

**Høgskolen
i Innlandet**

Fakultet i helse- og sosialvitenskap

Siv Rønnestad-Galloway

Masteroppgave

**Menn med underlivssmerter
-En maskulin identitetskrise**

Men with chronic pelvic pain -A male identity crisis

4PM791

2024

Ordtelling: 26 520

FORORD

En lang reise er i ferd med å ta slutt, og en ny begynnelse starter. Reisen inn mot psykisk helsearbeid, startet på alvor da jeg til slutt bestemte meg for å ta videreutdanning i psykomotorisk fysioterapibehandling ved OsloMet høsten 2020. Slik ble det naturlig å søke meg videre til Master i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Innlandet.

Prosessen med å skrive masteroppgaven, har vært krevende, men mest av alt inspirerende og lærerikt. Den har gitt meg en ny og bredere innsikt i psykisk helsearbeid, ikke minst i relasjon til psykomotorisk fysioterapi.

Jeg ønsker å takke alle som har støttet og oppmuntret meg hele veien.

En spesiell takk til min veileder og støttespiller gjennom hele prosessen, Børge Baklien. Tusen takk for et godt samarbeid, konstruktive tilbakemeldinger og all din tålmodighet.

En stor takk til alle mine informanter for deres tid og uforglemmelige møter.

Takk til Fysiofondet for økonomisk støtte.

Takk til alle mine medstudenter og lærere for kunnskapsdeling, motivasjon og støtte gjennom hele løpet. En spesiell takk til alle mine psykomotoriske medstudenter for all oppmuntring, humørspredning og heiarop hele veien.

Tusen takk til mine kollegaer som har stått stødig og heiet meg frem i løpet.

Til alle mine venner som alltid er der når livet er både godt og vondt.

Til slutt, er jeg evig takknemlig til min elskede familie som har vist tålmodighet og støtte hele veien, tusen takk! ❤️

Oslo, 02.05.24

Siv Rønnestad-Galloway

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Menn med underlivssmerter opplever ofte utbredte smerter i bekkenområdet. De sliter ofte med fysiske, psykososiale og seksuelle plager. En tverrfaglig, holistisk og individuell behandlingstilnærming er anbefalt, ettersom symptomene er komplekse. Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF) er en kroppslig tilnæringsmetode som tar utgangspunkt i sammenhengen mellom fysiske og psykiske symptomer, slik kan NPMF være relevant for psykisk helsearbeid.

Hensikt: I denne oppgaven var hensikten å få økt kunnskap om hvordan psykomotorisk fysioterapeuter erfarer at menn med underlivssmerter håndterer plagene, fra et klinisk perspektiv. Problemstillingen var som følgende; Hvordan erfarer psykomotoriske fysioterapeuter at menn med underlivssmerter håndterer plagene?

Metode: Det ble benyttet en kvalitativ metode med et utforskende design. Fire psykomotoriske fysioterapeuter ble intervjuet med en semistrukturert intervjuguide. Refleksiv tematisk analyse av Brown & Clark ble benyttet for å analysere datamaterialet.

Resultat: Fire følgende hovedfunn/temaer kom frem fra analysen; Fra fiks meg til en kroppslig oppdagelse, å tie og tåle om smertene og maskulin identitetskrise og kroppen som bærer av et levd liv.

Konklusjon: Informantene formidlet at noen menn ble fastlåst i en situasjon hvor de leter etter årsaksforklaringer på smertene. De psykomotoriske fysioterapeutene erfarte at mennene opplevde en identitetskrise, ofte relatert til nedsatt seksuell helse. Mange menn kunne ha vanskelig for å åpne seg rundt tabubelagte temaer, dette kunne ha sammenheng med forventninger og mestringsstrategier knyttet til maskuline normer. De psykomotoriske fysioterapeutene hjalp mennene til å knytte sammenheng mellom smerter, følelser og livet. At underlivssmertene ble kroppsliggjort, skapte mening i symptomene og bidro til mestring og bevegelse i en fastlåst situasjon. Å belyse seksuell helse og andre tabubelagte områder var viktig for å redusere stigma knyttet til underlivssmertene, samt forbedre livskvaliteten som en del av psykisk helsearbeid.

Nøkkelord: Norsk psykomotorisk fysioterapi, psykisk helse, seksuell helse, psykisk helsearbeid, underlivssmerter, maskulinitet og kvalitativ metode

ABSTRACT

Background: Men with chronic pelvic pain (CPP) presents with widespread pain in the pelvic region. They often show signs of physical, psychosocial and sexual symptoms. A multidisciplinary, holistic and individualised treatment approach is recommended, as symptoms are complex. Norwegian psychomotor physiotherapy, intergrates the physical and psychological aspects in treatment, through a bodily approach. Psychomotor physiotherapy can therefore contribute in the clinical setting of mental health.

Pupose: In this masterthesis, the purpose was to gain knowledge on how psychomotor physiotherapy experience that men with CPP manage their illness, from a clinical point of view. The theme-question was as follows; How do psychomotor physiotherapists experience that men with chronic pelvic pain manage their symptomes?

Method: A qualitative method was used, with an exploratory design. Four phycomotor physiotherapists were interviewed with a semi-structured interview guide. Reflexive thematic analyses of Brown & Clarke was used for analysing the data.

Results: Four main themes were identified; From fix me to a bodily discovery, to withstand and be silent about the pain, a masculine identity crisis and the body as a carrier of lived life.

Conclusion: The informants described how some of the men got stuck searching for an explanation for their ongoing pain. The psychomotor physiotherapists experienced that the men went through an identity crisis. A likely cause was the stigma attached to being a man and experiencing problems with sexual health. The informants also experienced that the men had difficulties speaking about areas of tabu. This could have been related to mens expectations and coping strategies in view of masculinity norms. In psychomotor physiotherapy, they helped the men to discover the link between the pain, emotions and life itself. The symptoms were given meaning in a context where the body was explored. This also helped the men to move forward in life. The pscymotor physiotherapists opened up around sexual health issues and other areas of tabu. This was important, to reduce stigma attached to pelvic pain. but also to improve quality of life and mental health.

Keywords: Norwegian psychomotor physiotherapy, sexual health, mental health, chronic pelvic pain, masculinity, qualitative method

FORKORTELSER

NPMF Norsk psykomotorisk fysioterapi

CPP Chronic pelvic pain

NKIB Nasjonal kompetansetjeneste for inkontinens og bekkenbunnsykdom

RTA Refleksiv tematisk analyse

SIKT Kunnskapssektorens tjenesteleverandør

INNHALDSFORTEGNELSE

1. INTRODUKSJON	1
1.1 Bakgrunn	1
1.2 Hensikt	3
1.3 Problemstilling	3
1.3.1. utdyping av problemstilling.....	3
1.3.2 Avgrensninger.....	4
1.4 Begrepsavklaring	5
1.5 Forforståelse	6
1.6 Overordnede perspektiver	8
1.7 Oppgavens oppbygging	8
2. TEORI	9
2.1 Norsk Psykomotorisk fysioterapi (NPMF)	9
2.1.1 Forståelsesmodeller i NPMF.....	9
2.1.2 Sentrale prinsipper i NPMF.....	10
2.1.3 Støttende og omstillende behandling.....	11
2.2 Kroppsfenomenologi	11
2.2.1 Kroppsfenomenologi knyttet til NPMF.....	12
2.3 Maskulinitet og mansrollen	13
2.4 Internasjonal og nasjonal forskning	14
2.4.1 Litteratursøk på menn med underlivssmerter.....	14
2.4.2. Internasjonal og nasjonal forskning på menn med underlivssmerter.....	15
3. METODE	18
3.1 Design	18
3.2 Vitenskapsteori	20
3.2.1 Hermeneutikken.....	20
3.3 Utvalg og rekruttering	22
3.4 Datainnsamling	24
3.4.1. Forberedelse.....	24
3.4.2 Semistrukturert intervju og intervjuguide.....	24
3.4.3 Gjennomføring av semistrukturerte intervju.....	25
3.4.4 Transkribering.....	26
3.5 Analyse av datamaterialet	27
3.5.1 Refleksiv tematisk analyse.....	27

3.5.1 Steg i analyseprosessen	28
Figur 1: Fase 2, koding av Brown & Clarke	30
Figur 2: Fase 3, koding og søke etter temaer av Brown & Clarke	31
Figur 3: Fase 5, finne temaer av Brown & Clarke	33
3.6 Etske hensyn	33
3.7 Personvern og godkjenninger	35
4. RESULTATER	37
4.1 Fra fiks meg til en kroppslig oppdagelse	37
4.2 Den maskuline identitetskrise	40
4.3 Å tie og tåle om smertene	42
4.4 Kroppen som bærer av et levd liv	46
5. DISKUSJON	51
5.1. Kroppen mer enn et maskineri	51
5.2. Maskulinitet og forbudte følelser	57
5.3. Intersubjektivitet som tilgang til livshistorier	60
5.2. Relevans	63
5.3 Drøfting av metode	66
5.3.1. <i>Refleksivitet</i>	67
5.3.2. <i>Validitet</i>	69
6. KONKLUSJON	73
LITTERATURLISTE	75
Vedlegg	82
Vedlegg 1: Intervjuguide	82
Vedlegg 2: Vurdering fra SIKT	84
Vedlegg 3: Informasjonsbrev og samtykke skjema	85
Vedlegg 4: Hermeneutiske sirkel	89

1. INTRODUKSJON

1.1 Bakgrunn

Langvarige underlivssmerter er assosiert med betydelige sosioøkonomiske, psykososiale og medisinske innvirkninger (Cyr et al., 2023, s. 208). Underlivssmerter rammer både menn og kvinner over hele verden og kan redusere livskvaliteten betraktelig (Crofts et al., 2022, s. 280). Likevel er underlivssmerter hos menn i langt mindre grad forsket på enn kvinner (Cyr et al., 2023, s. 208). På verdensbasis opplever 2-16 % av menn å være plaget med underlivssmerter og det er den mest vanlige urologiske lidelsen for menn under 50 år (Smith, 2016, s. 34). En stor andel viser økt forekomst av fysiske og psykiske plager som stress, depresjon, angst og katastrofetanker (Hutton et al., 2023; Piontek et al., 2019; Smith et al., 2007; Xu et al., 2020). I litteraturen omtales underlivssmerter som har vedvart mer enn seks måneder uten påvist bakteriell infeksjon, som chronic pelvic pain (CPP). Andre overlappende begreper som blant annet brukes om underlivssmerter er chronic prostatitis (CP) eller interstitial cystitis (Hutton et al., 2023). Underlivssmertene stammer ofte fra bekkenregion og genital området og er assosiert med smerter, urinveissymptomer og nedsatt livskvalitet (Crofts et al., 2022, s. 280).

Forholdet mellom langvarige underlivssmerter og seksuell dysfunksjon har ofte blitt oversett i litteraturen (Li & Kang, 2016, s. 1010). Likevel har flere studier vist at CPP har en negativ innvirkning på seksual funksjon, intimitet og partnerforhold (Aubin et al., 2008; Koh et al., 2014; Smith et al., 2007). Studier har også vist en sammenheng mellom CPP, redusert sæd parameter og infertilitet hos menn (Graziani et al., 2023). Til tross, adresserer nåværende behandlingstiltak i liten grad disse faktorene (Riegel et al., 2014, s. 346). Kompleksiteten av lidelsen og lite kunnskap om etiologien, gjør det utfordrende å finne effektive behandlingstiltak (Riegel et al., 2014, s. 333). Det er likevel internasjonal tverrfaglig konsensus om retningslinjer for behandlingstiltak av underlivssmerter hos menn. En holistisk tilnærming er anbefalt bestående av et tverrfaglig samarbeid. I tillegg anbefales det et individualisert behandlingsprogram som adresserer fysiske og psykososiale komponenter (Crofts et al., 2022, s. 337).

Tema for masteroppgaven omhandler psykomotorisk fysioterapibehandling av menn med underlivssmerter, og er forankret i fagfeltene psykisk helsearbeid og norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF). I Norsk psykomotorisk fysioterapi belyser man det psykososiale aspektet til pasienten. NPMF er en kropporientert og holistisk behandlingsmetode som går ut fra at både fysisk og emosjonell belastning preger kroppen (Bunkan, 2008, s. 36). NPMF ble utviklet av psykoanalytiker og psykiater Trygve Braatøy (1979) og fysioterapeuten Aadel Bulow-Hansen i slutten av 1940-årene (Skårderud et al., 2018, s. 189). I behandlingen integrerte de en kroppsundersøkelse og (Bergland et al., 2018) behandlingsmetode som så på kropp og psyke som gjensidig og uadskillelige fenomener, relatert til kroppslige uttrykk og personlige livserfaringer. I senere år har NPMF utviklet seg til en spesialisering innenfor fysioterapiyrket, som tar sikte på kroppen som helhet og retter seg mot en omstilling (endring) i respirasjon og muskulære spenninger (Groven et al., 2021, s. 151).

Psykomotorisk fysioterapi kan bidra i tverrfaglig samarbeid inn mot psykisk helsearbeid, ettersom en stor andel pasienter som oppsøker NPMF, har tilstander med emosjonelle symptomer og psykiske helseplager. Diagnoser er av underordnet betydning og man prøver å hjelpe pasienten til å forstå kroppen som en sammenhengende helhet, hvor kroppslige plager og psykisk helse er tett sammenvevd (Breitve et al., 2008, s. 10). NPMF kan derfor sees som en kroppslig rettet terapiform som kan bidra med økt forståelse for sammenheng mellom kropp og psykisk helse. Innen psykisk helsearbeid, kan NPMF bidra til å støtte personen i å håndtere smertene, og hjelpe pasienten til å håndtere psykiske utfordringer og bli bevisst sammenhengen mellom kropp og sinn. Ved å adressere pasientens fysiske og psykiske utfordringer, kan man bidra til å forbedre pasientens totale helse og livskvalitet (Eriksson & Hummelvoll, 2015). Likevel er det få psykomotoriske fysioterapeuter som jobber med menn og underlivssmerter. Norsk fysioterapiforbund har en offentlig godkjente behandlerliste over fysioterapeuter som behandler underlivssmerter, men tilknyttet kvinnehelse. Psykomotoriske fysioterapeutene som jobber med denne pasientgruppen er ofte ansatt i spesialisthelsetjenesten, på smerteklinikker eller avdelinger med kompetanse på bekkenbunnssykdom og urininkontinens. Ofte samarbeider de med urologer. Andre jobber i privat praksis i kommunene, hvor pasientene blir henvist fra fastleger eller urologer.

Min interesse for tematikken, tar utgangspunkt i at jeg de senere år av min yrkeskarriere har jobbet med kvinnehelse. Gjennom mitt kjennskap til fagfeltet og i støtte fra litteraturen, har det vært begrenset med kunnskap og forskning på underlivssmerter for både menn og kvinner, men i enda mindre grad for menn (Cyr et al., 2023). Likevel opplever menn samme fysiske og psykiske utfordringer som kvinner. Det er behov for tverrfaglig kompetanse og retningslinjer for behandling, på lik linje som for kvinner med underlivssmerter. Globalt er det økt etterspørsel etter kompetanse og forskning på fagfeltet (Archambault-Ezenwa et al., 2019, s. 825). Forskningen har fokusert på å finne patologiske årsaksforklaringer og fortsetter å være symptombasert (Quallich et al., 2022, s. 1480). Få kvalitative studier har utforsket livserfaringer til menn med underlivssmerter. I psykisk helsearbeid er det presisert nødvendighet av at forskning belyser erfaringskunnskap, ettersom psykisk helsearbeid må sees som personlige og kontekstuelle bedringsprosesser (Bøe & Thomassen, 2018, s. 21). Brukerkunnskap kan bidra til livsmestringsstrategier når pasient møter psykiske utfordringer i livet, men også medvirke til økt toleranse og forståelse for de med psykiske plager (Eriksson & Hummelvoll, 2015, s. 4, 208). Med bakgrunn i de overnevnte faktorene, mener jeg oppgavens tema som omhandler menn med underlivssmerter og psykomotorisk fysioterapi, er viktig å belyse og relevant for psykisk helsearbeid.

1.2 Hensikt

Hensikten med oppgaven var å utvikle kunnskap og få en dypere forståelse av hvordan et utvalg av psykomotoriske fysioterapeuter erfarer at menn med underlivssmerter håndterer plagene, fra et klinisk perspektiv. Masteroppgaven kan gi økt forståelse rundt de psykiske utfordringene menn opplever ved lidelsen. Få studier har belyst psykomotorisk fysioterapibehandling av menn med underlivssmerter. Slik kan masteroppgaven adressere hvordan NPMF som behandlingstilnærming, kan hjelpe mennene med å håndtere plagene. Dermed bidra til kunnskapsutvikling og forbedring av behandlingstiltak rettet mot menn med underlivssmerter. Dette utdypes i punkt 5.2 om relevans.

1.3 Problemstilling

1.3.1. utdyping av problemstilling

For å løfte frem de psykomotoriske fysioterapeuters perspektiv, tar jeg utgangspunkt i en kvalitativ intervjustudie hvor jeg belyser følgende problemstilling;

Hvordan erfarer psykomotoriske fysioterapeuter at menn med underlivssmerter håndterer plagene?

Ut ifra denne problemstillingen, ønsket jeg å utforske hvordan psykomotoriske fysioterapeuter, erfarer at menn med underlivssmerter håndterer plagene, i behandlingsmøte. Erfaringer vil si hva de psykomotoriske fysioterapeutene føler, tenker, opplever og ser i møte med disse mennene (Thornquist, 2018, s. 247). Overordnet vil jeg belyse det psykiske aspektet ved det å leve med underlivssmerter. Hvordan det påvirker livskvaliteten til mennene og hvordan de håndterer plagene helt konkret, sett fra den psykomotoriske fysioterapeuts perspektiv. I tillegg ønsker jeg å belyse hvordan de psykomotoriske fysioterapeutene bruker kroppen som innfallsvinkel i behandlingsmøte og hvordan de kan bidra i behandlingen av menn med underlivssmerter.

Utvalget bestod av fire psykomotoriske fysioterapeuter, alle var kvinner. De var ansatt på fysioterapiavdelinger i spesialisthelsetjenesten hvor mennene ble henvist fra gastroenterolog, urolog eller fastleger i kommunen. Andre deltakere jobbet i kommunen som privatpraktiserende psykomotorisk fysioterapeut, på fysioterapi institutt med andre allmenne fysioterapeuter. Her ble mennene henvist fra urologer i spesialisthelsetjenesten eller fra fastlegene i kommunen. Problemstillingen ble avgrenset til NPMF og sett ut fra hver av de psykomotoriske fysioterapeutenes perspektiv. Videre beskrives begrepene underlivssmerter, psykisk helse, psykiske helsearbeid og psykomotorisk fysioterapi i punkt 1.4

1.3.2 Avgrensninger

Denne masteroppgaven er en pågående kunnskapsprosess. Ut ifra oppgavens rammer og begrensninger, er problemstillingen avgrenset til å vektlegge utvalgte psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer, ikke pasientenes. Gjennom tilgang til de psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer, gis det innblikk i historier og fortellinger som gjenspeiler pasientens erfaringsverden. Videre gjorde oppgavens tidsbegrensning og rammer, at andre fagfelt ikke ble inkludert. Slik som forskjellige biomedisinske og psykologiske teorier om langvarig smerter, allostatisk belastning, salutogenese og epigenitikk. Det finnes også andre kroppsorienterte behandlingsformer enn NPMF, Somatokognitiv fysioterapi er en av de som blir kort nevnt.

