkliste  10 av 10 poeng
CINAHL	Hanly, N., Mireskandari, S., & Juraskova, I., 2014, Australia	The struggle towards 'the New Normal': A qualitative insight into psychosexual adjustment to prostate cancer.	Formålet med studien var å utforske faktorer som påvirker psykososiale tilpasninger, selvoppfatning og ikke tilfredsstillende informasjon, og behovet for støtte for pasienter med prostatakreft og partnerne deres.	Kvalitativ studie. Semi-strukturert intervju med 21 deltakere. Ble gjennomført individuelt.	Deltakerne som følte de hadde tilgang på adekvat informasjon følte seg bedre rustet i møte med kreften. I startfasen opplevde flere deltakere at de ikke hadde nok innsikt og kunnskap om sykdommen til å kunne stille relevante spørsmål. Deltakerne informerte også om at helsepersonell ikke adresserte teamet seksuell helse.	Kvalitativ Sjekkliste  10 av 10 poeng
MEDLINE	Smith, A., Wittmann, D., & Saint Arnault, D., 2020,	The Ecology of Patients' Sexual Health Adjustment After Prostate Cancer	Hensikten med studien er å beskrive rollen pasienters omgivelse har på deres seksuelle bedrings prosess	Kvalitativ metode og en sekundær analyse. 8 deltakere, uten deres partnere.	Deltakerne uttrykker at støtte fra helsepersonell medvirker til å fremme bedring blant annet ved å veilede i bruk av seksuelle hjelpemidler og svare på spørsmål deltakerne satt med. Noen deltakere følte at informasjonen som ble gitt forberedte de i stor grad til selve behandlingen og eventuelle	Kvalitativ Sjekkliste  9 av 10 Poeng

	Storbritannia	Treatment: The Influence of the Social and Healthcare Environment. Oncology Nursing Forum	etter operasjon for prostatakraft.	Dataen er hentet fra en tidligere mixed-method med 20 deltakere og deres partnere. Spørreundersøkelse og intervjuer både pre-og postoperativt.  Studien der data er hentet: Wittmann, D., Carolan, M., Given, B., Skolarus, T., Crossley, H., An, L., . . . Montie, J. (2015). What Couples Say about Their Recovery of Sexual Intimacy after Prostatectomy: Toward the Development of a Conceptual Model of Couples' Sexual Recovery after Surgery for Prostate Cancer. <i>Journal of Sexual Medicine</i> , 12(2), 494-504.	bivirkninger. I kontrast opplevde noen deltakere at det ble gitt for mye informasjon, i tillegg til at informasjonen ikke var tilpasset til deltakerne.	
CINAHL	Speer, S., Tucker, S., McPhillips, R., & Peters, S., 2017, Storbritannia	The clinical communication and information challenges associated with the psychosexual aspects of prostate cancer treatment	Hensikten med studien er å studere menn sine erfaringer med å snakke med helsepersonell om de psykososiale aspektene ved prostatakraft og behandlingen. Videre vil de se på utfordringene ved kommunikasjonen.	Kvalitativ studie. Semi-strukturerte intervju. 21 deltakere.	Deltakerne opplevde at informasjon om seksuelle bivirkninger kom før oppstart av behandling. Tidspunktet for informasjon var feil fordi enkelte av deltakerne opplevde for mye informasjon i det tidsrommet. Informasjonen var ikke personsentrert og dermed betydningsløs. På bakgrunn av at den ikke var tilpasset den enkeltes holdninger, verdier, og sosial bakgrunn. Stereotypier preget informasjonen som ble gitt.	Kvalitativ sjekkliste  10 av 10 poeng

Tabell 3: Artikkelmatrise

## 4.2 Syntese av resultatene

Ved å analysere resultatene kan en dele dem inn i fem subkategorier; informasjonsformidling, holdninger og ansvarsfraskrivelse, mangel på pasientforståelse, mangelfull informasjon, informasjonstidspunktet og generalisert informasjon. Deltakerne opplevde frustrasjon ved at prioriteringen til helsepersonell lå på selve prosedyrene deltakerne skulle igjennom. I tillegg viser en studie at helsepersonell ikke tok opp tematikk som omhandler deltakerens seksuelle helse. Deltakerne har et ønske om at informasjonsflyten skal foregå gjennom hele behandlingsforløpet, blant annet da deltakere ikke evner å sammenfatte informasjon tilknyttet seksuelle bivirkninger tidlig i forløpet. I to av studiene kommer det tydelig frem at deltakerne følte at informasjonen som gis ikke var personsentrert, som i noen tilfeller førte til at informasjonen ble betydningsløs. De samme studiene peker på at helsepersonell generaliserte deltakerne, og at deltakernes egne holdninger og tanker ikke ble tatt til etterretning. Alle studiene tar opp utfordringer tilknyttet informasjonsflyt. Deltakerne ønsker at informasjonen som gis, skal basere seg på kunnskap. Resultatene viser at deltakere som opplevde å få adekvat informasjon samt mulighet til å stille spørsmål følte seg bedre rustet til å møte kreften og dens bivirkninger.

## 5 Diskusjon

Diskusjonsdelen er delt inn i en resultatdiskusjon og en metodediskusjon. I resultatdiskusjonen diskuteres forskningsartiklene med bakgrunn i tidligere presentert teori, annen forskning og kandidatenes oppfatning. Resultatdiskusjonen er strukturert etter resultater. Metodediskusjonen tar for seg styrker og svakheter ved metoden som ble benyttet, samt de utvalgte artiklene.

### 5.1 Informasjonsformidling

Deltakerne i studien til Albaugh et al., (2017, s. 3) pekte på at informasjonen ble opplevd som misvisende og ikke representativt for hvordan seksuell dysfunksjon var etter behandling. God informasjon innebærer at pasienten tar imot informasjonen og nyttiggjør den (Eide & Eide, 2021, s. 217). Pasienter har en lovfestet rett på informasjon om mulige bivirkninger av behandling (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). Ved å gi informasjon om mulige bivirkninger kan sykepleieren minske smerte og ubehag hos pasienten, som er en vesentlig del av ikke-skade prinsippet (Nortvedt, 2016, s. 97). For at pasienten skal kunne nyttiggjøre informasjonen må helsepersonell blant annet undersøke hva pasienten trenger av kunnskap og informasjon (Eide & Eide, 2017, s. 218). En konsekvens av at pasientene ikke får adekvat informasjon er at behandlingsforløpet virker uoversiktlig (Eide & Eide, 2017, s. 219). Enkelte deltakere savnet også informasjon om omfanget av bivirkninger og hjelpemidler for seksuell dysfunksjon (Hanly et al., 2014, s. 7). Et flertall av studiene konkluderte med at pasientene som hadde tilgang til adekvat informasjon følte seg bedre rustet i møte med kreften og mulige seksuelle konsekvenser (Albaugh et al., 2017, s. 3; Hanly et al., 2014, s. 7). En mulig forklaring på misvisende informasjon vil kunne være at helsepersonell i forkant ikke har gjennomført en fullstendig anamnese hvor en har funnet ut av pasientens informasjonsbehov som vil føre til standardisert informasjon. Ved å se til BETTER-modellen og kartlegge pasientens ressurser, vil sykepleier blant annet kartlegge pasientens sivile status, samt opplevelse av eget seksualliv før behandling (Blikstad et al., 2020). Kandidatene opplever at punktet "seksualitet/reproduksjon" ikke blir tatt i bruk når en gjennomfører kartlegging basert på VIPS-modellen. Dette samsvarer med Ehnfors et al., (2016, s. 80) som beskriver at mange sykepleiere opplever det vanskelig å vurdere seksualitet, og dermed unngår å dokumentere under søkeordet. I forlengelse av dette må en informere pasienten om at det er muligheter for videre henvisning med hensikt om mer spesialkompetanse (Gjessing,



2018). BETTER-modellen viser til at samtaler som omhandler seksuell helse, skal dokumenteres og sykepleier er lovpålagt å føre dokumentasjon (Blikstad et al., 2020; Helsepersonelloven, 1999, §39). Å inneha selvinnsikt til å kunne se egne begrensninger er lovfestet og vil blant annet styrke den helhetlige omsorgen og sikre faglig forsvarlighet (Helsepersonelloven, 1999, §4).

## **5.2 Holdninger og ansvarsfraskrivelse**

Deltakerne uttrykte at helsepersonell hadde stereotypier og fordommer som påvirket informasjonsformidlingen (Speer et al., 2017, s. 21). Sykepleierens holdninger spiller inn i rammen for kommunikasjonsforløpet, og vil kunne styre informasjonen som blir gitt (Eide & Eide, 2017, s. 38). Henderson beskriver at en sykepleier må inneha selvinnsikt slik at hen vedkjenner eventuelle følelser som hindrer utøvelsen (Henderson, 2011, s. 57). Dette underbygges av Tveiten (2020, s. 116) som forklarer at dersom sykepleierens egne verdier og normer er annerledes enn pasientens, vil det kunne påvirke kommunikasjonen negativt ved å resultere i dårligere kvalitet. Sykepleierens forutsetning for å arbeide personsentrert avhenger eksempelvis av holdninger og kompetanse (McCane og McCormark, 2017, s. 41; Speer et al., 2017, s. 21) Det kan tenkes at pasientopplevelsen forstyrres av sykepleierens forutsatte holdninger tilknyttet deltakernes seksualitet.

Fordommer pasientene møtte omhandlet betydningen av seksuell helse og velvære, eksempelvis at sex ikke var viktig for deltakerne på bakgrunn av alder (Speer et al., 2017, s. 21). Studier viser at 40% av menn i alderen 75-85 er seksuelt aktive (Gjessing, 2018). Derav vil det være en stereotypi ved at eldre ikke er opptatt av seksuell helse som en konsekvens av alderen, og helsepersonell unngår å snakke om det med eldre pasienter (Fennell & Grant, 2019, s. 3073). Det påpekes dog at hvor lenge en er seksuell aktiv er individuelt (Gjessing, 2018). Ved å inneha disse holdningene styrer sykepleieren informasjonen pasienten får eksempelvis ved å unngå å informere om seksuell dysfunksjon som bivirkning av behandling (Borg, 2017, s. 126). Dermed er det vesentlig at en er bevisst egne holdninger slik at de fordommene og stereotypiene en har ikke påvirker sykepleie-pasient relasjonen.

En studie peker på at der hvor helsepersonell ikke tok opp tematikken, ville ikke pasientene ta initiativ til samtalen (Hanly et al, 2014, s. 6). Resultatet underbygges ved at eldre menn kan ha problemer med å vedkjenne at seksualitet fortsatt har betydning, samt stigmatiseringen tilknyttet tematikken (Albaugh et al., 2017, s. 3). Videre vises det til at pasientene satt pris på at helsepersonell åpnet for en samtale om seksuell helse; spesielt hvis tematikken er ubehagelig for pasienten (Hanly et al., 2014, s. 6). Pasientene har en lovfestet rett til at informasjon blir gitt uten at de selv tar initiativ (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). De første stegene i BETTER-modellen er å adressere tematikken og informere pasienten om at sex er en naturlig del av livet og velvære (Blikstad et al., 2020). Sykepleieren har et ansvar for å normalisere samtaler tilknyttet seksualitet, og det beskrives at dette vil kunne gjøres ved å forklare pasienter at det er naturlig å ha bekymringer og tanker tilknyttet seksualitet i møte med sykdom (Blikstad et al., 2020). En kan tenke seg at ved å adressere seksuell helse vil sykepleieren bygge opp under sykepleier-pasient relasjonen og gi pasienten rom og mulighet for å ta opp spørsmål tilknyttet seksuell dysfunksjon som følge av behandling. Problematikken bygges opp under at sykepleiere opplever tematikken ubehagelig (Borg, 2017, s. 126). Ved å vegre seg fra samtalen bidrar en til fordommer tilknyttet seksualitet, og en sykepleier bør være åpen og nysgjerrig i samtale med pasienten (Borg, 2017, s. 126). Avslutningsvis kan en si at det er sykepleierens ansvar å initiere til samtale som omhandler mulig seksuell dysfunksjon, og sørge for at pasienten innehar informasjon som gir innsikt i egen sykdom.

### **5.3 Holistisk menneskesyn**

Deltakerne opplevde at informasjonen ikke er individualisert, og at pasientenes behov for å bli sett på som unike ikke innfris (Smith et al., 2020, s. 475; Speer et al., 2017, s. 21). Den holistiske tilnærmingen er fundamental i sykepleie, og en kan dra slutninger til at deltakerne har møtt helsepersonell der den holistiske tilnærmingen ikke blir helhetlig (Gjevjon et.al, 2022, s. 26). Å utøve helhetlig omsorg er nedfelt både i yrkesetiske retningslinjer og i lovverket, og er en forutsetning for personsentrert sykepleie (NSF u.å., spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §2-2). Faktorene som er unike for hver person er avgjørende for pasientens informasjonsbehov, og må betraktes når helsepersonell planlegger informasjonen (Speer et al., 2017, s. 21). Videre viser resultatene at deltakerne ønsket informasjon basert på tro, verdier, prioriteringer og sosial status (Speer et al., 2017, s. 21).

Dette underbygges i litteraturen der pasientens sosiale forhold, normer og holdninger preger hvem pasienten er og legger grunnlaget for behandling (Gjevjon et al., 2022, s. 26). Sett i sammenheng vil helsepersonell som arbeider personsentrert oppnå en holistisk tilnærming som vil føre til en opplevelse av individualisert informasjon.