1.4 Begrepsavklaring

Langvarige underlivssmerter er omtalt i litteraturen som chronic pelvic pain (CPP) og er brukt om langvarige underlivssmerter som er lokalisert til bekkenområdet (Crofts et al., 2022, s. 280).

Mennene beskriver ofte smerter i genital og bekkenområdet, som i blære, penis, testikler, perineum og endetarm. Smertene fører ofte til utfordringer med tømning av tarm, blære og urinveissyntomer som økt nattlig vannlating og plutselig trang. Generelt opplever mange menn nedsatt fysisk, mental og seksuell helse (Quallich et al., 2022, s. 1469).

Psykisk helse blir definert i folkehelse rapporten «Psykisk helse i Norge» slik; «Psykisk helse benyttes som er overordnet begrep og omfatter alt fra god psykisk helse og livskvalitet til psykisk plager og lidelser. Det omfatter også hele bredden av tiltak på feltet fra helsefremming og forebygging til behandling og rehabilitering» (Reneflot et al., 2018, s. 10). Rapporten ble utgitt av Folkehelseinstituttet på oppdrag fra Helse- og Omsorgsdepartementet. Gjennom å utforske underlivssmerter hos menn i psykomotorisk fysioterapibehandling, kan det i lys av denne definisjonen handle om at mennene strever med psykiske helse og livskvalitet relatert til underlivssmertene. Ut ifra NPMF som tilnærming, er målet å fremme god psykisk helse, i lys av å leve med underlivssmerter og motta NPMF behandling.

Psykisk helsearbeid er viktig i Norge, basert på at en sjettedel av den voksne befolkningen til enhver tid har et psykisk helseproblem, hvor angst og depresjon er de vanligste lidelsene. Redusert livskvalitet, økt dødelighet, sykefravær og uførepensjon er noen av de vanligste følgende av psykiske lidelser (Helsedirektoratet, 2014, s. 8). Tidsskrift for psykisk helsearbeid (Idunn, 2008, s. 102) definerer psykisk helsearbeid slik;

Psykisk helsearbeid er et flervitenskapelig og tverrfaglig utdanning-, forskning- og arbeidsfelt, og omfatter alle deler av tjenestene. Psykisk helsearbeid fokuserer på å fremme og bedre menneskers psykiske helse samt påpeke og søke å endre forhold i samfunnet som skaper psykisk uheld og bidrar til stigmatiseringsprosesser og sosial utstøting. Hensikten er å styrke menneskers opplevde egenverd og livskraft, bistå i prosesser som utvikler opplevelser av sammenheng og muligheter for å mestre hverdagens utfordringer samt skape inkluderende lokalmiljø.

I denne masteroppgaven, er den tverrfaglige delen av psykisk helsearbeid sentral for å besvare problemstillingen. Fagfeltet som blir omtalt i denne sammenheng er NPMF, og relevant forskning fra andre fagfelt. Funnes relevans i denne oppgaven innenfor NPMF og psykisk helsearbeid vil videre bli utdypet i 5.2. I møte med menn med underlivssmerter i psykomotorisk fysioterapi, vil det være viktig å styrke mennenes opplevde egenverd, livskraft og mestring av plagene, noe som videre vil bli belyst i oppgaven.

Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF); er en spesialisering innenfor fysioterapiyrket. Den er en helhetlig, kroppsorientert behandlingsform som ser på kroppens holdning, respirasjon og muskelspenninger i tilknytning til emosjoner og mentale prosesser hos pasienten. Målet er å forbedre funksjon gjennom kroppslig bevisstgjøring (Dragesund & Råheim, 2008, s. 243). I denne oppgaven, vil psykomotorisk fysioterapi brukes ensbetydende med NPMF som utdypes videre i punkt 2.1.

1.5 Forforståelse

I dette underkapittel ønsker jeg å definere begrepet forforståelse, samt vise til min egen forforståelse knyttet opp mot denne masteroppgaven.

Ifølge Malterud (2017, s. 44) defineres forforståelse som den ryggsekken vi bærer med oss inn i et forskningsprosjekt, før det starter. Gjennom hele prosjektet vil innholdet i bagasjen påvirke oss, både når vi samler og leser data. Bagasjen kan både gi næring og styrke, men også være en tung bær. All denne bagasjen består av erfaringer, faglig perspektiv og teoretisk referanseramme. Hvis forskeren er bevisst sin forforståelse og aktivt forholder seg til den, kan forforståelsen være til nytte og ikke til hinder gjennom forskningsprosessen (Malterud, 2017a, s. 45).

Jeg ønsket dermed tilstrebe å redegjøre for stegene i forskningsprosessen på best mulig måte (Thornquist, 2018, s. 230). I tråd med dette, ønsker jeg videre å utrede for min forforståelse knyttet til min masteroppgave.

Min forforståelse ved inngangen til min masteroppgave, var knyttet til min livserfaring som 46-åring, i tillegg til min bakgrunn som fysioterapeut med over 20-års arbeidserfaring fra Norge

og Storbritannia. De siste 10-årene har jeg spesialisert meg gjennom kurs i kvinnehelse, i regi av Norsk Fysioterapiforbund (NFF). Pasientgruppen jeg behandler er kvinner som er plaget hovedsakelig med urininkontinens og bekkenleddsplager relatert til graviditet. I 2016, tok jeg videreutdanning i kognitiv terapi for fysioterapeuter. I 2020, fullførte jeg videreutdanning i psykomotoriske fysioterapi på OsloMet.

I starten av min karriere som fysioterapeut, baserte jeg mine kliniske vurderinger i stor grad på biomedisinsk forståelse som jeg hadde dannet meg gjennom utdannelsen, kurs og kunnskapsdeling med kollegaer. Tidlig i karrieren oppdaget jeg å komme til kort med komplekse smertepasienter. Behandlingen føltes ofte rigid og reduksjonistisk ved at pasientens erfaring fikk lite plass. Behandling skulle forsvares med bakgrunn fra effektstudier som randomiserte kontrollerte studier (RCT). Gjennom kliniske tester og undersøkelse, var oppmerksomheten rettet mot lokale «kliniske objektive funn», mer enn å forstå pasientens liv, følelser, tanker og kroppslige reaksjoner.

Videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi, endret min tilnærming til behandling. Pasientens kroppslige plager ble sett i lys av både sykehistorie, kroppslige uttrykk og et levd liv. Jeg ble mer bevisst egne fordommer og forutinntatte tanker i møte med pasientene og la større vekt på at hver pasient skulle ha mulighet til å komme med sin egen historie og bli lyttet til og tatt på alvor. Jeg oppdaget nye ressurser i pasientene og i meg selv som terapeut, noe som åpnet opp for nye muligheter i pasient-terapeut relasjonen. Jeg følte meg også tryggere i behandlerrollen som psykomotorisk fysioterapeut med økt kunnskap innenfor det psykiske helseaspektet i terapirommet. Samtalene i terapien endret karakter, hvor jeg inntok en mer nysgjerrig rolle og ble mindre konkluderende og forklarende ovenfor pasientene. Måten jeg berørte og behandlet pasientene endret seg ved at jeg var mer oppmerksom og bevisst pasientens reaksjoner, både verbalt og kroppslig.

Min forforståelse av underlivssmerter hos menn var farget av kunnskapsgrunnlaget jeg hadde fra min erfaring fra å behandle kvinner med underlivsproblematikk, i hovedsak urininkontinens. Jeg opplevde at mange av kvinnene også strevde med psykiske plager og at livskvaliteten var redusert for mange av pasientene. De kom til meg for å få bekkenbunnsopptrening, men ofte opplevde jeg at plagene var knyttet til en større sammenheng og at jeg måtte ta tak i flere utfordringer i kvinnens liv. Jeg visste det manglet kunnskap og forskning på menn med

underlivssmerter, og at de opplevde mange av de samme utfordringene som kvinner. Det stimulerte til nysgjerrighet og ønske om å få en dypere forståelse rundt menns plager og om NPMF kunne bidra i behandlingen av denne pasientgruppen. I så måte ville muligens svarene jeg kom frem til vært annerledes hadde mitt faglige ståsted og teoretisk referanseramme vært annerledes.

1.6 Overordnede perspektiver

Denne masteroppgaven blir belyst fra tre overordnede faglige perspektiver; NPMF, kroppsfenomenologi og maskulinitet. I min oppgave ser jeg nærmere på den psykomotoriske fysioterapibehandlingen, og knytter erfaringskunnskapen til de psykomotoriske fysioterapeutene i behandlingen av menn med underlivssmerter opp mot NPMF, kroppsfenomenologien og maskulinitet.

1.7 Oppgavens oppbygging

Oppgaven er delt inn i seks hovedkapitler. I kapittel to beskrives bruk av teorier knyttet til de overordnede perspektivene, teorien skal belyse og gi relevans til hovedfunnene.

I kapittel tre, utdypes masteroppgavens metode i detalj. I kapittel fire presenteres hovedfunn fra dataanalysen og deretter drøftes funn opp mot teori og tidligere forskning i kapittel fem. Avslutningsvis, oppsummerer og konkluderer jeg svar på problemstillingen.

2. TEORI

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for teori relatert til NPMF, teori basert på kroppsfenomenologi og maskulinitet. Gjennom identifisering og redegjørelse av teori, vil leseren kunne oppnå en bedre forståelse for mine valg av relevante tolkninger og funn jeg har gjort fra det empiriske materialet i denne masteroppgaven. Avslutningsvis, vil jeg presentere et utvalg av relevant internasjonal og nasjonal forskning på både underlivssmerter hos menn, og psykomotorisk fysioterapibehandling og andre relevante fysioterapi behandlingsformer for menn med underlivssmerter.

2.1 Norsk Psykomotorisk fysioterapi (NPMF)

I dette underkapittelet vil jeg presentere to forståelsesmodeller tilknyttet NPMF. Videre vil jeg utdype sentrale kjennetegn ved den psykomotoriske tilnærmingen og plassere NPMF i lys av kroppsfenomenologien.

2.1.1 Forståelsesmodeller i NPMF

NPMF har sitt utspring fra profesjonen fysioterapi. Mens fysioterapien har dype røtter innenfor naturvitenskapens ontologi med en biomedisinsk tradisjon, blir NPMF plassert i lys av kroppsfenomenologien. I naturvitenskapen eller den positivistiske orienteringen, er tenkning om kroppen forklart uavhengig av sted, tid og sammenheng. Kroppen blir dermed sett på som et kroppsobjekt eller subjektløst objekt, sidestilt med andre objekter i verden (Thornquist, 2018, s. 139-140).

Dette påvirker hvordan fysioterapeuter forstår kropp, sykdom og behandling, der det legges til grunn at sykdom kan forstås og behandles gjennom målbare kroppslige forhold. Eller med andre ord, en kropp-sjel dualisme, hvor kroppen er uavhengig av sosiale forhold (Rake & Ahlsen, 2022, s. 36). I senere år, har NPMF vokst frem som en fagdisiplin og behandlingstilnærming som utfordrer en biomedisinsk forståelse, samtidig som den også er dypt forankret i den biomedisinske tradisjon. I NPMF, vil man både se på og forstå biomedisinske forhold og belastninger i undersøkelsen, samtidig som funnene blir koblet sammen med pasientens liv og erfarte belastninger i livet (Ottesen & Mengshoel, 2016, s. 30).

2.1.2 Sentrale prinsipper i NPMF

I NPMF, anser man kroppen som et integrert psykisk, fysisk og sosialt fenomen der hele kroppen er i fokus for undersøkelse og behandling. En rekke psykosomatiske lidelser er forbundet med emosjonelle problemer (Bunkan, 2008, s. 36). Bunkan (1995) beskriver at muskelspenningene binder emosjoner eller lagrer dem slik at de blir en del av pasientens forsvarsholdning og middel til å bevare kontroll. Hun mente at om man interesserer seg for pasientens emosjonelle påkjenninger, finner man at symptomet har oppstått etter et traume eller konfliktsituasjon som ikke er løst eller fortrent (Bunkan, 1995, s. 18-19). Studier har også vist hvordan kroppslige og mentale prosesser er tett sammenvevet med hverandre (Malterud, 2010, s. 1).

Psykomotorisk fysioterapibehandling har en holistisk tilnærming hvor man retter seg mot kroppslige erfaringer og en bevissthet om egen kropp og kroppslige vaner. Behandlingen omfatter samtale, berøring, massasje og øvelser i tett samspill mellom terapeut og pasient. Helt sentralt og avgjørende i behandlingen er at pasienten opplever og erfarer seg selv og sin egen kropp på nye måter (2010 s.151). Ettersom behandlingen legger stor vekt på kropp og psyke, innebærer dette at psykiske helseutfordringer sees i sammenheng med kroppslige plager og kroppen som helhet. Ved å påvirke respirasjonen indirekte og la pasienten erfare gjennom kroppen det nære forholdet mellom muskulære spenninger, autonome funksjoner og emosjoner, kan pasienten hjelpes til å forstå sammenhenger. Gjennom behandling som er tilpasset hver enkelt pasient, tilstreber man å påvirke plager og spenningsmønster gjennom kroppslig bevisstgjøring og ved å utforske sammenhenger mellom kroppslige plager, tanker og følelser i lys av livet (2010 s. 151-152).

I undersøkelsen, ser man på holdning, respirasjon, muskelspenninger i relasjon til emosjonelle og psykologiske utfordringer. Man prøver hele tiden å identifisere både kroppslige og emosjonelle reaksjoner. Målet er å tilpasse behandlingen etter hva pasienten kan tåle av emosjonell og kroppslig belastning. Endring i pust eller økt spenningsnivå i muskulatur kan være en konsekvens av at pasienten reagerer emosjonelt (Ekerholt & Bergland, 2004, s. 1403). Gjennom en terapeutisk prosess, vil nye relasjonelle erfaringer bli skapt, som basis for å få hjelp til å kjenne igjen, forstå og endre uhensiktsmessige mønstre (Ekerholt et al., 2014, s. 312-313). Det vil videre bli nevnt noen viktige kjennetegn ved psykomotorisk fysioterapi undersøkelse og behandling.

2.1.3 Støttende og omstillende behandling

Kroppen inngår i sosialt samspill med andre og som psykomotorisk fysioterapeut må man hele tiden være fokusert på hva som skjer av kroppslige reaksjoner i samspillet med pasienten.

I NPMF vil respirasjon være en sentral indikator på hvordan pasienten har det, ettersom pust og emosjoner er svært sammenvevd. Tilstedeværelse, innlevelse og deltakelse er sentralt i behandlingen for både terapeut og pasient. Oppmerksom tilstedeværelse, i sammenheng med evnen til å regulere samspillet ut ifra emosjonelle tegn og deltakelse hos pasienten er essensielt, noe som også innebærer emosjonell innlevelse hos terapeuten. Det innebærer at terapeuten oppfatter pasientens uttrykk og kan reagere på dem. Pasienten får da mulighet til å dvele ved den emosjonelle erfaringen og dermed oppleve subjektivitet. Dette innebærer at pasient og terapeut er samstemte og at det som foregår gir mening for pasienten, noe som kan gi muligheter for selvutvikling (Gretland, 2007, s. 92)

I behandlingen, vil NPMF ofte kategoriseres som støttende eller omstillende behandlingstiltak. Disse to begrepene refererer til om behandlingen påvirker pasientens forsvar, hvor omstillende behandling kjennetegnes ved at pasientens kroppslige selvregulering utfordres gjennom endringer i muskulære spenninger og respirasjon. Her vil det være viktig at ikke pasienten blir følelsesmessig overveldet, men at man tilpasser behandlingen i forhold til hva pasient tolererer (Gretland, 2007, s. 88).

Behandling av støttende karakter innebærer at man sikter mot økt selvavgrensning, sikrere identitetsopplevelse, økt autonomi og samhandlingsevne. Her er fokuset at pasienten kan ta hånd om eget liv og få fotfeste i tilværelsen ved å utfordre pasienten kroppslig i mindre grad. Det vil si at behandlingen ikke trigger autonome reaksjoner i stor grad, men har fokus på kontroll og mestring hos pasient 2007 (s.89).

2.2 Kroppsfenomenologi

Den franske filosofen Maurice Merleau-Ponty (1908-1961) var med å utforme kroppsfenomenologien. Han utviklet en teoretisk tenkning som gikk mot den tidligere positivistiske retningen hvor det skilles mellom kroppen som subjekt og objekt. Merleau-Ponty så på subjekt-objekt som gjensidig sammenflettet. Han var den første som knyttet menneskets subjektstatus til kroppen, hvor han så på kroppen som en grunnleggende kilde for alle erfaringer

og inntrykk (Gretland, 2007, s. 24). Å være et subjekt beskrev han, er å være i verden som kropp. Han beskrev at hvis man trykker hendene sammen, skifter hendene mellom å fungere som berørende og bli berørt. Hånden er altså ikke bare en ytre gjenstand, men også sansende. Med andre ord når kroppen ser eller berører verden, kan den altså ikke sees eller berøres, noe som hindrer den i å bli et objekt alene (Merleau-Ponty, 1994, s. 33-35). Dette stod i sterk kontrast til den epistemologiske og ontologiske dualismen som positivismen stod for, hvor kropp og sjel var adskilt (Thornquist, 2018, s. 138-139). Merleau-Ponty ga kroppen forrang og satt kroppssubjektet i en hoved posisjon for persepsjon og erkjennelse. Han mente at det er som et kroppslig subjekt vi mennesker handler og samhandler med hverandre og med omgivelsene. I kroppsfenomenologien er kroppen uløselig knyttet til verden og kroppen deltar i menneskelig og meningsskapende liv. På den ene siden deltar vi en verden og gir den mening helt konkret gjennom alle våre aktiviteter. På den andre siden påvirker vår kulturelle, sosiale strukturer og våre historier måten vi erfarer virkeligheten på, slik er subjektet uløselig knyttet til omverdenen (Råheim, 2002, s. 2479).

2.2.1 Kroppsfenomenologi knyttet til NPMF

I kroppsfenomenologien peker man på at langvarig sykdom og funksjonssvikt innebærer grunnleggende endringer i menneskers levde relasjoner til seg selv og omgivelsene i lys av et endret kroppslig perspektiv (Råheim, 2003, s. 14). Når kroppen blir syk, er smertefull og har begrensninger, vil det skje endringer i pasientens livsverden. For den som er rammet kan det føles som at hele verden står på spill og det kan være viktig å skape ny mening for den som er rammet (Råheim, 2002, s. 15).

I kroppsfenomenologien dreier det seg ikke om en årsaksrelasjon mellom kropp og følelser, hvor kroppen er en reaksjon på følelser, men mer en samtidighet mellom kropp og følelser. Følelser er i menneskelige gester, i ansiktene eller kroppen vår, selv om den spesielle meningen og uttrykk kan være vanskelig å forstå for andre. Kroppen er likevel spesiell og ekspressiv og har en form for hukommelse og viten. Erfaringer blir med oss videre i livet på forskjellige måter, og slik blir kroppslige vaner og væremåter integrert i personens identitet og selvfølelse. Kroppen kan dermed forstås som meddelende og kommuniserende både med hensyn til nåtid og fortid. Med andre ord, levd liv kan sette spor i kroppen, hvor livserfaring avleires i kroppen. (Thornquist, 2018, s. 154-157).