Studiene oppgir at helsepersonell ikke evner å sette seg godt nok inn i pasientens situasjon (Albaugh et al., 2017, s. 6; Speer et al., 2017, s. 21). Videre viser studiene til at helsepersonell ikke har forståelse for pasientens prioriteringer og følelser tilknyttet seksuell funksjon (Albaugh et al., 2017, s. 6). For å individualisere pleien er det vesentlig å opparbeide en forståelse av hvordan pasienten opplever situasjonen (McCane & McCormack, 2017, s. 54). Sykepleiere må se på pasientens forutsetninger, og sammen med pasienten undersøke hva slags informasjon som er nødvendig (Eide & Eide, 2017, s. 218; McCane & McCormack, 2017, s. 54). En av studiene trekker frem at informasjonen som ble gitt var tilpasset heterofile forhold og der pasienten hadde fast partner (Speer et al., 2017, s. 22). For å kunne sette seg inn i pasientsituasjonen vil det være hensiktsmessig å gjennomføre en anamnese samt kartlegge hvilken betydning seksuell funksjon har for pasienten før behandlingen (Gjessing, 2018). Sykepleier vil dermed kunne opparbeide seg en forståelse, og i videre dialog få innblikk i pasientens forventninger etter endt behandling (Gjessing, 2017, s. 577). Dette er nødvendig slik at sykepleier kan gi riktig informasjon om hva pasienten kan forvente etter behandling basert på pasientens tanker og forventninger (Gjessing, 2017, s. 577). Pasienter skal ha et behandlingsforløp tilpasset egne behov, og tilbudet skal være forsvarlig og helhetlig (Helsepersonelloven, 1999, §4). En kartlegging vil ytterligere individualisere pleien, samt følge de yrkesetiske retningslinjene som fastslår at sykepleier skal ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg (Nortvedt, 2016; NSF, u.å.). Kommunikasjonen i sykepleie-pasient-relasjonen skal tilpasses pasienten, og bære preg av kunnskap sykepleier innehar om pasienten (McCane & McCormack, 2017, s. 44).

#### **5.4 Veiledende og undervisende funksjon**

Mange pasienter har ikke kompetansen som kreves for å stille gode spørsmål om egen helse (Hanley et al., 2014, s. 7). En av sykepleierens ansvarsområder er å veilede og undervise pasienter (Kunnskapsdepartementet, 2008). Helsekompetanse er et nylig oppdatert fagbegrep og betegnes som personers evne til å finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å

kunne komme frem til kunnskapsbaserte beslutninger som omhandler egen helse (Helsedirektoratet, 2021). Pasienter har en lovfestet rett til å medvirke i helsetilbud, samtidig som at tilbudet skal utformes i samarbeid med pasienten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). I Hanly et al., (2014, s. 7) sin studie fremhever en deltaker at han fikk informasjon tilknyttet det operative, men ikke informasjon om helheten av behandlingen. I Hanly et al (2014, s. 7) beskriver en deltaker at han ikke visste hva som skal skje i den postoperative- og rehabiliterendefase. En kan konkludere med at forståelsen rundt egen situasjon i stor grad påvirker hvordan pasientene tilpasser og mestrer livet med sykdom (NRF, u.å.). Et moment som utfordrer den veiledende og undervisende funksjonen er maktforholdet. Gjennom sin profesjonsutdanning innehar sykepleieren kunnskap som vil skape et maktforhold i sykepleie-pasient-relasjonen (Eide & Eide, 2021, s. 26; Reitan, 2017, s. 106). Sykepleier kan uten vilje begrense tilgangen til informasjon ved å ikke involvere pasienten og deres synspunkter (Reitan, 2017, s.106). Et annet moment som bidrar til et skeivt maktforhold er de ulike rollene i relasjonen. Som pasient er du avhengig av å få hjelp, og sykepleieren er den som skal hjelpe (Eide & Eide, 2021, s. 26). Å være bevist på sin rolle og posisjon vil kunne muliggjøre pasientmedvirkning i utøvelsen av den undervisende og veiledende funksjonen.

Studiene peker på at pasientene opplever det som viktig at informasjon om seksuell dysfunksjon skal være kunnskapsbasert, som står i tråd med standarden for kunnskapsbasert sykepleie (Albaugh et al., 2017, s. 3; Smith et al., 2020, s. 474). Sykepleie skal bygges på erfaringsbasert kompetanse, brukerkunnskap og forskning som resulterer i kunnskapsbasert informasjon (NSF, u.å.). Strategi for seksuell helse har som mål at mennesker skal ha god kunnskap om ivaretagelse av egen seksuell helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Dette forutsetter at helsepersonell innehar grunnleggende kunnskaper om pasientsituasjonen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Det vises til at helsepersonell opplever en mangel på kunnskap som fører til en barriere for kunnskapsbasert informasjon (Gjessing 2018; Krouwel et al., 2015, s. 712). Sykepleiere plikter seg til å være faglig oppdatert, som bidrar til faglig forsvarlig sykepleie (Helsepersonelloven, 1999, §4; NSF, u.å.). Kandidatenes forståelse er at kunnskapsbasert informasjon bidrar til at pasienten opplever økt forståelse rundt egen situasjon. For å oppsummere, så er det lovpålagt å utøve faglig forsvarlig sykepleie, og kunnskapsbasert informasjonsformidling vil spille inn på pasientens opplevelse.

## 5.5 Informasjonstidspunkt

I samtlige studier opplevde deltakerne en stor mengde informasjon om seksuell dysfunksjon rett etter diagnosetidspunkt (Albaugh et al., s. 3; Smith et al., 2020, s. 475; Speer et al., 2017, s. 19). Tidspunkt for informasjonen er avgjørende for at pasienten greier å nyttiggjøre den, og ved å gi for mye informasjon på samme tid evner ikke pasienten dette (Eide & Eide, 2017, s. 218). Gjessing (2017, s. 576) forklarer at pasienter som klager på helsetilbudet ofte retter oppmerksomhet mot at tidspunktet for informasjon opplevdes feil. Dette understøttes av forskningen til Buote et al., (2020, s. 581) som viser til at der helsepersonell gir informasjon for å sikre autonomi, føler pasientene på et tap av autonomi. Å få en kreftdiagnose oppleves for flertallet som en stor psykisk belastning og deltakerne beskriver blant annet at denne perioden er preget av uro og angst, og ytterligere informasjon vil bidra til at de føler seg overveldet (Gjessing, 2017, s. 576; Speer et al., 2017, s. 19). Dermed kan en tenke seg til at det blir overflødig for pasienten å skulle fokusere på noe annet enn kreften på gjeldende tidspunkt. Som et aspekt vil det derfor være avgjørende at helsepersonell i samråd med pasienten må vurdere når ulik informasjon skal formidles slik at pasienten i størst mulig grad kan nyttiggjøre seg av informasjonen. Respekt for autonomi er vesentlig for å gi pasientene mulighet til å delta i behandlingen (Nortvedt, 2016, s.98). Dermed vil det å planlegge når informasjonen skal adresseres, samt hva som skal adresseres, bidra til å gi pasientene deltakelse i behandlingen og bedre forståelse for seksuell dysfunksjon som bivirkning.