Som helsepersonell og psykomotorisk fysioterapeut må vi ta i betraktning pasientens lidelser og helseplager, og erkjenne kroppens sammensatte karakter ved å sette oss inn i pasientens situasjon og erfaringsverden, hva dette innebærer for hver enkelt pasient. Slik helsepersonell forholder seg til en pasient, er videre avgjørende for hvordan de forholder seg til seg selv, sin kropp, og omgivelsene rundt. Fortellingen om det å være syk, konsekvenser og sammenhenger er en viktig kilde til innsikt i pasienters livsverden for å kunne forstå og hjelpe (Thornquist, 2018, s. 154-159).

2.3 Maskulinitet og mannsrollen

Det har vært motsigende diskurser og kunnskapstilnærming rundt kjønnsbegrepet maskulinitet (Connell, 1995, s. 3, 8). Et begrep som ofte går igjen i litteraturen, er hegemonisk maskulinitet. Dette er et analytisk begrep som ser på forholdet mellom maskulinitet og makt, både på individ og samfunnsnivå. Hegemonisk maskulinitet er ikke en bestemt maskulinitet, men bygger på kulturelle idealer for hvordan menn i en viss kontekst skal være, ofte basert på hvem som har maktutøvelse eller ledende posisjon i et kjønnsforhold. Denne type maskulinitet er ikke statisk, men er historisk sett i stadig endring (Connell, 1995, s. 76-77).

Mangfoldet av maskuliniteter, og teorier om maskulinitet baseres på at maskulinitet har vært avhengig av kulturelle grupper og samfunnslag. I dagens samfunn, vil mange menn ikke assosiere seg med tradisjonelle maskuline idealer eller verdier. Likevel kan menn i møte med sykdomforløp, reprodusere mange av de mannlige stereotypier uten å være bevisst det selv (Reform & Oslo, 2016, s. 4).

Noen studier har vist at menn i liten grad vil forholde seg til egen fysisk og psykisk helse. Dette innebærer også å søke hjelp eller benytte seg av helsevesenet. I Reform & Oslo (2016, s. 4) skriver de at menn kan oppleve kronisk sykdom som en trussel mot den tradisjonelle mannsrollen. Historisk sett har menn vært familieforsørger, noe som henger sammen med deres pliktfølelse for jobb. Dermed ble helseplager for menn nedprioriterer (Ulla-Britt, 2004, s. 35). Studie av Lilleaas (2004) viste at mange idrettsmenn var vokst opp i miljø der de lærte som gutter at gråt eller det å være lei seg, kunne bli tolket som feminint. Dermed opplevde de å bli satt på plass av omgivelsene (Ulla-Britt, 2004, s. 10). Dette har også videre blitt bekreftet i andre studier, at menn kan identifisere seg med maskulinitetsnormer der mannen må vise god

selvkontroll, følelser er tegn på svakhet og en trussel til deres mannlige identitet (Jeleniewski Seidler, 2007, s. 9). Ofte skjuler menn deres følelsesmessige sårbarhet fordi de er redde for å «tape ansikt». Denne sårbarheten kan være skjult, fordi menn kan prøver å håndtere egne følelser alene, for å unngå ytterligere skam. Disse mennene har ofte lært å se på kroppen som en maskin som de må kontrollere. Denne instrumentelle tilnærmingen til kroppen, kan føre til en fremmedgjøring av kropp hvor menn har vansker med å anerkjenne vanskelige følelser (2007, s 9-15.).

Et fokusgruppeintervju studie av Lilleaas (2004), beskrev at selv om mannsrollen er i endring, strever mange menn med en form for selvbeherskelse, hvor de ikke skal klage, men heller lide i stillhet. Likevel, er autonomi viktig for menn, slik at de kan opprettholde rollen som en arbeidende person, være selvhjulpen og ha kontroll også ved sykdom. Selv om menn er ulike, anbefales det likevel at helsepersonell tar utgangspunkt i at mannen ønsker å ivareta sin mannlige identitet (Reform & Oslo, 2016, s. 5-25).

2.4 Internasjonal og nasjonal forskning

2.4.1 Litteratursøk på menn med underlivssmerter

Dette underkapittel handler om hvordan jeg utførte mitt litteratursøk om temaet. I første omgang, kontaktet jeg en bekjent fysioterapeut fra Edinburgh som var godt kjent i fagmiljøet internasjonalt og jobbet klinisk med pasientgruppen. Vi avtalte et digitalt møte hvor han ga råd om relevant litteratur. I tillegg delte han egen kunnskap og erfaring om behandling av menn med underlivssmerter, knyttet opp mot psykisk helse. Noen søkeord jeg ble anbefalt å bruke var; pelvic pain, prostatitis, chronic prostatitis, pelvic pain syndrome, overactive pelvis, penile pain, scrotch pain og epididymitis. Deretter søkte jeg videre på Medical Subject Headings (MeSH) for å finne standardiserte emneord og gjorde et generelt søk på databasene Oria (avansert søk), PEDro (Physiotherapy Evidence Database), Pubmed og PsychInfo, med søkeord som bekkenbunnsmerter hos menn, chronic pelvic pain, interstitial cystitis og chronic prostatitis i kombinasjon med mental health, qualitative research, norsk psykomotorisk fysioterapi og psychomotoric physiotherapy.

Videre kontaktet jeg biblioteket i Elverum og fikk digital hjelp til å gjennomgå litteratursøk. Jeg søkte i databasen Ovid, og videre Google Scholar. Emneord som pelvic pain, prostatitis, physiotherapy og psychomotor physiotherapy ble brukt og vi fikk til sammen 65 relevante treff.

I etterkant kombinerte vi begrepene chronic pelvic pain og mental health, som resulterte i nye, relevante treff. Etter omfattende søk i flere databaser, kunne jeg konkludere med at det meste av tidligere forskning var kvantitative studier, og det var svært begrenset litteratur knyttet til kvalitativ forskning på menn med underlivssmerter, og i enda større grad hvis vi kombinerte søket med psykomotorisk fysioterapibehandling.

2.4.2. Internasjonal og nasjonal forskning på menn med underlivssmerter

Det er begrenset internasjonalt og nasjonal forskning på menn med underlivssmerter. Majoriteten av forskningen har vært knyttet til kvantitative studier hvor funn generelt konkluderer med at etiologien er dårlig forstått og at det er behov for effektive behandlingstiltak (Ramsden et al., 2018, s. 337).

Et nylig systematisk litteraturstudie, anbefalte et tverrfaglig engasjement både med klinikere og forskere for å støtte relevant og evidensbasert klassifisering av CPP, for å kunne forbedre behandlingstiltak ytterligere (Cyr et al., 2023). Flere studier har anbefalt at forskning ser på de psykososiale og seksuelle dimensjonene av lidelsen, ettersom det er bred enighet om at CPP pasienter ofte plages med depresjon, angst, katastrofetanker, dyspareuni, søvn forstyrrelser og nedsatt livskvalitet (Brünahl et al., 2017; Hutton et al., 2023; Piontek et al., 2019). De samme funnene ble bekreftet i en studie hvor mennene viste økt forekomst av katastrofetanker, angst, depresjon og stress problematikk (Birder, 2019; Xu et al., 2020)

I litteraturen er det internasjonal tverrfaglig konsensus om at retningslinjer bør ha en holistisk og individuell tilnærming som adresserer fysiske og psykosomatiske aspekter, inkludert farmakologiske tiltak (Crofts et al., 2022, s. 280; Ramsden et al., 2018). Emosjonelt stress og depresjon var vist å være viktige faktorer i utviklingen og varigheten av CPP, og at ved å eliminere stress kan man redusere symptomene (Xu et al., 2020).

En kvalitativ studie omhandlet syv menns narrative fortellinger om å leve med underlivssmertene. Funnene belyste at mennene opplevde mangel på støtte og anerkjennelse fra helsepersonell, spesielt fra urolog spesialister. De opplevde en forvirrende og falsk diagnose prosess, som ga utilfredsstillende behandlings opplevelse. Mennene opplevde vanskeligheter ved å takle den emosjonelle belastningen knyttet til underlivssmertene, noe som var relatert til maskuline normer rundt menns mestring av smerter (Wood et al., 2017).

En annen kvalitativ studie undersøkte hvordan det påvirket livskvaliteten til menn med underlivssmerter. Funnene avslørte at det var høyst inngripende i deres sosiale liv, arbeidsliv,

partnerforhold og seksualliv (Quallich et al., 2022, s. 1468) Et case studie på menn med underlivssmertene viste parallelle funn, at det i høyst grad påvirket livskvaliteten og seksual funksjonen (Horton, 2016, s. 182). Studier som har undersøkt underlivssmerter relatert til nedsatt seksual-funksjon fant nedsatt erektil funksjon, reduserte orgasmer, økt genitale smerter etter og under samleie. Dette var nært knyttet opp mot depresjon, angst og stress (Aubin et al., 2008, s. 1468; Quallich et al., 2022).

I litteratursøket var det ingen kvalitative studier som undersøkte psykomotorisk fysioterapibehandling av menn med underlivssmerter, men derimot fantes det kvalitative studier på psykomotorisk fysioterapibehandling av langvarige smertepasienter. Disse studiene viste å redusere mange av de samme plagene som menn med underlivssmerter sliter med, blant annet subjektive helseplager som angst, depresjon og smerter (Breitve et al., 2010, s. 212). En studie viste også at en forutsetning for å lykkes i NPMF, er at smertepasienter opplevde en meningsskapende behandlingsprosess (Irene & Kirsten, 2022).

To kvalitative studier av Boge-Olsnes & Øberg (2024, 2023) omhandlet NPMF behandling av kvinner med kroniske underlivssmerter. Funnene viste at underlivssmertene var knyttet opp mot emosjonelle livserfaringer. Økt kroppslig bevissthet og positive kroppslige erfaringer, var betydningsfulle. Det gjorde at kvinnene lyttet bedre til kroppens signaler og egne behov. Studiet belyste at det var viktig for helsepersonell å inkludere kvinnenens subjektive kroppslige erfaringer i behandlingen. At årsaken til plagene ligger i kroppens subjekt og konteksten av deres liv, ikke alene i den sårbare, fysiske kroppen. Disse studiet har trolig overføringsverdi til menn med underlivssmerter, ettersom menn også presenter med mange av de samme subjektive helseplagene som kvinner (Boge-Olsnes et al., 2024; Boge-Olsnes et al., 2023).

En studie av Danielsen et al. (2022) så på somatokognitiv terapi (STK), som er en multimodal fysioterapibehandlingsform som bygger på prinsipper fra kognitiv terapi og Mensendieck fysioterapi. Behandlingen har fokus på kroppslig utforsking, noe som har vist å lindre langvarige underlivssmerter og bedre seksuell helse, med fokus på å redusere unngåelsesatferd hos pasient. Studiet påpekte at fysioterapeuter er i en ideell posisjon til å fremme seksuell helse og at per i dag, får seksuell helse liten oppmerksomhet hos fysioterapeuter. Selv om studiet bare

inkluderte kvinner, kan man trekke paralleller i forhold til menn med underlivssmerter, ved at menn også sliter med dårlig kroppskontakt og nedsatt seksuellfunksjon. STK har mange likhetstrekk med psykomotorisk fysioterapi ved at de blant annet vektlegger subjektive kroppslige erfaringer og jobber med økt kroppslig bevisstgjøring (Danielsen et al., 2022, s. 1-10).

Nasjonal kompetansetjeneste for inkontinens og bekkenbunnsykdom (KIB), gjennomførte et kvalitativt prosjekt som de kalte «MiniPUST», hvor behandlingen bestod av et gruppebasert, fysioterapeutisk behandlingstilbud for menn med langvarige underlivssmerter.

Fysioterapibehandlingen ble utført av psykomotoriske fysioterapeuter hvor behandlingen bestod av en helhetlig tilnærming med fokus på sammenhenger mellom fysiske og mentale prosesser og økt kroppslig bevisstgjøring. Funnene viste at mennene fikk bedre innsikt i nye sammenhenger, bedre kjennskap til egen kropp og økt kroppslig velbehag. De opplevde å ta med seg nyervervede mestringsstrategier og gjennomførte livstil tilpasninger. Mennene verdsette viktigheten av å bli fulgt opp av kompetente og engasjerte fysioterapeuter og opplevde verdien av fellesskap og det å møte andre i lignende situasjon. Likeså, uttrykte det ønske om mer individuell oppfølging og mer styring i forhold til behandlingen (Danielsen, 2019, s. 1-25).

3. METODE

I kommende kapitel vil jeg gjøre rede for de metodiske valgene jeg har gjort gjennom forskningsprosessen. Hensikten med oppgaven var å innhente erfaringskunnskap fra et utvalg av psykomotoriske fysioterapeuter i behandlingsmøte til menn med underlivssmerter. Følgende problemstilling ble belyst; *Hvordan erfarer psykomotoriske fysioterapeuter at menn med underlivssmerter håndterer plagene?*. I tråd med problemstillingen, ønsket jeg å vise hva som dannet grunnlaget for valg av kvalitativ forskningsmetode og hvordan jeg hentet inspirasjon fra hermeneutikken. Kapitlet vil bli delt inn i delkapitler for å gi en strukturert gjennomgang av metoden hvor jeg presenterer og gjør jeg rede for valg av studiedesign og vitenskapelig forankring. Utvalg og rekruttering, datainnsamling og dataanalysen blir så presentert. Til slutt, vil jeg beskrive valg av etiske vurderinger og hensyn til personvern.

3.1 Design

For å besvare problemstillingen best mulig, valgte jeg å benytte en kvalitativ forskningsmetode. Ettersom kvalitativ metode er en forskningsstrategi som brukes når man er interessert i å utforske meningsinnholdet i menneskelige erfaringer i den konteksten menneske befinner seg i (Malterud, 2017a, s. 36). Kvalitativ metode kan dermed bidra til å presentere et mangfold av nyanser og subjektive erfaringer, ved å belyse ulike perspektiver på problemstillingen.

I tråd med kvalitativ design, ble det valgt en hermeneutisk tilnærming som legger vekt på menneskelig subjektivitet og forståelse ved fortolkning (Malterud, 2017a, s. 30-31). Slik var det videre hensiktsmessig å bruke en induktiv tilnærming ettersom empirien styrte analysen og ingen teori var knyttet opp mot forskningen i forkant. (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 224). Ved induktive tilnærminger, trekker man slutninger fra det enkeltstående til det allmenne (Malterud, 2017a, s. 27), i motsetning til deduktiv hvor man går fra alle til noen (Thomassen, 2006, s. 49). I tråd med Malterud (2017, s.113) ble en utforskende design brukt. Utforskende design brukes ofte ved induktive tilnærminger, ettersom empirisk data fra enkeltpersoner bidrar til å belyse problemstillingen og si noe mer allment om temaet belyst. Ved å lese historiene på tvers, og tolke/løfte de gjennomgående trekkene, kan man få ny innsikt og forståelse av et fenomen (2017 s.84). En induktiv fremgangsmåte kan derfor være med å identifisere sammenhenger og tilføre ny kunnskap om virkeligheten (Johannessen et al., 2020, s. 30-31).

Slik vil jeg trekke en parallell til mitt prosjekt hvor hensikten var å kunne si noe mer allment ut fra de de psykomotoriske fysioterapeutenes erfaringer. Videre med støtte i Malterud (2017b, s. 2427), vil et utforskende design kunne åpne opp for forskning der kunnskapsgrunnlaget er tynt, men også der problemstillingen er sammensatt og med mulighet for et mangfold av svar. Metoden kan dermed gi økt innsikt og forståelse av et fenomen som i liten grad er blitt studert tidlige og på områder hvor problemstillingen ikke gir et entydig svar, men viser dybde og variasjoner (Malterud, 2017b, s. 2427). Dette er i tråd med problemstillingen, hvor forskning på tema er begrenset og svarene vil variere ut fra hver informants subjektive erfaring. Slik er utforskende tilnærming hensiktsmessig når man ønsker å åpne opp for dynamiske prosesser ved sykdom og helse, som foregår individuelt i hvert menneske, i relasjon til den sosiokulturelle konteksten (Malterud, 2002, s. 2468). Dette samsvarer med masteroppgavens tema, hvor menns håndtering av underlivssmertene sees i lys av en biomedisinsk og kroppsfenomenologisk forståelse av kroppen innen NPMF, men omhandler også den relasjonelle konteksten mellom terapeut og pasient.

I denne oppgaven, blir funnene fra empirisk materialet løftet frem i lys av teori fra NPMF, kroppsfenomenologi og maskulinitetsbegrepet, slik blir forskerens spesifikke perspektiv tydeliggjort (Malterud, 2017a, s. 220). Samtidig bidrar det til at fortolkningsprosessen blir systematisk og gir et teoretisk bakteppe som vil styrke og underbygge empiriske funn fra resultatdelen (2017, s.90). Videre vil teorien bidra til å gi mangfold og nyanser til det empiriske materialet, og åpne opp for forforståelse og refleksjon (Malterud, 2017a, s. 89-90).

Individuelle, semistrukturerte intervjuer ble valgt som datainnsamlingsmetode i tråd med et utforskende design (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 325). Dybdeintervjuene, ga tilgang til detaljerte beskrivelser av informantenes livsverden, som åpnet opp for informantenes erfaringer, meninger, holdninger og opplevelser knyttet til behandlingen av menn med underlivssmerter (Tjora, 2021, s. 114).

En overordnet intervjuguide ble brukt for å strukturere intervjuene, men også for å velge ut temaer som utforskes mer i dybden, med mulighet for å bevege seg frem og tilbake i intervjuet og forfølge svar og historier til informantene underveis. Informantens historier kan gi viktig

innsikt og rom for flertydighet, motsigelser, dilemmaer og paradokser rundt temaene som blir tatt opp i intervjuguiden (Malterud, 2017a, s. 133-135). Videre ble Brown & Clarke sin Refleksiv Tematisk Analyse (RTA) brukt som metode for å analysere datamaterialet, som vil bli utdypet nærmere i punkt 3.5.1.

3.2 Vitenskapsteori

I lys av kvalitativ metode og induktiv tilnærming, ble masteroppgaven forankret i den vitenskapsfilosofiske tradisjon, hermeneutikken. Mens positivismen er opptatt av årsaksforklaringer, vektlegger hermeneutikken forståelse gjennom en fortolkningsprosess (Malterud, 2017a, s. 26-27). Videre ble valg av hermeneutikk, basert på at refleksiv tematisk analyse (RTA) av Brown & Clarke ikke knytter seg til en bestemt teoretisk retning eller epistemologi, men har den fordelen av den er fleksibel i valg av teoretisk forankring i analyseprosessen (Braun & Clarke, 2006, s. 78). Ontologisk henviser hermeneutikken til at man forstår og gir verden mening gjennom en fortolkningsprosess. Epistemologisk tar den opp vilkårene knyttet til hvordan vi oppnår forståelse og fortolkning og at denne prosessen er avhengig av forskerens forforståelse (Thornquist, 2018, s. 167).

I hermeneutikken, anser man forskeren som et sentral og medvirkende redskap i fortolkningen (Malterud, 2017a, s. 27). Dette er i tråd med RTA, som anser forskers subjektivitet som en verdifull ressurs. Så lenge forskeren aktivt reflekterer og gjør rede for sin rolle gjennom hele fortolkningsprosessen (Braun et al., 2022, s. 12-13). Slik kan analysen bli beriket ved økt bevissthet rundt egen subjektivitet og hvordan det påvirker tolkningen av datamaterialet.

3.2.1 Hermeneutikken

Hans Georg Gadamer var en tysk filosofi som var med på å utarbeide hermeneutikken (Paul, 2012, s. 286). Han skrev at sannhet er det som kommer til syne, det som åpenbarer seg når det går et lys opp. Gadamer beskrev at når man leser, er man et åpent hav, det finnes ingen overhistorisk instans man kan appellere til for å finne ut hva som egentlig er tekstens sannhet eller mening, annet enn selve erfaringen ved at man forstår (Gadamer, 1990, s. 18-19). Hermeneutikken er en vitenskapsfilosofisk retning som handler om menneskers verdenserfaring, eller læren om fortolkning av tekster (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 69). Den baserer seg på hvordan vi forstår og gir verden mening gjennom en fortolkningsprosess (Malterud, 2017a, s. 28). I hermeneutikken, legges det stor vekt på tolkerens forhåndskunnskap

om hvordan personen forstår en teksts tema og betydningen av kontekst og selvrefleksjon (Malterud, 2017a, s. 29). Den handler om en erkjennelse at vi mennesker fundamentalt er fortolkende med alt vi gjør, og at vi er en del av en «forståelsesprosess». For å forstå noe nytt, begynner vi ikke på bar bakke, men vi har allerede en delvis forforståelse som vi fortolker ut fra å forstå helheten. Delene blir til en helhet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 73-77). All kunnskap er avhengig av forskeren som subjekt, og at man som forsker er preget av sin samtid og sin sammenheng. Videre vil menneskelige og sosiale fenomener ikke kunne løsrives fra sin sammenheng, ettersom det kan føre til feiltolkninger og misforståelser (Thornquist, 2018, s. 229, 231).

I lys av en hermeneutisk forankring, ønsker jeg ved min problemstilling og få en dypere innsikt og forståelse om psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer og refleksjoner knyttet til behandling av menn med underlivssmerter. Jeg har tatt hensyn til min egen rolle som psykomotorisk fysioterapeut og prøvd å stille med åpent sinn. Ved å unnlate å trekke inn egne synspunkt og erfaringer, men reflektere over hvordan jeg påvirker denne prosessen. Jeg arbeidet aktivt for å gjøre meg kjent med egen rolle, overveie og redegjøre for min egen innflytelse. Dette vil jeg vise ved å utrede for egen forforståelse (se punkt 1.5), men også vise til min valgte teoretisk referanseramme i kapittel 2 som vil påvirke drøfting av funn.

I tolkning av tekst, legges det i hermeneutikken stor vekt på forholdet mellom deler og helheten. Dette blir kalt den hermeneutiske sirkel (se vedlegg 4) som er basert på en kontinuerlig frem og tilbake prosess mellom deler og helhet. Ofte starter det med en uklar og intuitiv forståelse av teksten som helhet. Som så tolkes i forskjellige deler og tar i betraktning betydningen av kontekst og selvrefleksjon (Malterud, 2017a, s. 28). Vi kaller denne fortolkningen eller denne intuitive forståelsen for forforståelse. Forståelsen er avhengig av visse fordommer, fordi enhver tekst får sin mening fra en kontekst og er avhengig av kunnskap. Basert på disse delene blir teksten på nytt fortolket ut ifra helheten. Slik betraktes tolkningsprosessen som en sirkularitet, en spiral som åpner opp for stadig ny forståelse av meningen. Meningen er å komme inn i sirkelen på riktig måte, og avslutte når man har nådd en indre enhet i teksten, hvor man ikke lenger har logiske motsigelser (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 237). Med dette som utgangspunkt, har den hermeneutiske fortolkningen vært gjeldende spesielt i datainnsamlingsprosessen og analysedelen.

3.3 Utvalg og rekruttering

Ettersom min problemstilling best lot seg besvare gjennom en kvalitativ metode, og i lys av et begrenset antall psykomotoriske fysioterapeuter som jobbet med denne pasientgruppen, var et tilgjengelighetsutvalg mest hensiktsmessig (Malterud, 2017a, s. 59). Ifølge Johannessen et al. (2021, s. 58) vil et tilgjengelighetsutvalg være mest relevant ut fra et analytisk formål for å samle nødvendig og utfyllende data fra informanter som kan mye om temaet. Ved bruk av snøballteknikk, brukte jeg nettverket til deltakere som allerede hadde sagt ja, for å få tak i flere aktuelle deltakere (Malterud, 2017a, s. 59-60). Utvalget bestod dermed av psykomotoriske fysioterapeuter som hadde erfaring med å behandle menn og underlivssmerter slik at problemstillingen kunne bli besvart på best mulig måte.

Generelt var det svært få psykomotoriske fysioterapeuter på landsbasis med kompetanse og erfaring knyttet til behandlingen av menn med underlivssmerter. I lys av dette, var mine inklusjonskriterier begrenset for å kunne få nok informanter. Inklusjonskriteriene var som følgende;

- Fysioterapeuter med videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi (ikke krav om mastergrad).
- Psykomotorisk fysioterapeut med arbeidserfaring eller spesialkompetanse på behandling av menn med underlivssmerter

Etter å ha satt inklusjonskriteriene, var neste steg å finne informanter som passet kriteriene. Gjennom et personlig bekjentskap, fikk jeg tips om to psykomotoriske fysioterapeuter som jobbet med menn og underlivssmerter, som jeg kontaktet på e-post. De ønsket begge å delta på studiet. De anbefalte å kontakte en kollega, hvor jeg fikk positiv tilbakemelding via e-post. Videre rådet en av informantene meg om en privat praktiserende psykomotorisk fysioterapeut. Hun hadde ikke nok erfaring med pasientgruppen, men anbefalte å kontakte et par andre og en deltaker svarte ja. Jeg videresendte informasjon og samtykke om deltakelse via epost.

I neste steg kontaktet jeg daværende leder og fysioterapeut for fagforbundet i kvinnehelse, ettersom hun hadde god kunnskap om fagfeltet og behandlere på underlivsproblematikk i Norge. Hun nevnte samme deltakere jeg allerede hadde kontaktet. Grunnen til at jeg forhørte meg i fagforbundet for kvinnehelse, var at det ikke fantes egen faggruppe for mannehelse. Noen av de fysioterapeutene eller de psykomotoriske fysioterapeutene som hadde spesialkompetanse på kvinnehelseproblematikk, behandlet også menn med underlivsplager. På landsbasis, var det

svært få fysioterapeuter som behandlet menn, og i enda mindre grad psykomotoriske fysioterapeuter. I tillegg gikk jeg gjennom offentlig godkjente behandlerlister over fysioterapeuter og psykomotoriske fysioterapeuter fra vulvodyniforeningen, det ledet ikke til flere deltakere.

Deretter kontaktet jeg et privat firma, QUINTET AS, som hadde spesialisert seg på hjelpemidler innen seksuell helse, smertelindring og inkontinens. De jobbet i tett samarbeid med Norsk Fysioterapiforbund og kvinnehelseforbundet. De hadde offentlig gode behandlerlister, men søket resulterte ikke i noen nye deltakere. Videre oppmuntret Quintet meg til å kontakte et par smerteklinikker de samarbeidet med. Jeg ringte de aktuelle smerteklinikkene, hvor jeg kontaktet en psykomotorisk fysioterapeut via epost, men fikk aldri svar. Videre kontaktet jeg en urolog, og en fysioterapeut med spesialkompetanse på urologiske, gynekologiske og anorectale problemstillinger. Til tross for at hun var god kjent i fagmiljøet, resulterte det ikke i nye kandidater.

Etter en omfattende rekrutteringsprosess, bestod mitt utvalg av fire kvinnelige psykomotoriske fysioterapeuter, i alder 36-62 år, ingen meldte frafall. Alle hadde kompetanse på å behandle menn med underlivssmerter og jobbet i privat praksis eller spesialisthelsetjenesten. Tre psykomotoriske fysioterapeuter var spesialister innenfor psykomotorisk fysioterapi, alle hadde mastergrad i psykomotorisk fysioterapi hvor en hadde doktorgrad. De som jobbet i spesialisthelsetjenesten jobbet med andre fysioterapeuter og psykomotoriske fysioterapeuter, både med gruppebasert behandling og individuell behandling av menn med underlivssmerter. De fikk mennene henvist både internt fra sykehusets urologer og gastroenterologer, men også fra andre landsdeler. De som jobbet i privat praksis var eneste med psykomotorisk fysioterapi spesialisering, med jobbet i felleskap med andre fysioterapeuter. Mennene ble ofte henvist fra fastleger i kommunene eller urologer som jobbet i spesialisthelsetjenesten.

3.4 Datainnsamling

3.4.1. Forberedelse

Før intervjuene, avtalte jeg med informantene sted og tid for intervjuet direkte via e-post. Jeg var fleksibel og lot informantene selv få velge dato, sted og tidspunkt.

Et intervju ble organisert digitalt, i tråd med høyskolens retningslinjer knyttet til digitale intervju.

Videre innebar forberedelsene å rydde plass i kalenderen og ha god tid i forkant av intervjuene. Jeg leste gjennom intervjuguiden flere ganger og gjorde meg godt kjent med spørsmålene. I tillegg gjennomføre jeg et test- intervju på en fysioterapeut kollega for å være sikker på at spørsmålene var forståelig, noe jeg fikk positiv tilbakemelding på. Videre brukte jeg tid på å forberede det tekniske, som bruk av Nettskjema, laste ned Nettskjema app på mobil.

3.4.2 Semistrukturert intervju og intervjuguide

I tråd med bruk av kvalitativt intervju som datainnsamlingsmetode, ønsket jeg å belyse temaer rundt problemstillingen, ved å innhente kunnskap om de psykomotoriske fysioterapeuters egne perspektiver, refleksjoner, erfaringer og meninger. I tråd med Johannessen et. al. (2015, s.105-106) vil semistrukturerte intervju gi mulighet til å stille åpne spørsmål som gir mest mulig spontane, utfyllende og detaljerte beskrivelser. Samtidig som et semistrukturerte intervju kan tillate informantene å gi en så fri beskrivelse som mulig, kan en intervjuguide være veiledende og gi en form for struktur. For å holde fokus under intervjuet, og sørge for at viktige temaer ved problemstillingen blir belyst (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 44) Ifølge Johannessen et. al. (2021, s. 108) vil et semistrukturert intervju gi fleksibilitet, og bidra til en dynamisk prosess hvor spørsmål, temaer og rekkefølge kan variere. Dette gjør at man enklere kan bevege seg frem og tilbake og forfølge interessante momenter hos informanten.

I samarbeid med veileder, utformet vi intervjuguiden (se vedlegg 1), som en del av prosjektbeskrivelsen. Den ble endret og revidert flere ganger, gjennom samtaler med veileder, men også gjennom muntlig og skriftlig tilbakemelding fra andre bekjente med faglig kunnskap om kvalitative forskningsintervju. Innledningsvis, bestod intervjuguiden i grove trekk av enkle, oppvarmings spørsmål som var konkrete, faktabaserte spørsmål om informanten. Videre refleksjonsspørsmåls knyttet til forskjellige temaer, noe som var kjernen av intervjuet. Her oppmuntret jeg til å fordype og konkretisere interessante hendelser eller historier, men også å

komme med kliniske vignetter. Vignetter er eksempler fra klinisk praksis som beskriver en situasjon eller hendelse. I tråd med Johannessen et. al. (2021, s. 111) ble intervjuguiden bygd opp med fire overordnede temaer som bestod av følgende;

1. Første møte med psykomotorisk fysioterapibehandling
2. Kroppslig erfaring og endring med psykomotorisk fysioterapibehandling
3. Livshistories relevans
4. Psykomotorisk tilnærming for menn med underlivssmerter

Temaene som ble valgt, skulle fremkalle tematisk kunnskap rundt problemstillingen, i tillegg til å belyse og få frem nyanser datamaterialet. Avslutningsvis, ble intervjuet avrundet med å lede oppmerksomheten bort fra refleksjonsspørsmål og normalisere situasjonen (Tjora, 2021, s. 145-147). Her ble de spurt om de ønsket å tilføye noe mer eller om de hadde flere spørsmål. Det vil gi informanten mulighet til å ta opp temaer de har tenkt på, eller bekymret seg for underintervjuet. (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 161).

3.4.3 Gjennomføring av semistrukturerte intervju

For å legge en fin ramme rundt intervjusituasjonen, ville jeg at informantene skulle føle seg avslappet og trygge. De fikk selv velge hvor de ønsket å bli intervjuet, inkludert et tilbud utenfor arbeidsplassen om de ønsket det. Før lydopptakene startet, informerte jeg hver informant om studiets hensikt og at personopplysninger var taushetsbelagt i tråd med informasjonsskrivet og samtykkeskjemaet med skriftlig og informert samtykke som informant mottok før intervjuet. Jeg informerte om at studiets hensikt var å få frem psykomotoriske fysioterapeuters forståelse, refleksjoner, erfaringer og nyanser knyttet til behandlingen av menn med underlivssmerter. Informantene ble oppmuntret før og gjennom intervjuet til å være konkrete og gjerne utdype hendelser eller refleksjoner rundt tematikkene. Videre understrekte jeg før, etter og under intervjuet at kliniske vignetter var taushetsbelagte og ikke skulle være mulig å spore tilbake. Til slutt, forsikret jeg om informantenes anonymitet i studiet.

Første intervju ble gjort i mitt hjem hvor atmosfæren var behagelig. Vi satt ved kjøkkenbordet, på skrå ovenfor hverandre og praten gikk lett. Intervjuet varte rundt en time, men da jeg slo av båndopptaker, startet informant å snakke videre om noe relevant, jeg spurte om det var greit å slå på diktafonen igjen og hun ga samtykke. Hun fortsatte noen minutter før vi avsluttet

intervjuet. Neste intervju var i hjembyen til informant, på hotellrommet mitt. Stemningen var behagelig til tross for et lite rom. Tredje intervju ble foretatt digitalt via zoom på en lukket nettside. Informant satt hjemme og jeg på mitt kontor. Vi så hverandre fint og jeg kunne se ansiktsuttrykk og gester fra overkroppen tydelig. Informant var vennlig og stemningen behagelig under hele intervjuet. Siste intervju foregikk på kontoret til informant, i en privat klinikk der informanten jobbet. Vi fant en god tone og informanten snakket åpent og fortrolig. Intervjuene var fra en time til halvannen time. Ved alle intervjuene, lå mobil diktafon klar på kontorpulten og notatbok som ble benyttet for refleksjoner både under og etter intervjuene.

Mobilen ble satt på flymodus under intervjuene, for å unngå forstyrrelser. Alle informantene observerte at intervjuet ble lagret på Diktafon appen og lagret etter intervjuet var ferdig på Nettskjema uten problemer. Under intervjuene var det betryggende å ha intervjuguiden å se på, og samtidig ha mulighet til å følge opp interessante historier og utsagn gjennom å spørre om de kunne konkretisere, fordype eller si mer om temaet. Alle intervjuene var både informantene og intervjuer svært konsentrert og tilstedeværende og de hadde alle mye engasjement rundt temaet. Jeg forsøkte å stille klare spørsmål og være tydelig i formuleringene. Jeg tillot informantene og snakke ut, tillate pauser og prøvde fremstå avslappet slik at jeg ikke stresset informant. Jeg forsøkte videre å være følsom ved å legge merke til kroppsspråk og lytte til hva og hvordan ting blir sagt. Videre hvor jeg var usikker på svar eller følte behov for utdypning, poengterte jeg det eller stilte videre spørsmål rundt temaer. Jeg prøvde å legge bort egne meninger og synspunkter og nesten fremstå som litt naiv og nysgjerrig i forhold til hva som ble fortalt, for ikke å farge informantenes svar.

3.4.4 Transkribering

I tråd med datahåndteringsplanen ble data lagret i nettskjema og tilgjengelig i programvaren Amberskript med innlogging via Feide. I Amberskript ble intervjuene gjort tilgjengelig på lydfil for avspilling, men også overført fra lydfil til skriftlig tekst. Deltakerne var lagret som deltaker 1, 2, 3 og 4. Stemmene var lett gjenkjennbare og ved å høre lydfilene husket stemningen, kroppsspråk og reaksjoner til informantene i intervjuene. For å få et overordnet inntrykk av data, lyttet jeg gjennom datamaterialet en gang før jeg startet transkriberingen. Selv om Amberskript gjorde det enklere og raskere med transkriberingsprosessen, var den ikke hundre prosent pålitelig i forhold til å transkribere fra dialekt til bokmål. To av informantene hadde sterk dekt, slik at mye av transkriberingsinnholdet ble feil. Jeg måtte derfor lyttet nøye gjennom lydfilene, spolte tilbake, reduserte hastigheten på lydfilene og korrigere transkriberingen flere

ganger før alt var nøyaktig transkribert. Jeg har prøvd å skrive transkripsjonen så nært opptil lydopptaket som mulig, men valgte å skrive det som sammenhengende tekst uten å inkludere pauser, nøling og fyll-ord. Hvis informanten forklarte noe med tydelig kroppsspråk, ble det notert i parantes. Hvis informant la trykk på et ord/setning, brukte jeg eksklameringsstegn eller satt selve ordet i store bokstaver. Selv om det var en tidkrevende prosess, var det også emosjonelt å høre informantene snakke om et temaer som engasjerte og berørte dem i sterk grad. Å høre på lydfilene igjen og igjen, og fordype seg i hva informantene fortalte, ga grobunn for videre refleksjoner i analysen.

Intervjuene ble fullført i løpet av tre uker, og transkribering skjedde rett etter siste intervju, slik husket jeg godt alle intervjuene.

3.5 Analyse av datamaterialet

I lys av min problemstilling, ønsket jeg å gå i dybden og finne sammenhenger og fellestrekk ut fra erfaringene til de psykomotoriske fysioterapeutene. I tråd med min problemstilling, ble refleksiv tematisk analyse (RTA) valgt blant flere analysemetoder, ettersom RTA kan implementeres i induktive tilnærminger, hvor man samler kunnskap og innsikt ved å gå fra empiri til teori. I tillegg har metoden vist seg å være studentvennlig, for en som er ny i forskerrollen, kan metoden gi en strukturert fremgangsmåte steg for steg (Johannessen et al., 2020, s. 279). RTA krever ikke like høy grad av teknisk kunnskap, på lik linje som diskursanalyse eller innholdsanalyse. Slik kan metoden passe for nybegynnere i forskningsfeltet. Refleksiv tematisk analyse er også en fleksibel metode som ikke er forankret i en teoretisk retning. Den kan brukes ved ulike teoretiske og epistemologiske tilnærminger, i samsvar med hva du ønsker svar på i problemstillingen. Slik ga metoden en strukturert fremgangsmåte i analysen, fleksibilitet i valg av teoretisk retning og var i tråd med en induktiv tilnærming (Braun & Clarke, 2006, s. 77-79).