En deltaker uttrykte at sex var det siste han tenkte på, samtidig som en annen deltaker uttrykte at sex var det eneste han tenkte på (Speer et al., 2017, s. 19). Dermed er det igjen viktig å kartlegge pasientens forventninger til seksuell funksjon før oppstart av behandling, fordi pasientens opplevelser er individuelle. Studien sier imidlertid ikke at informasjonen ikke skal komme på starten av behandlingsforløpet (Albaugh et al., 2017, s. 3; Speer et al., 2017, s. 19). Det påpekes at pasientene ønsker en kontinuerlig informasjonsflyt gjennom hele forløpet samt verbal og skriftlig informasjon (Speer et al., 2017 s. 19). Gjessing forklarer at ved å gi verbal og skriftlig informasjon kan en redusere utryktheten hos pasienten (Gjessing, 2017, s. 575). Ved å se dette i sammenheng med andre resultater vil det være avgjørende at informasjonen planlegges i samråd med pasientene slik at pasientens behov blir ivaretatt. Steg tre i BETTER-modellen, timing av intervensjoner, støtter opp under resultatene nevnt over. Tidspunktet er avgjørende når en skal adressere et sensitivt tema, slik som seksuell dysfunksjon, og som sykepleier må en reflektere over når det er hensiktsmessig å informere

pasienten (Blikstad et al., 2020). Steg fire, informere pasienten om muligheten for seksuell dysfunksjon, bygger videre på dette ved at en må se innholdet og mengde informasjon i sammenheng for å sikre at pasienten evner å nyttiggjøre informasjonen (Blikstad et al., 2020).

## **5.6 Generalisert informasjon**

Videre viser resultatene viktigheten av å individualisere pleien (Smith et al., 2020, s. 475; Speer et al., 2017, s. 21). En annen studie fremhever at deltakernes opplevelse var at informasjonen var standardisert og unøyaktig (Albaugh et al., 2017, s. 3). I likhet med tidligere kan en tenke at god planlegging av informasjonen vil føre til at informasjonsinnholdet blir forståelig fordi en tilpasser mengden og innholdet. Sådan kan en dra slutninger til at planleggingen vil kunne føre til personsentrert informasjon. Det pekes videre på at informasjonen inneholder et språk bestående av blant annet fagbegreper som er uforståelig for pasientene (Eide & Eide, 2021, s. 220). Det er lovpålagt at pasienten skal inneha informasjon som er nødvendig for innholdet i helsehjelpen og nødvendig for innsikt i egen helsetilstand (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). Det kan argumenteres med at pasientens rett til informasjon resulterer i en overbelastning som vil kunne virke mot lovens formål (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). For å oppsumere opplever pasienter at informasjonen som blir gitt om seksuell dysfunksjon er for omfattende, og det kan tenkes at ved god planlegging vil pasientopplevelsen bli bedret.

## **5.7 Metodediskusjon**

I dette delkapittelet diskuteres valgt metode med styrker og svakheter. Videre vil det også bli diskutert styrker og svakheter ved de valgte artiklene.

### **5.7.1 Litteraturstudie, litteratursøk og utvelgelse**

Hensikten med en litteraturstudie er å sammenfatte forskning på et tema og systematisere det til en felles forståelse (Popenoe et al., 2021, s. 175). Hovedvekten av artiklene er kvalitative studier (Hanly et al., 2014; Speer et al., 2017; Smith et al., 2020) som benyttes når en studerer individers opplevelse og erfaring (Sverdrup, 2020, s. 58). Problemstillingen tar utgangspunkt i

pasienters opplevelse og dermed er kvalitative studier hensiktsmessig. En bakside ved en slik tilnærming er at resultatene ikke kan generaliseres slik som i kvantitative studier (Dallan, 2020, s. 54). Dette ser en tydelig på utvelgelsesprosessen som kan ha resultert i et snevert utvalg. Eksempelvis ser en i to av artiklene at mennene har valgt å delta selv, som kan resultere i at svarene er lite representative (Hanly et al., 2014; Speer et al., 2017). En av studiene er en mixed method studie med hensikt å kombinere både kvalitative og kvantitative data (Albaugh et al., 2017; Andersen, 2017). Dette vil føre til at resultatene gir en bredere forståelse da en får både bredde- og dybdeforståelse (Dallan, 2020, s. 55). De utvalgte artiklene gav kandidatene god innsikt i opplevelsen rundt informasjon gitt om seksuell dysfunksjon som bivirkning av behandling.

Det viste seg utfordrende å inkludere konteksten, altså sykehus, som et søkeord. I innledende søk ble det forsøkt å bruke ord som “healthcare”, “hospital” og “healthcare facility” for å strukturere søket ytterligere. Dette førte dog til for få artikler, og at artiklene ikke var gode for å belyse problemstillingen. Søket har videre sine svakheter som kan ha ført til et søkeresultat som ikke er optimalisert. Etter å ha gjort flere innledende søk, bestemte kandidatene seg for å kun bruke “keywords” i det endelige søket. Dette blant annet fordi søk med MESH-ord ikke ga tilstrekkelig resultater. Det vises også til at det vil kunne ta litt tid før artiklene får MESH-ord som vil kunne resultere i at nyere forskning ikke blir funnet (NTNU, 2009, s. 12). Overordnet har kandidatene lite erfaring med å gjennomføre et strukturert litteratursøk som blant annet har ført til at søkeprosessen ble svært tidskrevende. I tillegg var det etter retningslinjene kun lov med 4-6 artikler, noe som kan ha resultert i et snevert bilde av tilgjengelig litteratur.

### **5.7.2 Styrker og svakheter ved de inkluderte artiklene**

Studiene i utvelgelsen kommer fra vestlige land, henholdsvis USA, Australia og Storbritannia. Dette er en styrke ved at resultatene vil kunne sees i sammenheng med et norsk helsevesen, og dermed er overførbare. USA sitt helsevesen er det som er mest ulikt det norske, og deltakerne i studien er fra et privat sykehus (Albaugh et al., 2017). Kandidatenes oppfatning er at standarden på private sykehus i USA oppfattes nærmere den nordiske standarden, noe som fører til overførbarhet. På den andre siden er det ingen av artiklene som kommer fra Norden. Dette ser kandidatene som en svakhet ved oppgaven, både for resultatene og for tolkningen av innholdet. Årstall påvirker også overførbarheten, og artiklene er fra årene

2014, 2017 og 2020. Kandidatene vurderer at disse er såpass nye at resultatene vil ha sammenheng med utvikling i samfunnet som medisinsk forskning og prosedyrer.

Kandidatene hadde på forhånd bestemt noen inklusjons- og eksklusjonskriterier, men erfarte fort at flere av studiene inneholdt deler av eksklusjonskriteriene. Eksempelvis inneholder noen av de utvalgte artiklene deltakere som tilhører en minoritet, deltakere med metastaser, eller studier med partnere til stede. Kandidatene inkluderte disse artiklene da et stort flertall av deltakerne ikke var en del av en minoritet, i tillegg til at deltakerne ikke hadde metastaser. Hensikten med studiene var ikke opplevelsen til homofile menn, menn med metastaser eller partnernes opplevelse. Dermed konkluderte kandidatene at resultatene fortsatt var anvendbare for å belyse problemstilling.