I dette underkapittel vil jeg presentere refleksiv tematisk analyse som metode og deretter vil jeg vise hvordan jeg gjennomførte analyseprosessen steg for steg.

3.5.1 Refleksiv tematisk analyse

Refleksiv tematisk analyse (RTA) er en tverrgående analyse, som går i dybden for å identifisere, analysere og rapportere viktige temaer eller mønstre i datamaterialet. Refleksiv tematisk analyse vil gjennom en 6-steps analyse vil, på en strukturert måte å identifisere koder i teksten,

analysere og rapportere kategorier eller temaer innenfor en tekst som til sammen utgjør svar på forskningsspørsmålet Gjennom bruk av refleksiv tematisk analyse, kan metoden gi en dypere forståelse, og identifisere mønstre og temaer på tvers av datamaterialet som kan generere ny innsikt og økt forståelse (Johannessen et al., 2018, s. 279-280).

I kvalitativ analyse er subjektivitet en drivkraft og en viktig del av analyseprosessen som blir sett på som verdifull. Ordet refleksiv i tematisk analyse vil si at forsker må innta en aktiv holdning ved å være bevisst og reflektere kritisk rundt sin rolle som forsker, og hvordan roller påvirker vår selvforståelse og beslutningsprosess, spesielt i tolkning og produksjonen av empirisk materialet (Tjora, 2021, s. 217). Refleksivitet innebærer at forskeren er transparent gjennom analyseprosessen ved å tydeliggjøre og bevisstgjøre leseren om sitt teoretiske perspektiv, men også aktivt prøver å utfordre sine egne antakelser, tanker og verdier, samt er åpen for nye innsikter i analyseprosessen (Braun & Clarke, 2019, s. 594). I denne analyseprosessen vil ikke temaer dukke opp passivt gjennom kodingen, men gjennom en lengre, fordypningsprosess hvor jeg som forsker går aktivt inn i en omtenkstom, reflekterende og genererende prosess (2019, s.591).

3.5.1 Steg i analyseprosessen

I refleksiv tematisk analyse, består analyseprosessen som tidligere nevnt, trinnvis av 6-steg, med mulighet til å bevege seg frem og tilbake mellom trinnene. Brown & Clarke (2022, s. 11) beskriver at i refleksiv TA må forskeren se på analyseprosessen som et eventyr, der man oppdager gjemte stier og finner nye overraskelser, som man ikke kan forutse, men som er del av reisen. Jeg tok del i denne reisen, og vil beskrive hvordan jeg gikk frem steg for steg, for så å vise hvordan jeg beveget meg frem og tilbake mellom stegene (Braun & Clarke, 2006, s. 86).

Fase 1: Å bli kjent med datamaterialet.

I denne fasen skaffer man til veie og får oversikt over rådata. Jeg leste aktivt over datamaterialet for å blant annet søke mønstre og mening. Ved å lese flere ganger får man et helhetsinntrykk over bredden og dybden i datamaterialet, i tillegg til å få god oversikt over hva datamaterialet handlet om (Braun & Clarke, 2006, s. 87). Videre var jeg på leting etter mening og mønster, uten å grave meg ned i detaljer. Avslutningsvis, noterte jeg ned tanker knyttet til hva

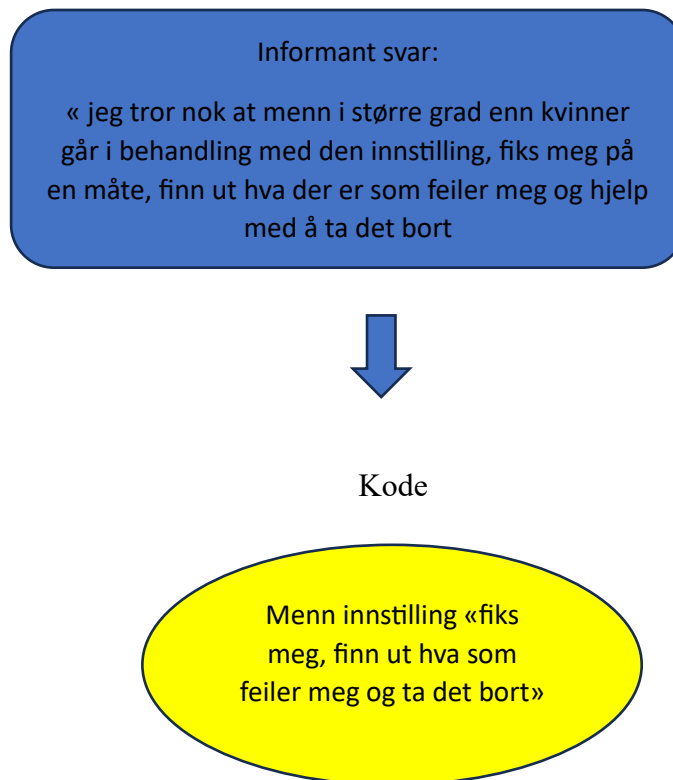
datamaterialet handlet om i sin helhet. Etter transkriberingen som forklart i punkt 3.4.4. overførte jeg intervjuene inn i et word dokument, for å systematisere transkriberingen videre. Jeg fargekodet hver informant og brukte en tabell. Tabellen bestod av to kolonner. En kolonne med intervju spørsmålene og mine refleksjoner, notater hvor jeg fremhevet viktige data. også for videre koding av datamaterialet. Neste kolonne, bestod av svarene til informanten. Jeg brukte en ny tabell for hver informant, slik at jeg endte opp med fire dokumenter til sammen for hver informant. Nå var intervjuene systematisert ut fra transkriberingen, og klare for fase 2-kodingen.

Fase 2: Å lage innledende koder av datamaterialet.

Ifølge Clark et al. (2006, s 88) består denne fasen av at man leser gjennom all data. Her begynner man å zoome inn eller gå i dybden av datamaterialet, slik at man fremhever og setter ord på viktige poenger i dataene. I denne prosessen stilte jeg spørsmål om hva dataene handler om. Jeg hadde hele tiden problemstillingen fremfor meg på et ark, og stilte meg selv spørsmål i form av om kodingen var relevant og kunne besvare problemstillingen min. Av respekt for informantenes fortellinger, kodet jeg semantisk, ved å være så nær som mulig opp til informantenes beskrivelser Dette handler ikke bare om å oppsummere data, men også innta en analytisk tilnærming til datamaterialet (Braun et al., 2022, s. 58).

Først kodet jeg datamaterialet ved å understreke, markere i gult viktige poeng i dataene, men også notere viktige poeng som kunne danne mønster og sammenhenger for temaer senere. Kodene ble notert i en tabell hvor en kolumne bestod av informantenes svar, slik at jeg lett kunne finne dem i etterkant. I tråd med Johannessen et al. (2018, s. 285) vil man ofte måtte kode flere ganger for å få med alt av viktige poeng. Hovedhensikten med kodingen var å få ny og dypere innsikt i datamaterialet, slik at den kunne brukes i neste fase, som bestod av tematisering. Jeg lot dataene styre analysen, og fant både likheter og spenninger på tvers av materialet (se figur 1).

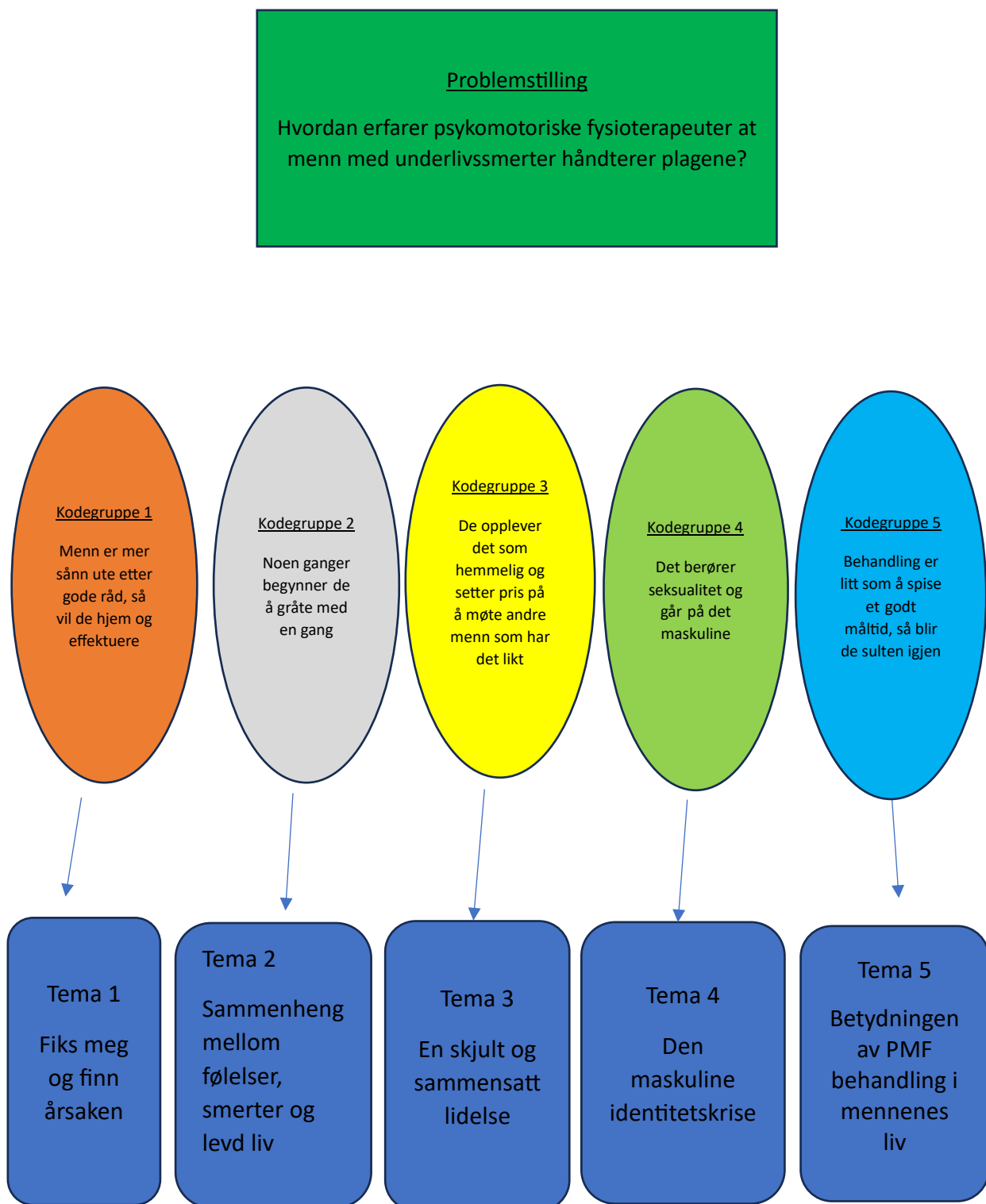
Figur 1: Fase 2, koding av Brown & Clarke



Steg 3: Å søke etter temaer.

Et tema er det som fanger opp noe viktig i datamaterialet og som er relevant i forhold til problemstillingen. I denne fasen lager man en lang liste med kodegrupper som man har funnet på tvers av datamaterialet. Her fokuserer man på å sortere kodene i potensielle temaer og samle alle relevante koder, og plassere den i tilhørende tema (Braun & Clarke, 2006, s. 82). Jeg hadde nå kodet alt av relevans, og ville nå systematisere kodene. I kodingen hadde jeg zoomet inn på detaljer, nå zoomet jeg ut for å sette sammen kodene til en større helhet. I denne fasen, sorterte jeg kodene inn i overordnede mulige temaer. Dette gjorde jeg ved å sette lik farge på de kodene som tilhørte samme kategori. I denne fasen endte jeg opp med en tabell med fem forskjellige temaer med tilhørende koder under, med samme fellestrekk (se figur 2). I denne fasen jobbet jeg frem og tilbake for å finne koder med likheter, kontraster og motsetninger, videre sjekket jeg at alt av relevans var kodet. Jeg kom frem til fem mulige temaer.

Figur 2: Fase 3, koding og søke etter temaer av Brown & Clarke



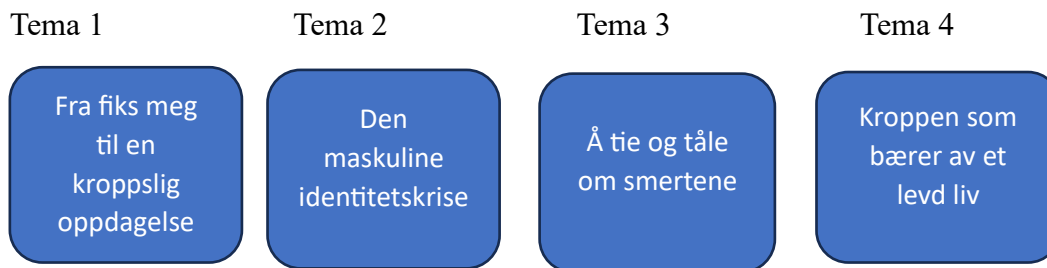
Steg 4: Gjennomgang og forbedring av valgte temaer

Fjerde fase kjennetegnes ved at man har funnet mulige temaer, men i denne fasen er ikke alle temaene passende til å bli værende som tema. For eksempel, hvis det ikke finnes nok data til å støtte opp om et tema eller at to temaer kollapser sammen til ett (Braun & Clarke, 2006, s. 91). Jeg gikk dermed gjennom kodingen for å se om det var nok data til å støtte opp under hvert tema og om de fanget opp innholdet på en nyansert og korrekt måte. Jeg ønsket at temaene skulle gjenspeile essensen i dataene og at temaene var relevante i forhold til problemstillingen. Likeså var det viktig at temaene ikke overlappet med hverandre (Braun & Clarke, 2006, s. 91). I denne fasen, diskuterte jeg og veileder frem og tilbake i forhold til om hvert temaene var distinkt atskilt, videre om hvert tema belyste problemstillingen. I tillegg hadde vi også fysiske og digitale studentsamlinger, hvor vi presenterte arbeidet og fikk tilbakemeldinger fra veiledere og studentkollegaer i forhold til arbeidet utført. Slik fikk jeg raffinert temaene etter mye prøving og feiling, det var en kontinuerlig prosess hvor jeg hele tiden tenkte; relevans, datanærhet, besvare problemstilling, tydeliggjøre temaenes innhold og huske distinkt atskilte temaer. Tema 2 og 3 kollapset til en, hvor jeg tilpasset navnet til innholdet. Navn på temaene endret seg flere ganger, og noen av kodene beveget seg også i en dynamisk prosess, slik at jeg fant kontraster og motsetninger under hvert tema. Kodingen for hvert tema ble lest flere ganger og noe material ble kodet igjen, før jeg var fornøyd og syntes at koding og tema stod i overensstemmelse med hverandre.

Steg 5: Definerer og navngi temaer

Femte fase starter når kartlagte temaer er tilfredsstillende. Denne fasen består av å definere og redefinere temaenes navn på en slik måte at man fanger essensen i forhold til hva hvert tema handler om. Hvert tema skal inneholde en større, overhengende historie uten at hvert tema blir for kompleks, sammensatt eller «gjør» for mye. Overordnet, skal temaene samlet kunne besvare problemstillingen (Braun & Clarke, 2006, s. 92). I denne fasen gjennomgikk jeg igjen navn på temaene og forbedret dem, hele tiden i samarbeid med veileder. Jeg endte opp med fire temaer (se figur 3). Temaenes navn ble gjort konsise, med en tittel som oppmuntret til nysgjerrighet, samtidig som det reflekterte innholdet av datamaterialet (figur 3)

Figur 3: Fase 5, finne temaer av Brown & Clarke



Fase 6; Analyse og rapportering

I denne fasen ble alle temaene bearbeidet, analysen og resultatdelen ble ferdigstilt. Her skal man fortelle den kompliserte historien basert på analysen fra datamaterialet på en overbevisende måte. Her må man vise ut fra analysen at funnene er presise, interessante, logiske og sammenhengende uten repetisjoner, på tvers av temaene. Her skal kodegruppene for hver tema omgjøres til en analytisk fortelling (ikke bare gjentakelse av kodegrupper) som besvarer problemstillingen (Braun & Clarke, 2006, s. 93). Temaene skulle utgjøre en helhetlig fortelling ut fra datamaterialet og ha nok koder til å støtte opp rundt hver tema. Jeg prøvde å få en logisk struktur og sammenheng, samt at innholdet reflekterte informantenes historie. Videre prøvde jeg å løfte beskrivelsene til informantene til et høyere nivå for å besvare problemstillingen på en overbevisende og interessant måte. Relevante eksempler fra dataene ble brukt til å illustrere og validere innholde i temaene (Braun & Clarke, 2006, s. 93).

3.6 Etske hensyn

Etikk dreier seg om forholdet mellom mennesker, om hva man kan gjøre og ikke gjøre mot hverandre (Johannessen et al., 2021, s. 45). Ifølge Kvale og Brinkmann (2015, s. 97) vil man måtte ta hensyn til etiske problemstillinger gjennom hele forløpet fra begynnelsen av studiet til slutten når endelige rapport foreligger. Innen forskningsfeltet har vi retningslinjer som må følges, Den nasjonale forskningsetiske komite for samfunnsvitenskap og humanoria (NESH) har vedtatt bestemte retningslinjer som presiserer tre hensyn som forsker ta hensyn til.

Første er informantens rett til selvbestemmelse og autonomi. Forskeren plikt til å respektere informantens privatliv og forskerens ansvar for å unngå skade (Johannessen et al., 2021, s.

45). Gjennom hele forskningsprosessen har jeg prøvd å tilstrebe å ivareta etiske hensyn til informant, og ivareta informantens personvern og anonymitet (se punkt 3.7).

I dette underkapittel, vil jeg beskrive og trekke frem noen av de forskningsetiske hensyn jeg tok hensyn til, i de ulike fasene av forskningsprosessen i masteroppgaven. I tråd med Kvale og Brinkmann (2015, s.91) Fire områder som er spesielt sentrale innenfor etikken, vil også bli beskrevet. Dette er informert samtykke, konfidensialitet, konsekvenser og forskerens rolle.

Informantens rett til selvbestemmelse; Dreier seg om at deltaker skal kunne bestemme over sin deltakelse og gi frivillig samtykke til å delta (Johannessen et al., 2021, s. 45)I planleggingsfasen, ble det utarbeidet en prosjektbeskrivelse, som blant annet omhandlet refleksjon over etiske overveielser ved å gjennomføre prosjektet. Helt sentralt stod informert samtykke fra informantene før de kunne delta i prosjektet. I rekrutteringsfasen, sendte jeg et informasjonsskriv med samtykkeskjema (se vedlegg 3), som hver informant ble tilsendt på epost. I informasjonsskrivet ble det understreket at deltagelsen var frivillig, at man kunne når som helst kunne trekke seg fra studiet. Videre fremkom det informasjon om ivaretagelse av informantene og deres konfidensialitet, slik at det var i tråd med forskningsetiske prinsipper, Jeg informerte om hensikten med studiet, hva dataene skulle brukes til samt lydopptak og oppbevaring av data. Denne informasjonen ble også tydelig fremhevet før de individuelle intervjuene startet.