## 6 Konklusjon

I denne oppgaven ønsket kandidatene å svare på problemstillingen *“Hvordan opplever pasienter på sykehus å bli informert om mulig seksuell dysfunksjon grunnet behandling for prostatakreft?”*. Deltakerne i studiene kandidatene har sett på opplever at informasjonen som gis ikke er individualisert. Videre ønsker deltakerne at informasjonen bør foregå over hele behandlingsforløpet og ikke sentreres til et spesifikt tidspunkt. Mengden informasjon må også tilpasses den enkelte, og sykepleier avgjør behovet for informasjon i samråd med pasienten. Pasienter opplever at sykepleiere drar med egne holdninger og fordommer inn i sykepleie-pasient- relasjonen som svekker den personsentrerte sykepleien. Et viktig moment for pasientenes opplevelse er at sykepleieren må anerkjenne at seksualitet er et grunnleggende behov, og at sykepleieren har ansvar for å informere pasienten. Tematikken har et økende fokus i samfunnet hvor blant annet strategi for seksuell helse har som fokus å øke kunnskap om seksuell helse hos den generelle befolkningen. Strategien legger til grunn at helsepersonell må øke sin egen kunnskap og dra tematikken inn i klinikken. Det vises til at sykehusavdelinger trenger å iverksette prosedyrer og lære ansatte om ulike kommunikasjonsmodeller, eksempelvis BETTER-modellen.

For å få svar på problemstillingen gjennomførte kandidatene en litteraturstudie. Litteraturstudien består av fire artikler som er et lite antall sett i sammenheng med studier rundt tematikken. Det vil derfor kunne knyttes usikkerhet til konklusjonen når kandidatene ikke har gjennomført en fullstendig gjennomgang av litteraturen.

Tematikken får ikke en plass i behandlingen som resulterer i at tematikken neglisjeres og at pasienter ikke får den lovfestede retten på informasjon som de har. En konsekvens for de nevnte resultatene vil blant annet være at pasienter ikke opplever å få helhetlig omsorg knyttet til en diagnose som for mange fører til stigma. Tematikken har de seneste årene blitt satt i søkelyset som gir et håp om at helsevesenet i sin helhet begynner å vurdere pasienters seksuelle helse uavhengig av alder, kjønn og sosiale forhold.

## Litteraturliste

- Albaugh, J., Sufrin, N., Lapin, B., Petkewicz, J., & Tenfelde, S. (2017). Life after prostate cancer treatment: A mixed methods study of the experiences of men with sexual dysfunction and their partners. *BMC Urology*, 17(1), 45. <https://doi.org/10.1186/s12894-017-0231-5>
- Almås E. & Benestad, E. E. P. (2006). *Sexologi i praksis*. (3.utgave).
- Andersen, J. (2017). «Mixed methods»-design i helseforskning. *Sykepleien*.  
10.4220/Sykepleiens.2017.64738
- Berg, A. S. (2017). Kreft i mannlige kjønnsorganer. I A. M. Reitan, T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient-utfordring-handling* (4.utgave, s. 561-574). Cappelen Damm Akademisk
- Blikstad, A., Falch-Koslung, L., & Tschudi-Madsen, C. (2020). Samtaleverktøyet BETTER kan gjøre det lettere å snakke om seksualitet. *Sykepleien Forskning* (Oslo), (81922), E-81922.  
[10.4220/Sykepleiens.2020.81922](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.81922)
- Borg, T. (2017). Seksualitet. I A. M. Reitan, T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient-utfordring-handling* (4.u utgave, s. 120-131). Cappelen Damm Akademisk
- Borglin, G. & Gjevjon, E. R. (2022). Sykepleie-profesjon og fag. I A. K. Bjørnnes., E. R. Gjevjon., E. K. Grov & I. M. Holter. (red.). *Sykepleieboken 1: Sykepleiens fundament*. (6.utgave, s. 48-76)
- Buote, R., Cameron, E., Collins, R., & McGowan, E. (2020). Understanding Men's Experiences With Prostate Cancer Stigma: A Qualitative Study. *Oncology nursing forum*, 47(5), 577–585.  
<https://doi.org/10.1188/20.ONF.577-585>
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving*. (7.utgave). Gyldendal akademiske

- Ehnfors, M., Ehrenberg, A. & Thorell-Ekstrand, I. (2016). *Nye VIPS-BOKEN: Velvære, integritet, profylakse, sikkerhet*. (2.utgave). Cappelen Damm Akademiske
- Eide, H. & Eide, T. (2021). Kommunikasjon i relasjoner: *Personorientering, samhandling, etikk* (3.utgave). Gyldendal
- Fennell, R., & Grant, B. (2019). Discussing sexuality in health care: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 28(17-18), s. 3065-3076. <https://doi.org/10.1111/jocn.14900>
- Gjessing, R. (2017). Sykepleieutfordringer ved kreft i mannlige kjønnsorganer. I A. M. Reitan, T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient-utfordring-handling* (4.u utgave, s. 575-587). Cappelen Damm Akademisk
- Gjessing, R. (2018). Seksualiteten etter kreften. *Sykepleien Forskning* (Oslo), (72373), E-72373. [10.4220/Sykepleiens.2018.72373](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.72373)
- Gjevjon, E. R., Holter, I. M & Kim, S. (2022). Sykepleiefagets signatur. I A. K. Bjørnnes., E. R. Gjevjon., E. K. Grov & I. M. Holter (red.). *Sykepleieboken 1: Sykepleiens fundament*. (6.utgave, s. 23-45). Cappelen Damm Akademisk.
- Hanly, N., Mireskandari, S., & Juraskova, I. (2014). The struggle towards 'the New Normal': A qualitative insight into psychosexual adjustment to prostate cancer. *BMC Urology*, 14(1), 56. <https://doi.org/10.1186/1471-2490-14-56>
- Helland, Y. (2016). *Seksualitet*. I E.K, Grov. & I.M, Holter. (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5.utgave., s.861-882). Cappelen Damm akademisk
- Helsebibloteket (2016). *Sjekklistor*. Helsebibloteket.no <https://www.helsebibloteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekklistor>
- Helsedirektoratet (2021). *Helsekompetanse*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsekompetanse/helsekompetanse>

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Snakk om det!: Strategi for seksuell helse (2017-2022)*.  
Regjeringen.no.  
[https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi\\_seksuell\\_helse.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Leve med kreft: Nasjonal kreftstrategi (2018-2022)*.  
Regjeringen.no  
[https://www.regjeringen.no/contentassets/266bfl1ecc38940888a589ec86d79da20/regjeringens\\_kreftstrategi\\_180418.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/266bfl1ecc38940888a589ec86d79da20/regjeringens_kreftstrategi_180418.pdf)
- Henderson, V. (2011). Sykepleierens natur: Refleksjoner etter 25 år: *En definisjon og dens konsekvenser for praksis, forskning og utdanning*. (1. utgave, 2011). Gyldendal Norsk forlag AS.
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell. (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Holter, I.M. & Grov, E.K. (2016). *Hvem er pasientene, og hvor befinner de seg?*. I E.K, Grov. & I.M, Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisksykepleie* (5.utgave., s.27-34). Cappelen Damm akademisk
- Kreftforeningen. (2022). Prostatakreft. Kreftforeningen.  
<https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/prostatakreft/>
- Kreftregisteret. (2014, 10.februar). *Stor økning i krefttilfeller frem mot 2030*. Kreftregisteret.  
<https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Nyheter/Stor-okning-i-krefttilfeller-fram-mot-2030/?fbclid=IwAR3vg-4aGmG-liSEUnuuWKfn23-NQTZ11uHG3jbuL5dHIL5GeDbqemMWATI>
- Kreftregisteret. (2022, 8.juni). *Kreft i Norge*. Kreftregisteret.  
<https://www.kreftregisteret.no/Temasider/om-kreft/>
- Krouwel, E. M., Nicolai, M. P., van Steijn-van Tol, A. Q., Putter, H., Osanto, S., Pelger, R. C., & Elzevier, H. W. (2015). Addressing changed sexual functioning in cancer patients: A cross-

sectional survey among Dutch oncology nurses. *European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society*, 19(6), 707–715.