Plikt til å respektere informantens privatliv: Dette punktet handler om deltakerens rett til å bestemme over hva de vil slippe inn og ut av informasjon(Johannessen et al., 2018) Ifølge forvaltningsloven vil all informasjon som kan tilbakeføres til enkeltpersoner være taushetsbelagt. All informasjon skal kun brukes til formål dataene er samlet inn for. Dette tilstrebet jeg å overholde under hele prosessen (Johannessen et al., 2021, s. 50). Jeg forsikret deltakere som refererte til pasienthistorier om at alt av gjenkjennbare opplysninger som kunne spores tilbake til deltakere ble fjernet eller anonymisert. Ettersom pasientgruppen og informantgruppen var relativt liten og avgrenset, var dette viktig. Dette er i tråd med prinsipper i Forsknings- og etikkloven og Helseforskningsloven.

Forskerens ansvar for å unngå skade. Dreier seg om at deltakerne skal utsettes for minst mulig belastning(Johannessen et al., 2018, s. 46). I informasjonsskrivet ble det informert om

ivaretagelse av informantene som også var i tråd med forskningsetiske prinsipper. I intervjusituasjonen passet jeg på at informantene fikk ro ved å unngå forstyrrelser. Jeg var observant på reaksjoner i intervjusettingen og ga dem mulighet til å ta pauser og bruke tiden de trengte for å svare på spørsmål. Videre avrundet jeg alle intervjuene med at informantene fikk komme med tilbakemeldinger. Videre ved dataanalysen, ble informantenes stemmer behandlet med ydmykhet og med respekt, slik at de ikke følte seg utlevert ved å kunne kjenne seg igjen eller andre i for stor grad slik at de følte seg utlevert. Dette gjaldt spesielt med hensyn til dialekt, som ble transkribert til bokmål slik at ikke skulle være gjenkjennbart. Intervjuene ble også dekontekstualisert i tolkningen av data på tvers av analysematerialet for å anonymisere. Alle etiske regler ble prøvd overholdt gjennom at jeg tilstrebet å garantere for å verne om informantenes privatliv, overholde taushetsplikt, anonymisere informantens personopplysninger og påføre de minst mulig belastning til enhver tid.

3.7 Personvern og godkjenninger

Før jeg startet på selv masteroppgaven, sendte jeg prosjektbeskrivelse, informasjonsbrev med samtykkeskjema (se vedlegg 3), intervjuguide (se vedlegg 1) som ble sendt til kunnskapssektorens tjenesteleverandør (SIKT), jfr referanse nummer 619203 (se vedlegg 2). Alle forskningsprosjekter som inneholder personopplysninger og opplysninger som lagres elektronisk har meldeplikt (Johannessen et al., 2021, s. 49) i tråd med lov om behandling av personopplysninger. Ingen data ble innhentet før søknadsprosessen til kunnskapssektorens tjenesteleverandør (SIKT) var godkjent og alle 9 punkter fra datahåndteringsplanen skulle følges. Intervjuene ble tatt opp med lydopptak på smarttelefon, kryptertes og anonymiseres ved bruk av diktafon-appen og ble deretter sendt til nettskjema i tråd med retningslinjer fra Høgskolen i innlandet. Her ble dataene lagret på OneDrive Office 365 ved innlogging gjennom Feide konto, der deling av personlig mappe, kunne skje med veileder.

Diktafon appen på smarttelefon ble benyttet som lydopptaker, ved innsamling av datamaterialet. Videre ble lydopptakene elektronisk lagret i Nettskjema som lydfiler. Lydfilene ble videre overført til Amberscript for transkribering og til Onedrive for Analyse.

Jeg opplevde at Diktafon appen fungerte optimalt og det var god lyd når jeg hørte på intervjuene i Nettskjema i etterkant. Jeg stilte mobilen inn på flymodus i forkant av å bruke diktafon appen, for å unngå forstyrrelser i intervjuene. Aidentifisering skjedde fortløpende ved transkribering av intervju. Videre ble kontaktinformasjon til informantene adskilt fra datasamlingen, men alle

opplysninger vil umiddelbart bli sletter etter at det foreligger godkjenning av masteroppgaven. Alle personopplysninger, som arbeidssted, bosted, verv og andre personopplysninger ble aidentifisert ved transkriberingen. Muntlig språk ble også omformulert til skriftspråk også av hensyn til anonymitet.

Videre ble det utarbeidet en datahåndteringsplan som del av prosjektbeskrivelsen, i tråd med gjeldende retningslinjer for Høgskolen i Innlandet ved lagring av sensitiv data. Videre fikk jeg beskjed om at det ikke var behov for søknad til Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) ettersom dataene ikke innebar sensitive opplysninger.

Navn og kontaktinformasjon til informantene er ikke del av databehandlingen og er lagret adskilt fra datasamlingen. Etter godkjenning av mastergrad, vil disse opplysningene bli slettet umiddelbart. Alt annet av personopplysninger som arbeidssted, bosted og spesifikt fagansvar ble fortløpende aidentifisert ved transkribering eller fjernet av personmessige hensyn. til oppstart. All rådata vil bli slettet etter mastergraden er godkjent og avsluttet i tråd med datahåndteringsplan.

4. RESULTATER

I dette kapittelet vil resultatene fra den kvalitative undersøkelsen blir presentert. Gjennom analyseprosessen, kodet jeg data og identifiserte til slutt fire overordnede temaer ut fra resultatene som pekte tilbake på problemstillingen: *Hvordan erfarer psykomotoriske fysioterapeuter at menn med underlivssmerter håndterer plagene?*

Siste steg i den tematiske analysen, bestod av rapportering av temaer. Min analyse ledet frem til fire hovedtemaer som i teksten under vil bli belyst som følgende: Fra fiks meg til en kroppslig oppdagelse, den maskuline identitetskrise, å tie og tåle om smerter og kroppen som bærer av et levd liv. I dette kapittelet vil funnene bli presentert som fire hovedtemaer, med påfølgende analytisk tekst som gjenspeiler hvert tema fra den tematiske analyseprosessen.

4.1 Fra fiks meg til en kroppslig oppdagelse

Dette temaet omhandler hvordan menn i møte med psykomotorisk fysioterapibehandling er opptatt av å finne årsak til plagene. I behandlingsprosessen beveger de seg fra å lete etter en årsaksforklaring til å oppdage noe nytt, gjennom kroppslig erfaring.

De fleste mennene var henvist fra gastroenterolog eller urolog spesialister, ofte med prostatitt diagnose etter gjentatte urinveisinfeksjoner, med begrenset effekt av antibiotika kurer. Informantene beskrev hvordan flere av mennene hadde vært plaget i flere år. De var oppgitte og fortvilet over utallige antibiotikakurer som ikke ga effekt eller utredninger som ikke førte til svar på plagene. Ettersom pasientene ble henvist fra spesialister innen fagfeltet, kom mennene sjelden på eget initiativ. Informantene erfarte at de fleste menn kom uvitende til hva psykomotorisk fysioterapibehandling var, noen få menn fortalte at de hadde googlet seg frem til informasjon, og at de hadde lest om at det handlet om noe helhetlig. En av informantene fortalte at noen pasienter kom med en forventning om å bli «fikset» eller at de skulle få et standard treningsprogram med øvelser som de måtte følge til punkt og prikke. En informant uttrykte dette slik; «menns innstilling i behandlingen er fiks meg, finn ut hva som feiler meg og ta det bort. Ofte ønsker de noen gode råd, slik at de kan gå hjem og effektivere, gjennomføre det».

Selv om forventningene i første møte med NPMF var blandet, beskrev informantene at de fleste mennene var håpefulle, åpne og nysgjerrige. De fleste ville gi behandlingsformen en sjanse. Noen menn var villige til å strekke seg langt for å bli «fikset» fordi andre behandlingsformer likevel ikke hadde hatt noe effekt så langt. Noen av mennene gikk så langt at de dro til utlandet og betalte store beløp for kirurgiske inngrep som de ikke engang utrettet i Norge, med kortvarig eller ingen effekt. Hvis pasienten hadde lett etter en årsak i mange år, kriget mot helsevesenet og brukt mye penger på private inngrep, kunne det være vanskelig å legge det fra seg eller innrømme feil. Informantene opplevde at de mennene som først var inne på det sporet om å lete etter årsak, var vanskelig å nå frem til med et mer helhetlig syn på smertene. Det kunne være utfordrende å snu tankemønsteret når de var fastlåste i leting etter årsak. Ofte ønsket de helt konkrete svar på om det var den nerven eller den muskelen man skulle gjøre noe med. Når mennene var fastlåste i leting etter en konkret årsak, kunne de bli provosert at et helhetlig syn på smertene i behandlingen. Mennene kunne da oppleve at de ikke følte seg hørt og forstått, slik en informant beskrev det;

Det kan jo være sånn at noen kan bli provosert med et helhetlig syn på smerte, problematikk og plager, og har kanskje følelsen av at de ikke blir forstått og hørt for plagene sine. Fordi det må jo gå an å fikse det her, og hvorfor er det ingen som finner ut hva det egentlig er? De opplever at legene var vanskelig å forholde seg til, fordi de har jo heller ikke så mange verktøy. De diagnostiserer det slik som de diagnostiserer det, og hvis de ikke finner noe, så er jo legens jobb over.

Selv om flere av mennene ønsket å få vite en konkret årsak til smertene og så på kroppen mer som et maskinere som skulle bli fikset. La de likevel ikke skjul på at underlivssmertene berørte dem på et fundamentalt plan, både emosjonelt og relasjonelt. Å stå uten en diagnose eller ikke motta tilfredsstillende behandling, økte frustrasjonen hos mennene. Informantene formidlet at flere av mennene slet med ensomhet, skam og fortvilelse over underlivssmertene, noe som påvirket livskvaliteten. Alle informantene opplevde at mennene syntes det var godt å få pratet om underlivssmertene når de kom til psykomotorisk fysioterapibehandling. At de endelig ble sett, hørt og fikk bekreftet sine erfaringer med hvordan de opplevde underlivssmertene. Selv om informantene erfarte at mennene hadde behov for å forstå plagene helt teoretisk, ble samtalen ikke helt gyldig før de begynte å kjenne og erfare det rent kroppslig. Når de

psikomotoriske fysioterapeutene klarte å gi mennene en helt konkret kroppslig opplevelse i behandlingen, ble mennenes fokus dreid fra å handle om diagnoser og årsaker, til å finne mening og sammenheng i symptomene. Informantene erfarte at det åpnet en dør, som gjorde det mulig å utforske kroppslige, subjektive erfaringer. Behandlingen ble gjort meningsfull og relevant for mennene ved at de fikk en slags «a-ha opplevelse». Informantene fortalte at mennene opplevde noe nytt som de ikke hadde tenkt eller vært oppmerksomme på. Ved å knytte sammenhenger mellom plagene og utfordrende livssituasjoner, kjente mennene hvordan det påvirket dem. Slik en informant beskrev her;

Når man kjenner det, blir det gyldig fordi man kjenner det helt fysisk. Så kan man jobbe litt med det. Det er ikke alle som skal ned på benken, ligge og berøres. Første timen sitter vi ofte sammen. Da kan vi jobbe litt med posisjonering i rommet for eksempel. Hvor skal du sitte? Hvor skal jeg sitte? Da skjønner de ingenting før de begynner å kjenne etter. Da sier jeg; sitter du bra der du sitter med ryggen mot døra? Eller kunne du tenke deg å sitte et annet sted? Pasient kan da si; nei det går fint. Da prøver jeg å få de til å kjenne etter, hvis vi flytter og bytter plass, hva skjer da? Å kjenne på den utryggheten ved at man ikke ser døra eller ser hvor man kan rømme, det kan gjøre noe med vedkommende. Den mismatchen mellom det som blir sagt og det som skjer, det er det rom for å spille og snakke videre om.

Informanten fortalte at ved å merke seg pasientens kroppslige reaksjoner fikk de verdifull informasjon relatert til om det ble for mye for pasienten eller om det var noe de mislikte. Informantene la stor vekt på at mennene skulle oppleve ivaretagelse gjennom grensesetting.

For noen menn, var det kanskje første gang i livet de opplevde å bli sett og hørt, eller at de fikk lov å ha en mening om hvordan ting skulle være. Informantene opplevde at ved å stille konkrete spørsmål til mennene i samtalen, ble mennene invitert til å snakke fritt om underlivssmertene. Uten å måtte skjule noe eller gå rundt grøten, slik informanten beskriver her;

Jeg tror ofte pasienten setter pris på at vi går rett på sak, de vet jo at de er hos en fysioterapeut som jobber med underlivsproblemer, at det er det som er temaet. Det å kunne kalle en spade for en spade, og være tydelig på at her pakker vi ikke noe inn. Det

tror jeg de setter veldig stor pris på. For da kan de snakke fritt om det. Da kan de også fortelle. For veldig mange av de andre mennene har aldri snakket om det.

Informantene fortalte at de også brukte å gjøre plagene mer forståelig og konkret. Ved å sette tingene inn i en forståelsesramme, hvor de brukte ulike anatomiske modeller, illustrasjoner, eller apper for å forklare anatomien i bekkenet. Eller hvordan respirasjon kan påvirke forskjellige strukturer i kroppen. De trakk da inn underlivet inn i forklaringsmodellene slik at plagene ble mer forståelig. De forklarte hvordan kroppen fungerer som helhet ettersom mange av pasientene ofte hadde andre muskel og -skjelett plager i kroppen. Å gi mennene mulighet til å oppdage hvordan kroppen er knyttet sammen, og hvordan strukturer gjensidig påvirker hverandre. Gjorde at plagene og den psykomotoriske fysioterapibehandlingen ble mer forståelig.

Analysen viser hvordan informantene opplever at menn har behov for at behandling blir gjort konkret og erfaringsbasert. De må oppleve at behandlingen har betydning og gir mening for at den skal være hensiktsmessig. Likevel viser analysen at det er individuelle forskjeller.

4.2 Den maskuline identitetskrise

I dette temaet fortalte informantene om hvordan mennene opplevde en identitetskrise, ved at underlivssmertene berørte deres manndom på forskjellige måter. Et fellestrekk ved analysen var at underlivssmertene i sterk grad påvirket mennenes seksualitet. Informantene opplevde at mennene syntes det var spesielt utfordrende å ta opp problematikk knyttet til sex, urin og avføring. Alle var enige om at sannsynligheten for mørketall var stor, fordi mange menn aldri forteller om plagene sine ettersom plagene er tabubelagt. Informantene fortalte at mange menn levde isolert med plagene og at de erfarte at underlivssmertene ofte ble stigmatisert som en «klassisk kvinnelidelse». De følte skam over å være plaget med dette som mann, og valgte derfor å håndtere det selv og holde det skjult.

Selv om flere av informantene opplevde at mennene kunne fremstå strukturerte og rasjonelle i første møte med behandler, ved å legge frem tidslinjer eller ønske om en årsaks forklaring på problemet. Merket informantene likevel at underlivssmertene påvirket dem på et dypere og mer fundamentalt plan. En av informantene opplevde at når hun spurte om hvordan

underlivssmertene preget dem, kunne de i starten si noe om det, men uten å vise mye følelser. Når de etterhvert kom inn på sexliv og det som handlet om partner, opplevde hun at mange menn bristet følelsesmessig. De syntes det var et vanskelig aspekt å snakke om. Informanten beskrev at det å bli rammet i et område, omtalt som det aller helligste, gjorde at smertene ble forverret. Mennene ble rammet av en redsel for hva dette var og hvordan det ville påvirke livet og fremtiden. Uforutsigbarheten med smertene og den inngripende effekt på livene, preget i stor grad mennene følelsesmessig, men påvirket også deres maskuline identitet, slik informantens beskriver her;

Så spør jeg egentlig bare, hvordan har du det? Og så forteller de. Noen ganger begynner de å gråte med en gang. Det er ganske voldsom plagede mennesker, mennene. Kanskje mer plaget enn kvinner. Og det berører seksualitet ofte. Jeg tror det går veldig på den maskuline identitet. Det er av stor betydning.

Informantene beskriver at mennene kunne ha problemer med ereksjon, ejakulering eller unngå samleie på grunn av smerter. Et dysfunksjonelt seksualliv kunne gå på selvfølelsen løs for mange menn. En informant undret seg om menn var redd for å fremtre som pinglete og sutrete. Eller unngikk å snakke om temaet fordi underlivsproblemer fremstår i dag som en «dameting». Videre forklarte hun at kvinner med underlivssmerter har kommet mer på dagsorden de siste årene uten å løfte temaet hos menn. Selv om media har åpnet opp siste tiden om forskjellige underlivsdiagnoser som vulvodyni og vaginisme hos kvinner, blir det i svært liten grad snakket om menn med underlivssmerter. Informantene var alle enige om at hvis ikke psykomotoriske fysioterapeuter tok opp som tabubelagte temaer som seksualitet, var det ikke sikkert det kom opp i det hele tatt. Det var gjennomgående i intervjuene, at psykomotoriske fysioterapeuter må tørre å spørre om underlivssmerter og seksualitet i langt større grad. De opplevde at mennene hadde sterkt behov for kompetansen til de psykomotoriske fysioterapeutene. Alle informantene var enige om viktigheten av å snakke om seksualitet og at det burde være en del av psykomotoriske fysioterapeuters kompetanse. En av informantene beskrev hvordan de seksuelle plagene berørte mennene. At de kunne føle seg «umandiggjort», når den funksjonen ikke var sånn de ønsket den skulle være. Slik beskrev hun det;

For en mann er det nok veldig sårt og skambelagt. De føler seg...ikke små, men de mister kraften sin. Det gjør de helt konkret og fysisk også. Både når de skal tisse, ha ereksjon og sånt. Det er tap av kraft og vitalitet, som de beskriver. Og det er smertefullt, Smertefullt på alle vis. Vondt, og vondt å kjenne på. Det er frustrasjon og fortvilelse over kroppen og underlivet som ikke fungerer. Ja, det er ikke en god kroppskontakt eller en god relasjon til kroppen, det er det ikke.

Selv om alle informantene mente seksualitet var et viktig tema å ta opp, sa noen av informantene at det var i liten grad snakk om sex både med partner og i behandlingssituasjonen. En av informantene tenkte det kanskje ikke var noe hensikt å grave, ettersom det ikke alltid var der skoen trykket mest. Ofte var det masse annet som trykket mer. En av informantene illustrerte det med at smerter under seksualitet er et symptom på lik linje som at en psykomotorisk fysioterapeut ofte ikke vil gå rett på sak og jobbe med en smertefull området, men kanskje jobbe med helheten, eller der skoen trykker mest. Likevel var alle informantene enige om at det var viktig å snakke om seksualitet. At som psykomotorisk fysioterapeut skal man ikke være redd for å snakke om det som handler om sex og underliv. Ut fra informantenes erfaring opplevde de at pasientene syntes det var godt at noen endelig løftet temaet. Informantene understrekte at pasienten selv ikke kom til å snakke om vansker med seksualitet eller underlivsplagene, før de var sikre på at vi som fysioterapeuter åpnet for å snakke om temaet. Videre mente informantene at menn ofte oppsøker behandling for andre muskel og skjelettplager. Ikke direkte for underlivsplager, ettersom det er stigmatisert og vanskeligere å ta opp. Slik viser analysen at det er essensielt at psykomotoriske fysioterapeuter tar opp tabubelagte temaer knyttet til seksualitet når de behandler menn med underlivssmerter. Det er også viktig å ha kompetanse på området, samtidig som man må gå varsomt frem og være bevisst sårbarheten ved temaet.