<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.05.005>

Kunnskapsdepartementet. (2008). Rammeplan for sykepleieutdanning. Regjeringen.no

[https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan\\_sykepleierutdanning\\_08.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf)

LDH. (2020). Databaser og nettressurser. LDH

<https://ldh.no/bibliotek/databaser-og-nettressurser>

McCane, T. & McCormack, B. (2017). *The Person-centred Practice Framework*. I T, McCane. & B, McCormack (Red.), *Person-Centred Practice in Nursing and Health Care: Theory and Practice* (2.utg., s. 36-64). WILEY Blackwell

NTNU. (2009). Introduksjon til Pubmed. NTNU

[https://folk.ntnu.no/janove/medbib/pdf\\_filer/pubmed\\_handsout\\_sept\\_09.pdf](https://folk.ntnu.no/janove/medbib/pdf_filer/pubmed_handsout_sept_09.pdf)

Nortvedt, P. (2017). *Omtanke: En innføring i sykepleiens etikk* (2.utgave). Gyldendal Akademisk

NRF. (u.å.). Tankegods- sykdomsforståelse og mestring. Revmatiker.no

<https://www.revmatiker.no/om-nrf/vare-prosjekter/tankegods-sykdomsforstaelse-og-mestring-ved-kronisk-sykdom/>

NSF. (u.å.). Yrkesetiske retningslinjer. Norsk sykepleierforbund. [https://www.nsf.no/etikk-](https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer)

[0/yrkesetiske-retningslinjer](https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer)

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-

63). Lovdata. [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven)

[63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven)

Popenoe, R., Langius-Eklöf, A., Stenwall, E., & Jervaeus, A. (2021). A practical guide to data analysis in general literature reviews. *Nordic Journal of Nursing Research*, 41(4), 175-186.

<https://doi.org/10.1177/2057158521991949>

Prostatakreftforeningen (u.å., a). *Impotens*. Prostatakreft. <https://prostatakreft.no/a-leve-med-prostatakreft/impotens/>

Prostatakreftforeningen. (u.å., b). *Seksualitet og samliv etter prostatakreftbehandlingen*.

Prostatakreft. <https://prostatakreft.no/seksualitet-og-samliv-etter-prostatakreftbehandlingen/>

Reitan, A. M. (2017). Klinisk kommunikasjon. I A. M. Reitan, T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient-utfordring-handling* (4.u utgave, s. 104-119). Cappelen Damm Akademisk

Smith, A., Wittmann, D., & Saint Arnault, D. (2020). The Ecology of Patients' Sexual Health Adjustment After Prostate Cancer Treatment: The Influence of the Social and Healthcare Environment. *Oncology Nursing Forum*, 47(4), 469-478. DOI: 10.1188/20.ONF.469-478

Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (LOV-1999-07-02-61).

Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjeneste>

Skovdahl, K. (2022). Personsentrert sykepleie. I A. K. Bjørnnes., E. R. Gjevjon., E. K. Grov & I. M. Holter. (red.). *Sykepleieboken 1: Sykepleiens fundament*. (6.utgave, s. 94-114)

Speer, S., Tucker, S., McPhillips, R., & Peters, S. (2017). The clinical communication and information challenges associated with the psychosexual aspects of prostate cancer treatment. *Social Science & Medicine* (1982), 185, 17-26.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.05.011>

Sverdrup, S. (2021). Bachelor-og masteroppgave i sosial- og helsefag: *Råd og vink. Skritt for skritt*. ( 1.utgave). Cappelen Damm Akademiske.

Tveiten, S. (2020). Helsepedagogikk: *Helsekompetanse og brukervedvirkning* (2.utgave).

Fagbokforlaget

WHO. (u.å.). *Sexual Health*. WHO. [https://www.who.int/health-topics/sexual-health?fbclid=IwAR121cC3jegcP644YAOLSkS46-Rs0CgB1imz11tW6opHTA7TMOsQvya6vRo#tab=tab\\_2](https://www.who.int/health-topics/sexual-health?fbclid=IwAR121cC3jegcP644YAOLSkS46-Rs0CgB1imz11tW6opHTA7TMOsQvya6vRo#tab=tab_2)

Wittmann, D., Carolan, M., Given, B., Skolarus, T., Crossley, H., An, L., . . . Montie, J. (2015). What Couples Say about Their Recovery of Sexual Intimacy after Prostatectomy: Toward the Development of a Conceptual Model of Couples' Sexual Recovery after Surgery for Prostate Cancer. *Journal of Sexual Medicine*, 12(2), 494-504. <https://doi.org/10.1111/jsm.12732>

Wyller, V. B. B. (2019). *Frisk: Cellebiologi, anatomi, fysiologi*. (4.utgave). Cappelen Damm Akademiske

## 7 Vedlegg

### 7.1 Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie- Albaugh et al., 2017.

#### Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 15.10.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se

[www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister](http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister)

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?

Send e-post til [Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no](mailto:Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no).

#### Kritisk vurdering av:

Albaugh, J., Sufrin, N., Lapin, B., Petkewicz, J., & Tenfelde, S. (2017). Life after prostate cancer treatment: A mixed methods study of the experiences of men with sexual dysfunction and their partners. *BMC Urology*, 17(1), 45.

<https://doi.org/10.1186/s12894-017-0231-5>

#### Del A: Innledende vurdering

##### Er formålet med studien klart formulert?

Ja –  Nei –  Uklart

##### Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

##### Kommentar:

Hensikten er å utforske menns samt deres partere sin opplevelse av seksuell dysfunksjon etter behandling av prostatakreft.

##### Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

##### Tips:

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

##### Kommentar:

Er en mixed method studie hvor hovedmetoden er kvalitativ metode. De ble stilt åpne spørsmål, i tillegg til at mennene gjennomførte en kvantitativ spørreundersøkelse. Kvalitativ er hensiktsmessig da de ønsker å se på opplevelse av seksuell dysfunksjon etter behandling.