4.3 Å tie og tåle om smertene

Dette temaet handlet om at mennene ofte ikke fortalte om underlivssmertene til verken helsepersonell eller nære relasjoner, fordi de opplevde at temaet var vanskelig og skambelagt å snakke om. Ifølge de psykomotoriske fysioterapeutene, håndterte menn smerter på ulik måte. Mange av informantene opplevde at for noen menn gikk livet virkelig i grus, både relasjonelt, på jobb og sosialt. Bak smertene lå det ofte mye fortvilelse og frustrasjon, for noen kom dette ut som aggresjon og hos andre resignasjon, slik beskrev en informant pasientens reaksjoner;

Han var jo fly forbannet, det ga ingen mening at det skulle være sånn. Men så var det som han ville piske seg litt i forhold til trening, drev og kjørte på med hard trening og utfordret seg fysisk. I en slags trass, det blir jo en tolkning, han vil sikker ikke si det selv. Jeg tenker at der er å drive seg selv, piske seg selv. Sikker med tanke på at det skulle hjelpe. Trening hjelper jo mot alt får vi høre. Han var aggressiv og selvfordømmende. Det kunne han nok kjenne på.

Dette kan forstås som at menn håndterer smerter ulikt og at underlivssmertene kommer til uttrykk på forskjellig måter. Likevel understrekte informantene at det er viktig å huske at disse pasientene er vanlige menn med normale liv.

Et gjennomgående funn, var at menn holder underlivssmerter mer hemmelig enn kvinner og at de ofte har strevd over flere år før de kommer til psykomotorisk fysioterapibehandling. Informantene beskrev at de observerte at underlivssmertene påvirket mennene kroppslig og emosjonelt på mange plan, men at noen av mennene opplevde det vanskelig å vise tegn til sårbarhet eller svakhet, i form av «store gutter gråter ikke» mentalitet. En av informantene erfarer at menn ofte syntes det er lettere å snakke om smertene mer enn følelsene. En informant tenkte det kunne være fordi smerter var knyttet opp til noe somatisk som kunne handle om en feil i kroppen, mer enn en feil med livet som gjør at følelsene knytter seg.

For eksempel fortalte en av informantene at det var svært viktig å vise forståelse for sårbarheten i det å leve med underlivssmertene. Hvordan det virket inn på selvfølelse og alle aspekter av livet. Likevel opplevde Informantene at menn også åpnet opp om underlivssmertene i psykomotorisk fysioterapibehandling. Fordi konteksten i behandlingssituasjonen ofte ga ro, tid og de opplevde å bli hørt. En av informantene erfarte det essensielt med ro og god tid til samtale. Fordi, for mange av mennene var det kanskje første gang de åpnet opp om underlivssmertene. Noen informanter ga mennene mulighet til å fortelle om alle aspekter ved underlivssmertene. For andre, la de vekt på det praktiske og sa til pasienten i starten av behandling, at nå snakker vi litt, men så må vi gjøre. Slik at det ikke bare ble prat.

Selv om alle informantene opplevde at mennene hadde god nytte av å snakke ut om ulike aspekter rundt det å leve med underlivssmerter. Fortalte andre psykomotoriske fysioterapeuter at noen menn gikk det i «loop» ved å snakke om smertene. En av informantene beskrev at noen menn kom seg ikke videre, de kunne komme til behandling med samme «klagesangen» gang på gang, som om hun ikke hadde hørt den før. Hun illustrerte underlivssmertene hos menn som «underlivets fibromyalgi». Fordi underlivssmertene ikke var et isolert problem, men at de ofte også var plaget med smerter andre steder i kroppen. Smertene kunne da bli altoppslukende, slik en informant beskriver her;

Det er kanskje litt sånn «man flu». De tåler ikke, de tåler ikke det å ha smerter. Så de er veldig preget av det. Det kan være de holder dem ut på en måte. Det å sitte kan være problematisk, at det er vondt i perineum, følelsen av kløe, noen snakker om at det er som å ha en ball i perineum. Også er det mange som har vondt analt, vondt å ha avføring, vondt etter avføring og vondt spesielt etter ejakulering eller etter sex. Mange har vondt hele tiden, så de får ikke gjort noe.

Gjennomgående erfarte de psykomotoriske fysioterapeutene, at det ikke alltid var underlivet som var det verste, men det kunne være angst, depresjon, generelle smerter eller andre helseplager. Slik at underlivssmertene ofte var en del av noe større og mer omfattende.

En av informantene mente at kanskje mange psykomotoriske fysioterapeuter tenker at det blir for voldsomt for pasienten å gå rett på sak eller ha for mye fokus på det som handler om underlivssmerter, seksualitet og intimitet. Selv om det er intimt, er det ifølge informantene viktig at psykomotoriske fysioterapeuter våger å løfte temaet, samtidig som de måtte tåle å ta imot. En av informantene forklarte at om det skulle være slik at noen menn ikke klarte å snakke om det, var det et viktig funn i behandlingen. At det kunne være noe de måtte jobbe videre med, eventuelt utforske hva det handlet om. Videre var det en viktig oppgave som psykomotoriske fysioterapeut å være sensitiv i forhold til hva pasienten tålte. Å se på alt av vegetative reaksjoner, endring i respirasjon eller andre kroppslige garderinger. Disse symptomene kunne være en ledesnor for hvor mye du som terapeut skulle gå videre. Eventuelt om man må stoppe opp og spørre hva som skjer rent kroppslig. En informant fortalte det slik;

Ting kan være fortrenget, lagt unna eller bevisst holdt borte fordi det er såpass sensitivt og vanskelig. Ting man har gått og bært på uten å ha fortalt. Det å være litt var på det, men ikke være redd for det. Det er klart at vi som terapeuter må også være klar for at det dessverre kan være tøft å få tilbake. At vi må på en måte tåle det. For det er jo ganske voldsomme ting mange folk forteller.

Likevel kom det frem i analysen at for de psykomotoriske fysioterapeutene var det viktig å jobbe fremover, endre på ting og finne ut hva som skal til for å få det bedre. En av informantene fortalte om at de mennene som klarte å nyttiggjøre seg behandlingen utenfor timene eller oppdage at de satt med nøkkelen selv, fikk god nytte av den psykomotoriske behandlingen. En av informantene beskrev en ung mann som gjorde store omveltninger i livet etter å ha merket hvordan sterke følelser og kroppslige reaksjoner var knyttet til spenninger i underlivet, slik beskrev informanten det;

Nå tenker jeg på en mann som har lyktes med å gjøre endringer, han har gjort store omveltninger i livet selv. Slik han forteller det, så har han skjønnet hvordan han har stengt av for følelser. Det har han alltid gjort. Han har tålt og tålt, og det har han tålt ved ikke å kjenne. Det tok han lang tid å skjønne i hvilken grad han faktisk stengte av. Til slutt en dag i jobben, toppet det seg og han mistet det fullstendig. Han eksploderte og ble helt ustyrtelig rasende. Han måtte sykemelde seg og ble så skamfull. Når det skjedde, ble analsmertene kjempevonde. Så merket han når han stresset og kavet og livet var vanskelig, så låste det seg helt.

I intervjuene, kom det frem at mennene ofte kom veldig sent til behandling. De hadde vært plaget lenge før de kom til psykomotorisk fysioterapibehandling. Informantene så at kvinner ble henvist mye tidligere i sykdomsforløpet, det var derfor lettere å endre på ting, enn når plagene hadde satt seg. Dette antok informantene, at handlet om begrenset kunnskap i helsevesenet, til å forstå problematikken som menn kom med.

En av informantene mente at psykomotoriske fysioterapeuter kan hjelpe mennene til å snakke om temaet, ved å komme inn på temaet på en naturlig måte. Hun trakk tråden tilbake til en av de første fysioterapeutene som var med og utarbeidet den psykomotoriske fysioterapi

tilnærmingen, Aadel Bulow-Hansen, som ofte stilte spørsmål som åpnet opp for problematikk i underlivet. Bulow-Hansen var svært opptatt av respirasjon, men stilte også alltid spørsmål rundt funksjoner som avføring, vannlating og fordøyelse som kunne innlede til problematikk i underlivet. Informanten mente at psykomotoriske fysioterapeuter kanskje burde finne tilbake igjen til å spørre om disse naturlige funksjonene, slik at plager med underlivet vil komme opp i mer naturlig grad enn hva det gjør nå. Informantene opplevde også at når menn fikk prate med andre menn med samme plager, kunne de være mer åpne for hverandre og fikk oppleve at andre også var plaget med samme lidelse. Ofte tenkte menn at underlivssmerter er et problem som bare angår kvinner, slik som informanten forteller her;

Forskjellen mellom kvinner og menn, er vel overordnet at for menn er det kanskje spesielt en opplevelse av at man aldri har snakket med noen om det. Dette er det ingen andre som har. Jeg vet ikke om noen som har sånn som jeg har. Jeg må være den eneste i verden som har denne problematikken, for eksempel. Dette er jo en klassisk kvinnelidelse og plages med sånne her underlivsgreier.

Analysen viste at menn i liten eller ingen grad, tok opp problematikk relatert til underlivssmertene selv. At vi som psykomotoriske fysioterapeuter må åpne opp og hjelpe mennene til å snakke om vanskelige temaer. Som psykomotorisk fysioterapeut må vi tåle å snakke med mennene, men også ta imot deres historier og plager relatert til underlivssmertene, seksualitet, urin og avføringsplager. Hvis ikke vi som helsepersonell tørr å åpne opp rundt tabubelagte temaer, vil mennene sannsynligvis unnlate å ta opp problemet selv. Analysen, viste også at mennene åpnet seg etter hvert i samtalen, fordi de psykomotoriske fysioterapeut hadde god tid, ro og lytte aktivt i samtalen. Dette var viktige faktorer for at mennene kunne åpne seg.

4.4 Kroppen som bærer av et levd liv

Dette temaet handler om hvordan mennene er bærere av et liv som setter kroppslige spor. Plagene var ofte sammensatte og kunne knyttes til tidligere livserfaringer, eller livet her og nå. Informantene erfarte at for de fleste menn, var underlivssmertene ikke et isolert problem, men en del av noe større. Ofte var det tilleggspager som muskel og skjelett plager, hjerteproblemer, angst, depresjon eller andre helseplager. For mange av informantene handlet det ofte om at pasienten klarte å knytte sammenhenger mellom symptomer og livet generelt, slik informanten

formulerte her; «*kroppen lever ikke i vakuum alene, den lever i det livet vi lever og det vi har levd*». Informantene opplevde at det ofte lå en historie bak underlivssmertene. I mange tilfeller kunne livshistorien være knyttet til uforståelige kroppslige reaksjoner for pasienten. Informanten opplevde at hvis de fikk en god relasjon til pasienten, var pasienten tilgjengelig for denne prosessjobbingen psykomotorisk fysioterapibehandling består av. Mennene kunne da oppleve at behandlingen var til stor nytte. Nytteverdien kunne handle om å forstå smertene i et nytt lys, akseptere smertene, tørre å la smertene være eller sette ord på hva de erfarte og følte. En av informantene beskrev at de pasientene som forstår og aksepterer smertene, lever lettere med det. Selv om langt fra alle pasientene opplevde å bli ble smertefri med behandlingen, observerte informantene at det kunne skje en endring på bevissthetsplanet. Ved at mennene gjorde nye erkjennelser i livet. Slik en informant beskriver her;

Han var på vei til å falle ut av jobb og det var vanskelig relasjon til kjæresten. Vi jobbet med mange ting, men det var mye indre uro hos den mannen. Det var overordnet høyt tempo, høye krav og karrierebevisst. Han begynte etter hvert å forstå. Han jobbet mye med å kjenne etter, hva som var rett å gjøre. Han erfarte og gjenkjente at nå er jeg på vei fremover i stolen, hvorfor gjør jeg det? Går det an å møte det jeg møter i jobben min med å likevel sitte ned og slippe kjeven og puste? Så vi jobbet på mange nivåer. Han ble jo veldig bra.

For noen informanter handlet det om pasientens liv her og nå som illustrert ovenfor, for andre pasienter kunne det handle om at de var bærere av historier/traumer som var fortrenget, lagt unna og bevisst holdt borte. Informantene visste aldri hva mennene hadde opplevd. Dermed var det viktig å møte folk med stort alvor, respekt og nysgjerrighet. Dette for at mennene skal få en større forståelse for sine kroppslige reaksjoner ved å erfare sammenhenger og se betydningen av sin egen livshistorie slik informanten beskriver her;

Å finne egne ressurser handler om å se sammenhengen, bruke seg selv om temperaturmåler på om det jeg holder på med er rett eller ikke. Altså å kjenne innover. Stole litt på det du kjenner når du kjenner etter. Om det er behov for å endre litt på hva jeg skal holde på med, eller hva jeg står i. Så opplever jeg at pasienten også forteller at

de selv kjenner det er mindre spenning, mer åpent og det er mer kontakt, også i bekken og underliv som er en del av det hele. Så det jo også en økt fleksibilitet og svikt i det området, at de ikke står og holder, kniper og at det ikke er kaldt, grått og hardt.

Informantene fortalte at mennene ofte ble henvist med en klassisk prostatitt diagnose, eller henvist med ulike bruk av ord som tømningproblematikk, obstipasjon, hemoroideproblematikk eller spastisk bekkenbunn. Til tross for ulike ord, var det overordnet ofte en spenningsproblematikk de opplevde pasientene kom med. Alle informantene var lite opptatt av diagnosen, men rettet oppmerksomheten mot hva som var funksjonsproblemet og hvordan det påvirket dem individuelt. Informantene formidlet at for mange menn kunne underlivssmertene handle om negative erfaringer fra seksuelle overgrep eller andre traumehistorier som ofte satt kroppslige spor. En av informantene beskrev det slik;

En tanke som alltid er med meg, er at vi som psykomotoriker vet aldri grunnen til hvorfor problemet har kommet. Det kan handle om negative erfaringer, overgrepssproblematikk eller veldig mange gjentakende undersøkelser av ulike helsepersonell. Hvis man ikke må, så er det hendene av fatet, jobb litt med at pasienten selv skal erfare og bli kjent med, og etterhvert forstå. Forstå litt av sin historie.

Likevel, var informantene enige om at det ikke alltid handlet om negative erfaringer i livet, men vel så ofte hva mennene stod i akkurat her og nå. Om det var stressende livssituasjoner, møte med et fremmed menneske eller om ting i livet var usikkert. Etter hvert som mennene fikk mulighet gjennom behandlingen til å erfare og forstå sitt overordnet mønster, som de ofte tok med seg inn ulike deler av livet. Kunne de gjøre endringer eller ta steget inn i ting de aldri har tørt å gjøre før. En av informantene fortalte at når mennene klarte å jobbe med endringsprosess, det kunne være i mange retninger, som økt bevisstgjøring, senke krav, begynne å fortelle eller sette grenser. Først da opplevde informantene at mennenes kropp ble friere i form av mindre spenninger, økt fleksibilitet og friere pust. Selv om flere av de psykomotoriske fysioterapeutene ikke jobbet i direkte kontakt med underlivet eller det smertefulle området, tok de fleste en mer helhetlig tilnærming, ut ifra pasientenes individuelle behov. Alle informantene beskrev at mennene opplevde den psykomotoriske fysioterapibehandlingen som verdifull, ved at de

oppdaget nye sammenhenger mellom smerter og livet generelt, eller mellom følelser og kropp. De fikk pause fra en stressende hverdag ved å kjenne at kroppen fikk hvile og oppleve å være smertefri i en periode. Flere av informantene syntes det var viktig å gjøre noe fysisk, slik at pasienten selv skulle erfare noe kroppslig, men også fordi funksjonsprøvene i undersøkelsen åpnet opp for nye, relasjonelle muligheter. Sammen med pasient kunne de jobbe med å finne ut om plagene, for eksempel fortalte en av informantene at når hun tok på pasienten, kunne hun spørre om hva mennene følte og tenkte, og relatere det til kroppslige reaksjoner. Slik oppdaget de nye sammenhenger. De fysiske grepene i behandlingen, åpnet opp for flere dimensjoner, forståelser og relasjonsmuligheter i den psykomotoriske fysioterapibehandlingen. Slik informanten beskriver;

Vi prøver å jobbe med det vi gjør som jo er veldig mye mer enn underlivet. Å trekke underlivet litt inn i det vi gjør, slik at det skal bli forståelig hvorfor vi jobber med helheten når det i utgangspunktet er underlivet som er problemet. For vi ser jo veldig ofte at det er veldig mye annet. Da er det min rolle å formidle litt om hvordan vi jobber, hva erfaringen min er rundt det og hvorfor vi tenker det er viktig å jobbe med veldig mye mer enn bare det området som i utgangspunktet, er fokus for henvisning.

Likevel, kunne noen av informantene få inntrykk av at noen menn tenkte de ikke tok tak i det smertefulle området. Ettersom de jobbet mer helhetlig for å redusere spenningsnivå generelt i kroppen eller frigjøre respirasjon. Noen av mennene kunne da si i behandlingen at de hadde vært hos en annen fysioterapeut for å få behandling for nakkesmertene, selv om de egentlig jobbet med dette i den psykomotoriske fysioterapibehandlingen. En av de psykomotoriske fysioterapeutene lurte da på om hun burde være enda tydeligere på å kommunisere hva de egentlig jobbet med i behandlingstimene. Forklare til pasient at de også var fysioterapeuter, men jobbet på en litt annen måte. At de ønsket å påvirke det smertefulle området, men med en mer helhetlig tilnærming. De fleste informantene var enige om at lokal behandling alene ville ha lite verdi, ettersom smertene ofte var knyttet til en større sammenheng. Ettersom disse sammenhengene kunne være vanskelig tilgjengelig for pasienter flest, opplevde informantene at det var vanskelig for mennene å klare det alene. Nøkkelen lå i det å hjelpe mennene til å knytte sammenhenger mellom egne symptomer, liv og egne relasjoner. For mange menn, betydde det å jobbe med mye mer enn bare det problematiske området. Alle informantene var

enige om at livshistorien var viktig, for å forstå egne symptomer og reaksjoner her og nå som kan knyttes sammen med livshistorien. En av informantene forklarte at ved å knytte kroppslige reaksjoner opp mot tidligere opplevelser, kunne mennene forstå bedre hvorfor de reagerte som de gjorde. De kunne da fortelle pasienten, selv om det er lenge siden det skjedde, klarer ikke kroppen å skille mellom tid. En av informantene beskrev hva mennene fikk ut av behandlingen;

De lærer noe om seg selv og er i stand til å hjelpe seg selv. De har også lært noe om pusten og musklene. De har fått et mer avklart forhold til det de kjenner og har bedre evne til å ta vare på seg selv. Mindre stress og lettere hverdag, gjør at problemet ikke er så altomfattende. Psykomotorisk fysioterapibehandling erfares bevisstgjørende på egne spenningsmønstre og egne strategier, bevisstgjørende prosess fordi det ikke er et isolert problem veldig ofte.