### **Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?**

Ja –  Nei –  Uklart

#### **Tips:**

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

#### **Kommentar:**

Det ble brukt åpne spørsmål som ble stilt til mennene og deres partnere individuelt. Det er hensiktsmessig å bruke åpne spørsmål for å gi deltakerne frihet til å styre tematikken, og ikke legge føringer på resultatene.

### **Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

#### **Kommentar:**

Deltakerne var menn som har gått igjennom behandling for prostatakrefte i løpet av de siste 1-5 årene. I tillegg må behandlingen ha ført til en seksuell dysfunksjon. Partnerne til deltakerne hadde også mulighet til å delta. Rekrutteringen foregikk i støttegrupper og fra en urologisk klinikk. Rekrutteringen gikk primært ut på å gi ut informasjonsskriv og ved munn-til-munn metoden. Inklusjonskriteriene er tydelig presentert ved at de som nevnt må ha gjennomgått behandling (strålebehandling eller radikal prostatektomi) i løpet av de siste 1-5 årene. Deltakerne må også ha vært seksuelt aktive frem til behandlingstidspunkt, og de må kunne kommunisere på engelsk både skriftlig og verbalt.

### **Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?

- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

**Kommentar:**

Ble brukt åpne spørsmål i intervjuet. Et intervju varte opp til 25 minutter og ble tatt opp med lyd og transkribert.

**Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
  - a. utforming av problemstilling
  - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
  - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

**Kommentar:**

Deltakerne var en svært homogen gruppe med tanke på etnisitet, sosioøkonomisk bakgrunn av utdanningsnivå. De peker også på at utvalget, bestående av 27 menn, er stort i forhold til kvalitativ studie. 93% av mennene som deltok gjennomgikk radikal prostatektomi, og funnene vil da nødvendigvis være representativt for de som har gjennomgått stråling. Dataen er også kun samlet inn fra menn som selv valgte å bli med i studien, og kan dermed gi dataen kun en side.

**Er etiske forhold vurdert?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

**Kommentar:**

Innsamlingen er gjort i henhold til Helsinki deklarasjonen (1964) og dens tillegg. Studiet er godkjent av NorthShore Univeristy Healthsystem Institutional Review Board og deltakerne ga samtykke for å bli med.

**Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

**Kommentar:**

Fortolkningen av dataen er presentert i 6 ulike temaer, hvor de innenfor hver tematikk har tatt med direkte sitater fra deltakere. Det foreligger en systematisk gjengivelse av hvordan dataen er analysert i et eget analysekapittel.

**Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Del B: Hva er resultatene?**

**Er funnene klart presentert?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

**Kommentar:**

Foreligger en grundig presentasjon av funn og funnene diskuteres opp mot problemstillingen

**Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?**

**Hvor nyttige er funnene fra denne studien?**

**Tips:** Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

#### **Kommentar:**

Funnene gir en oversikt som vil kunne brukes til å forbedre utøvelsen av sykepleie tilknyttet pasientgruppen. Svarene er i flere tilfelles generalisert der deltakere sitter inne med like opplevelser. Funnene gir grunnlag for å skape forståelse om opplevelsene som pasientene innehar.

## **7.2 Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie- Hanly et al., 2014.**

### **Om sjekklisen**

Sjekklisen er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 15.10.2020.

Sjekklisen er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se

[www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister](http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister)

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisen?

Send e-post til [Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no](mailto:Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no).

### **Kritisk vurdering av:**

Hanly, N., Mireskandari, S., & Juraskova, I. (2014). The struggle towards 'the New Normal': A qualitative insight into psychosexual adjustment to prostate cancer. *BMC Urology*, 14(1), 56. <https://doi.org/10.1186/1471-2490-14-56>

## **Del A: Innledende vurdering**

**Er formålet med studien klart formulert?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

**Kommentar:**

Formålet med studien var å utforske faktorer som påvirker psykososiale tilpasninger, selvoppfatning og ikke tilfredsstillende informasjon, og behovet for støtte for pasienter med prostatakreft og partnerne deres.

**Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

**Kommentar:**

For å avdekke hvilke faktorer som har påvirket mennene er det hensiktsmessig å benytte seg av kvalitativ metode.

**Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

**Kommentar:**

Forskerne har begrunnet valg av spørsmål, og hvorfor de har valgt et semi-strukturert intervju. Valget falt på dette slik at de i hovedsak gikk på de samme teamene, men at deltakerne i studien i tillegg skulle få mulighet til å reflektere selv. De valgte spørsmålene hadde bakgrunn i litteratur om temaet.

**Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?

- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

**Kommentar:**

Mennene ble rekruttert gjennom en reklame for studien, som var hengt opp i en støttegruppe for menn med prostatakreft. Her inviterte de menn som hadde fått diagnosen og blitt behandlet for dette de siste 5 årene. De har valgt å ekskludere menn under 18 år, de som ikke forstår engelsk godt nok til å delta, de med metastaser, og de som har en psykiatrisk lidelse. For å lande på de 21 mennene gjennomførte de en telefonsamtale med de som hadde meldt seg.

**Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

**Kommentar:**

De har benyttet seg av semi- strukturerte intervjuer, med en lengde på intervjuene fra 50 minutter til 2 timer. De benyttet seg av aide-memoire for å strukturere intervjuet, og belyse de viktigste temaene som skulle gjennomgås. De har beskrevet valget av spørsmål, og temaene de skal gjennom. Dataen ble smalt inn via lydopptak som senere ble transkribert.

**Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
  - a. utforming av problemstilling
  - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
  - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

**Kommentar:**

De har kritisert utvelgelse av deltagere, siden de selv har valgt ut deltakerne kan det være preget av bias. Det var to kvinner som gjennomførte studien noe de selv påpeker kan ha påvirket dataen som ble innsamlet, fordi deltakerne opplevde det som ubehagelig. En annen faktor som kan ha påvirket dataen som er samlet inn er at den ene de som intervjuet var også deltakerens koordinator i støttegruppen. Det skal imidlertid sies at deltakerne selv var glad for dette, da det føltes lettere å snakke med en de kjenner enn en fremmed.

**Er etiske forhold vurdert?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

**Kommentar:**

Det er vurdert i en etisk komité i tillegg så fikk deltakerne et informasjonsskriv der de stod at informasjonen skulle behandles konfidensielt.

**Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

**Kommentar:**

De har analysert dataene til en tematisk analyse og benyttet seg av Braun og Clarck's metode. De beskriver systematisk stegene i analysen av data, det er kortfattet og enkelt å forstå.

**Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?**

Ja –  Nei –  Uklart

## **Del B: Hva er resultatene?**

**Er funnene klart presentert?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

### **Kommentar:**

Funnene er klart presentert, og kategorisert. Svarene de kommer frem til blir underbygget med forskning fra andre som sier de samme, og det støtter godt opp under funnene deres i studien.

## **Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?**

**Hvor nyttige er funnene fra denne studien?**

**Tips:** Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

### **Kommentar:**

De har kommet med tydelig forslag til videre forskning, for å få en bedre forståelse av pasientgruppen og deres utfordringer.

## **7.3 Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie- Smith et al., 2020.**

### **Om sjekklisten**

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 15.10.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et



forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se [www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister](http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister)  
Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?  
Send e-post til [Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no](mailto:Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no).

**Kritisk vurdering av:**

Smith, A., Wittmann, D., & Saint Arnault, D. (2020). The Ecology of Patients' Sexual Health Adjustment After Prostate Cancer Treatment: The Influence of the Social and Healthcare Environment. *Oncology Nursing Forum*, 47(4), 469-478. DOI: 10.1188/20.ONF.469-478

**Del A: Innledende vurdering**

**Er formålet med studien klart formulert?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

**Kommentar:**

Denne artikkelen ønsker å beskrive rollen pasienters omgivelse har på deres seksuelle bedrings prosess etter operasjon for prostatakreft.

**Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

**Kommentar:**

Ja de benytter seg av et intervju som allerede er gjennomført, men et intervju er hensiktsmessig for å kartlegge det rundt pasienten. Studien som er gjennomført en fenomens analyse.

**Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

**Kommentar:**

Ja de har benyttet seg av et intervju som allerede er gjennomført, og det skal påpekes at intervjuet de benytter seg av er gjennomført av en av forskerne i denne artikkelen også. I tillegg til intervjuene har de valgt å benytte seg av en sosioøkonomisk modell for å se på de som har overlevd prostatakreft i et større sosialt system.

### **Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder og sosioøkonomisk status)?

#### **Kommentar:**

De har tatt utgangspunkt i en tidligere gjennomført mixed-metod studie av Wittmann i 2015. I denne studien var det 28 deltakere. I denne sekundær analysen har fått tilgang til svarene til 8 par, som var tilfeldig utvalgt. I tillegg har svarene til partnernes deres blitt fjernet for å kun få pasientperspektivet. De begrunner valget for et lite utvalg med at det er hensiktsmessig når man skal analysere et fenomen, og se på opplevelser i dybden.

### **Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

#### **Kommentar:**

De har beskrevet hvordan dataen ble hentet i den tidligere analysen, og at de var benyttet semi-strukturert intervju. De har også listet opp hoved teamene som ble diskutert.

### **Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
  - a. utforming av problemstilling
  - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
  - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

**Kommentar:**

De nevner at det kan ha bli feiltolket av en rekke faktorer. Gjennomsnittsalderen på deltakerne er lavere enn det gjennomsnittsalderen på pasientgruppen er, og at det kun er heteroseksuelle menn.

**Er etiske forhold vurdert?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

**Kommentar:**

Det beskrives i liten grad etiske forhold. Foreligger ingen informasjon om studien ble forelagt etisk komité. De beskriver dog at deltakerne samtykket til studien preoperativt.

**Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

**Kommentar:**

De har gjengitt hvordan de har analysert dataen, og de har et eget analysekapittel.

**Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?**

Ja –  Nei –  Uklart

### **Del B: Hva er resultatene?**

**Er funnene klart presentert?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

#### **Kommentar:**

Funnene er systematisert inn i tre temaer, som er enkelt å følge i resultatdelen. Diskusjonsdelen er kort, og bruker det meste av plassen på å støtte opp funnene i artikkelen med andre artikler, men det kommer godt frem at det er støttet av andre.

### **Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?**

**Hvor nyttige er funnene fra denne studien?**

**Tips:** Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

#### **Kommentar:**

De kommer med forslag til videre forskning på temaet. I tillegg har de et helt segment som går implikasjoner for sykepleie.

## 7.4 Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie- Speer et al., 2017.

### Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 15.10.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se

[www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister](http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister)

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?

Send e-post til [Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no](mailto:Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no).

### Kritisk vurdering av:

Speer, S., Tucker, S., McPhillips, R., & Peters, S. (2017). The clinical communication and information challenges associated with the psychosexual aspects of prostate cancer treatment. *Social Science & Medicine* (1982), 185, 17-26.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.05.011>

## Del A: Innledende vurdering

### Er formålet med studien klart formulert?

Ja –  Nei –  Uklart

#### Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

### Kommentar:

Hensikten med denne studien er å finne ut menn sine erfaringer med å snakke med helsepersonell om de psykososiale aspektene ved prostatakraft og behandlingen. Videre ønsker de å se på utfordringene ved kommunikasjonen.

### Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

#### Tips:

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

### Kommentar:

De ønsker å se på erfaringene til menn med prostatakraft, og da vil en kvalitativ studie være mest hensiktsmessig.

### Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

#### Tips:

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

#### Kommentar:

De har valgt å benytte seg av semi-strukturert intervju og begrunnelsen for valget var at de ønsket å gi mennene friheten til å reflektere rundt og beskrive opplevelsene sine med egne ord.

### Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

#### Kommentar:

De har begrunnet valget for å ha 21 menn med i studien, ved at det er et adekvat antall for å få gode data. For å undersøke det de vil har de i studien inkludert menn over 18 år, som har fått prostatakreft, og som var under eller hadde gjennomført aktiv behandling av prostatakreft. De har bare kort tatt med eksklusjonskriteriene som ekskluderer de som ikke har aktiv behandling. De inngår i diskusjonen bak utvelgelsen, at det har vært vanskelig å finne menn som har vært villig til å diskutere dette. Dermed har de rekruttert deltakere gjennom mulighet og snøball metoder.

### Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?

- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

**Kommentar:**

Deltakerne i studien fikk selv velge hvor de skulle ha intervjuene, og intervjuene ble tatt opp med lyd, og transkribert. Intervjuene varte mellom 50 til 170 min.

**Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
  - a. utforming av problemstilling
  - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
  - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

**Kommentar:**

Det kommer frem av metode delen av studien at de har valgt ut en av deltakerne til studien selv fordi han er en rollefigur i det homofile miljøet for de med prostatakreft. De kommenter ikke at dette er en svakhet selv, men det kan ha vært med å forme noen av svarene. Selv har de kommentert at utvelgelsen kun er fra noen få klinikker og dermed kanskje ikke er overførbart til andre klinikker. Dataen er også kun samlet inn fra menn som valgte å bli med i studien, og kan dermed gi dataen kun en side.

**Er etiske forhold vurdert?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

**Kommentar:**

Studien er forlagt en etisk komite som har gitt den etisk godkjenning.

**Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

**Kommentar:**

De har analysert dataene og kategorisert de inn i tre hovedfunn. Det er en tydelig liket mellom svarene som deltakerne kommer med og kategoriene forskerne har delt de inn i.

**Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Del B: Hva er resultatene?**

**Er funnene klart presentert?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

**Kommentar:**

Funnene er godt og klart presentert, også i diskusjonsdelen. Forskningen som er gjennomført er gjort fra pasientperspektivet, for å støtte opp under funnene til pasientene har forskerne tatt med synspunkter fra helsepersonell gjort i andre studier. Dette støtter opp under funnet deres, men fra et annet perspektiv. Dette gjør de for alle tre hovedpunktene i funnene.

**Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?**

**Hvor nyttige er funnene fra denne studien?**



**Tips:** Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

**Kommentar:**

Dataene de har kommet frem til er nyttige for å forstå viktigheten av å skulle trene på å ha slike samtaler med menn. Dette for å møte behovet til pasientene.