I analysen, var det gjennomgående for alle informantene at livshistorien var av sterk betydning både for å forstå symptomene i lys av livet, men også for å knytte sammenhenger og forstå egne reaksjonsmønstre. Likevel, var det ikke alle informantene som var tilgjengelige for denne prosessjobbingen. Noen av mennene klarte ikke finne nøkkelen selv, slik at de kunne finne tilbake til nytteverdien i behandlingen og bruke det i livet generelt. For menn var det også viktig at de psykomotoriske fysioterapeutene hjalp dem å trekke linjer mellom kropp, liv og følelser, ettersom det kunne være vanskelig tilgjengelig. De som ble med på reisen med å prøve ut, også utenfor behandlingsrommet, opplevde stor nytteverdi av behandlingen. Ved at de fikk ny kunnskap og innsikt om kroppen og seg selv, i tillegg til at de fikk satt ord på vanskelige temaer.

5. DISKUSJON

I denne masteroppgaven var de overordnede perspektivene norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF), kroppsfenomenologi og maskulinitet. Problemstillingen er som følgende; «*hvordan erfarer psykomotoriske fysioterapeuter at menn med underlivssmerter håndterer plagene?*».

Et overordnet mål i denne masteroppgaven, var å utforske hvordan NPMF som behandlingstilnærming, kan bidra inn mot psykisk helsearbeid. Hensikten med psykisk helsearbeid er å styrke menneskers opplevde egenverd, livskraft og mestring av hverdagens utfordringer i den konteksten menneske befinner seg i (Idunn, 2008, s. 99). Resultatene fra analysen løftet frem fire hovedfunn som viste at underlivssmerter i stor grad påvirket menns psykiske helse og livskvalitet. Hovedfunnene belyste at de psykomotoriske fysioterapeutene opplevde at noen menn ble fastlåst i å lete etter årsak til underlivssmertene. Disse mennene så på kroppen som et maskineri som kunne fikses. Videre opplevde informantene at underlivssmertene påvirket menns identitetsfølelse, blant annet i form av nedsatt seksuell funksjon. De psykomotoriske fysioterapeutene opplevde at noen menn holdt tabubelagte temaer skjult, og at det kunne ta tid før de snakket med noen om plagene. Likevel, opplevde informantene at mennene ofte åpnet seg i samtale med dem. I NPMF behandlingen, la de psykomotoriske fysioterapeutene vekt på kroppslig erfaring, slik at mennene skulle oppleve mening og sammenheng mellom plager og livssituasjon. Resultatene vil bli drøftet på bakgrunn av fellestrekk med anvendt teori, men funnene blir også nyansert og utfordret av teorier som presentert nedenfor i punkt 5.1.1 -5.1.3. Funnene drøftes gjennom tre hovedoverskrifter med titlene; *Kroppen mer enn et maskineri, maskulinitet og forbudte følelser og til helt til slutt intersubjektivitet som tilgang til livshistorier.*

5.1. Kroppen mer enn et maskineri

Et fellestrekk informantene erfarte, var at noen av mennene kom til behandling med en holdning om å bli fikset. Mennene ville gjerne ha en årsaksforklaring på underlivssmertene og få konkrete svar på hvordan de kunne få bort smertene. Informantene fortalte at disse mennene hadde en forståelse av kroppen som et mekanisk objekt. De ønsket å vite helt konkret hvilke kroppslige strukturer det var noe galt med, for å fikse eller ta bort underlivssmertene. Informantene opplevde at for noen menn, var det vanskelig å leve uten en årsaksforklaring når smertene påvirket livskvaliteten i så stor grad.

Disse funnene kan forklares ut ifra at dagens helsevesen har basert mye av sin kunnskapsproduksjon på biomedisinske markører i forhold til sykdomsforståelse, hvor et sykt menneske reduseres til et objekt. Plager og sykdom skal forankres til en diagnose, i hovedsak for å identifisere sykdom og bestemme retningslinjer for behandling (Kirkengen & Thornquist, 2013, s. 1466-1467). Kroppen fremstilles altså som en biologisk organisme, hvor man unnlater å ta med pasientens erfarings- og meningsverden (Gretland, 2007, s. 16). I senere tid, har man prøvd å integrere psykologiske forhold som kan påvirke sykdomsprosesser, dermed har begreper som psykosomatisk vokst frem, men selv dette tar utgangspunkt i at kropp og sjel er et to uavhengige fenomen (Gretland, 2007, s. 19). Denne dikotome tilnærmingen tydeliggjør at kroppen, sinnet og det miljøet vi er en del av, studeres hver for seg. En slik dualistisk tankemåte har utviklet seg over generasjoner, menneske har vært sosialisert til å tenke at kropp og sjel er adskilte og at kroppen fremstilles som en biologisk organisme adskilt fra menneskelig erfaring og meningsverden (Gretland, 2007, s. 16-17). I dagens samfunn, er denne biomedisinske modellen fortsatt dominerende, og har i stor grad oppnådd definisjonsmakt på kropp, sykdom og behandling (Rake & Ahlsen, 2022, s. 36).

Kjønnsforskning, har vist at menn ofte ser på kroppen som et maskineri som de tar for gitt, og brukes til den gikk i stykker. Studier har vist at menn kan oppleve en rekke alvorlige signaler i kroppen ved overbelastning uten at de forteller noen om plagene til noen (Ulla-Britt, 2004, s. 2). Flere studier har vist at mannlige måter å håndtere sykdom på, kan være lite heldig for mannen. Selv om det varierer og er avhengig av for eksempel kulturell og sosioøkonomisk bakgrunn (Reform & Oslo, 2016, s. 4). I vår kultur, er selvmord bekreftet hyppigere blant menn enn kvinner ved somatisk lidelser. Dette forbindes med at menn takler og aksepterer sykdom dårligere enn kvinner, også økonomisk og sosialt. De reagerer med hjelpeløshet og passivitet, og oppsøker hjelp i mindre grad (Farstad, 2016, s. 50). Noe som har vist å være en medvirkende årsak til at menn har større sykkelighet og dødelighet og lever betydelig kortere enn kvinner (Reform & Oslo, 2016, s. 4).

En kvalitativ studie av Michelsen og Kristiansen (2017) beskrev at menn ønsket å gjenvinne kontroll i et sykdomsforløp, gjennom å identifisere og ta hånd om egen sykdomssituasjon. Mennene unnlot derfor å fortelle næreste familie om sykdommen, fordi de ikke ville belaste dem (Michaelsen & Kristiansen, 2017, s. 2). En studie av Ahlsen et al. (2012) fant også at menn

ofte holder ut smerter, de er mer tilbakeholdende med å oppsøke behandling. Mennene holdt også ofte fast ved en biomedisinsk forklaring, for å unngå at smertene skulle oppfattes som «psykologiske» og dermed ikke ekte (2012, s.1765).

I rapporten Reform og Oslo (2016, s 14), undersøkte de mennenes mestringsstrategier ved sykdomforløp. Noen menn brukte begreper som «forsørgerplikt» og at det var et urinstinkt hos menn å ikke oppsøke lege. Andre studier har vist at menn først og fremst er opptatt av sikre den økonomiske situasjonen til familien. Ofte ser de på sykdommen som et prosjekt, som de skal håndtere med ulike strategier på linje med en jobbsituasjon (Michaelsen & Kristiansen, 2017, s. 10). Dette var i tråd med funn fra analysen, hvor de psykomotoriske fysioterapeutene opplevde at noen menn tilnærmet seg underlivssmertene som et prosjekt, med mål om å få fikset den «defekte» kroppsdelen. Hvor noen var så på desperat jakt etter en «kur», at de valgte å gjennomføre kostbare, omdiskuterte kirurgiske inngrep, i håp om at det ga effekt. Dette er i tråd med en kvalitativt studiet av Wood et al. (2017 s. 910), hvor mennene opplevde en pågående kamp med å håndtere lidelsen. De fortalte at de hele tiden var på leting etter en uoppdaget, rask og mirakuløs behandlingskur for underlivssmertene.

De psykomotoriske fysioterapeutene beskrev at mennene ofte hadde gjennomført flere utredninger og behandlingstiltak uten effekt. Mange ble satt på antibiotikakurer med begrenset virkning. Studier viser at i mangel på gode behandlingstiltak, vil antibiotikakur ofte være førstevalg i behandling, selv uten påvist bakteriell infeksjon (Wood et al., 2017, s. 905).

Dette var i tråd med de psykomotoriske fysioterapeutenes erfaringer, som fortalte at mennene ofte beskrev manglende anerkjennelse og forståelse for plagene i møte med helsevesenet. Informantene opplevde at mennene var frustrerte over at ingen fant noe «galt» eller kunne gi dem hjelpen de trengte for å bli bedre. Noe som førte til videre grubling, frykt og katastrofetanker hos mennene. En studie av Wood et al (2017) belyste også at menn med underlivssmerter opplevde mangel på medisinsk forståelse og støtte, spesielt fra urologer. En kvalitativ studie av Quallich et al (2022) fant også at menn med underlivssmerter uttrykte stor frustrasjon fordi ingen i helsevesenet kunne gi noe presist svar eller konkret behandling for underlivssmertene. Ofte ble mennene fortalt at de ikke kunne gjøre noe. Noen ble også fortalt at smertene var psykosomatiske eller at det satt i hodet. Mangel på støtte, bidro til at mennene følte seg avvist og overlatt til seg selv (Quallich et al., 2022, s. 1476). Dette samsvarte med

funn i analysen, hvor de psykomotoriske fysioterapeutene opplevde at mennenes troverdighet ble satt i tvil.

Studier har vist at menn med underlivssmerter bør få en smertediagnose, når alvorlig sykdom har blitt eliminert. Dette gjør at pasienten unngår å gå gjennom gjentatte unødvendige og kostbare undersøkelser som kan forårsake økt belastning for pasient (Engeler et al., 2013, s. 437). Det er likevel avgjørende at pasienten kan fortelle sin historie og blir lyttet til, for at pasienten skal kunne skape mening i symptom kaoset. I litteraturen er det anbefalt at helsepersonell formidler håp og forventning om bedring, for å skape bevegelse i fastlåste situasjoner (Bøe & Thomassen, 2018, s. 132). Ahlsen et al. (2012, s.1771) fant også at menn ofte unnlater å fortelle deres subjektive erfaring, i redsel for ikke å bli trodd. I NPMF, legges det vekt på å anerkjenne pasientens symptomer og erfaringer, slik kan pasienten selv være en gyldig kunnskapskilde i behandlingsprosessen (Malterud & Taksdal, 2001, s. 3607). Å få anerkjennelse for plagene, har vist seg å styrke tilfriskningsprosessen, slik at pasienten lettere kan akseptere smertene. I tillegg kan dette også styrke opplevelsen av egenverd, noe som er en viktig del av psykisk helsearbeid (Bøe & Thomassen, 2018, s. 134). Dette samsvarer også med det informantene fortalte, de mennene opplevde en stor verdi ved å bli lyttet til. En viktig del av psykisk helsearbeid og tilfriskningsprosessen, er det etisk-relasjonelle arbeidet. At helsepersonell lytter til pasientens egne erfaringer, refleksjoner, deres historie og egen forståelse av seg selv. Gode møter og dialoger er grunnleggende for å skape endring (Idunn, 2008, s. 99-100). Dette er i tråd med psykomotoriske behandlingsprinsipper, hvor man legger vekt på å møte pasienter med anerkjennelse og empati som en del av bedringsprosessen.

E kvalitativ studie av Michaelsen og Kristiansen (2017, s. 11) belyste at menns helseplager ofte ble bagatellisert eller avvist av helsepersonell. Studiet viste at mannlige leger hadde kortere konsultasjonstid med menn sammenlignet med kvinner, at de stilte færre spørsmål om psykososiale temaer og andre følelsesladete temaer. Dette kan resultere i at menns plager ble underkommunisert eller ikke tatt opp i det hele tatt. Dette understøttes av andre studier, som viser at menn lett kan bli behandlet av helsepersonell i samsvar med stereotypiseringen av menn, og at helsepersonell dermed unngår å ta stilling til emosjonelle og rasjonelle utfordringer ved langvarig sykdom (menn & Oslo, 2016, s. 4).

Studier, har også funnet at pasienter med langvarige smerter som blir henvist til flere utredninger, styrker pasientens tro på kroppen som maskinell, og at den kan fikses ved biomedisinske tiltak. Noe som kan gjøre overgangen til andre behandlingstilnærminger vanskeligere (Engeler et al., 2013, s. 433). Til tross for mange utredninger, er biomedisinske funn en sjelden etiologi hos menn med underlivssmerter (2013, s. 436). Informantene beskrev at når mennene hadde vært til flere utredninger, kunne overgangen til psykomotorisk fysioterapi med en holistisk tilnærming være vanskelig. Dette belyser Kirkengen og Næss (2019, s. 28) ved å skrive; «når spesialister kun vil ta ansvar for sitt område, splittes en persons problemer og liv opp i biter som ikke gir mening hver for seg». Videre skriver de at lidelser må sees i sammenheng med en persons livserfaring og kontekst (2019 s,28). Ettersom helsepersonell har blitt lært opp til å kurere pasienter, har også undersøkelsestilbudene økt. Hver gang pasient går gjennom ny undersøkelse vil pasientens forhåpning til å finne noe øke, noe som bør unngås. Tidligere studier har også fremhevet at ved kroniske lidelser som ikke viser funn fra kliniske eller laboratoriebaserte undersøkelser, har pasientenes egen symptombeskrivelse lav status (Malterud & Taksdal, 2001, s. 3605). I tillegg, kan også pasienten selv ha problemer med å anerkjenne egne symptomopplevelser ved manglende objektive funn (Malterud & Taksdal, 2001, s. 3605-3606).

Til tross for at NPMF er en holistisk tilnærming, tar den også utgangspunkt i en biomedisinsk forklaringsmodell, der kroppen blir undersøkt for belastning ut fra biomekaniske og muskulære forhold (Ottesen & Mengshoel, 2016, s. 30). I analysen, kom det frem at alle de psykomotoriske fysioterapeutene tok i bruk anatomimodeller, illustrasjoner og forklaringsmodeller, slik at mennenes plager ble tydeliggjort og plassert i en sammenheng med resten av kroppen som helhet. Informantene fortalte de opplevde det svært viktig for mennene å få forklart konkrete årsakssammenhenger i kroppen. At dette gjorde at smertene opplevdes mer begripelig, meningsfulle og håndterbare.

Disse funnene stemmer med et pilotprosjekt som utforsket menns håndtering av sykdom og mestringsstilbud. Studiet viste at menn ønsket konkret kunnskap om sykdommen. Ofte etterspurte de «harde fakta» hvor behandlingstilbudet måtte ha en tydelig hensikt med individuell og mannsesifikke tilnærminger (Reform & Oslo, 2016, s. 29). Andre studier har også argumentert for at menn har stor nytteverdi av et fellesskap hvor de får snakket med andre menn med samme plager (Danielsen, 2019). Wood et al. (2017) belyste at mennene ønsket online støtte forum hvor de kunne dele historiene med andre menn med underlivssmerter. Dette

var i tråd med hva de psykomotoriske fysioterapeutene beskrev. De erfarte at mennene ofte isolerte seg og manglet sosial støtte grunnet stigmaet knyttet til underlivssmerter. Å dele erfaringer kunne «normalisere» smertene og bekrefte at de var «ekte».

Ingen av informantene erfarte at underlivssmertene var et isolert problem, og de så på kroppen som en sammenhengende helhet og tok i betraktning pasientens livsbelastninger, noe som var i tråd med NPMF tilnærmingen (Bunkan, 2001, s. 2845). Selv om mennenes underlivssmerter var definert som en tilstand uten objektive funn fra et medisinsk perspektiv, anså informantene at dette var et spørsmål knyttet til hvilke objektive funn som var ansett som gyldige i medisinsk forstand. Fra en psykomotorisk fysioterapeut ståsted, var funn i form av nedsatt bevegelse, høy tonus, ugunstig respirasjonsmønster høyst gyldige funn. Dette påvirket i stor grad smertene og funksjon av blære, tarm og prostatakjertel. Alle disse funnene var noe de kunne jobbe videre med for å skape sammenheng og mening i symptomene mennene kom med.

De psykomotoriske fysioterapeutene ønsket at mennene fikk en kroppslig «a-ha» opplevelse tidlige i behandlingen. At de ble bevisst sine egne kroppslige reaksjoner som endring i pust, økt spenning i underlivet og økt autonom aktivering i forskjellige situasjoner. Ved å reflektere over endringene og kjenne kroppen tydeligere, ga symptomene mening og ble mer forståelige for mennene. De psykomotoriske fysioterapeutene opplevde at noen menn var «fastlåst» situasjon med fokus på smertene. De hjalp mennene med å bevege seg bort fra å se på kroppen som objekt med maskinelle egenskaper, til kroppen som subjekt. Studier viser at denne prosessen krever en åpenhet hos pasient i forhold til å kjenne innover i kroppen både emosjonelt og fysisk (Dragesund & Øien, 2019, s. 833). Å skape mening i det en opplever, er et viktig element i bedringsprosessen i psykisk helsearbeid. Når en pasient kan forstå sin plager i relasjon til sin historie, sees dette på som sentralt (Bøe & Thomassen, 2018, s. 132). I NPMF, prøvde de psykomotoriske fysioterapeutene å bevege mennene bort fra tanker om kroppen som maskin. I stedet brukte de kroppen som erfaringskilde, noe som ga mennene mulighet til å forstå sammenhengen mellom helseplager og egen livssituasjon. Slik opplevde mennene mening, men også nye ressurser i seg selv. Slik kan NPMF, bruke kroppen som erfaringskilde inn mot psykiske helsearbeid. Funn i studiet av Boge et al. (2022), belyste også verdien av den subjektive erfaringer hos kvinner med underlivssmerter, at det var viktig for å skape mening i og sammenheng i symptomene.

5.2. Maskulinitet og forbudte følelser

I NPMF, ble mennene oppmuntret til å tenke utover årsakssammenheng, men fokusere innover i kroppen. Informantene fortalte at ofte var smertene relatert til økt spenningsmønster i muskulaturen. Dette er i tråd med litteratur som viser at menn med underlivssmerter har økt spenningsnivå i bekkenbunnsmuskulaturen og svekket evne til avspenning (Archambault-Ezenwa et al., 2019, s. 825). Informantene fortalte at ofte var mennenes spenningsmønster et resultat av flere år med fastlåste situasjoner eller indre stress. Mennene kunne slite emosjonelt, med psykiske plager som depresjon og angst. Studier har belyst at underlivssmerter er sterkt knyttet til emosjonelle plager, hvor en stor andel har økt forekomst av emosjonelt stress, depresjon, angst og katastrofetanker (Brünahl et al., 2017; Franz et al., 2023; Koh et al., 2014; Piontek et al., 2019). Videre har emosjonelt stress og depresjon vist seg å bidra til forverring av symptomer, men også forlenge sykdomsforløpet (Xu et al., 2020, s. 5). Til tross for bred, internasjonal faglig enighet om at behandling må omhandle psykosomatiske tiltak, hvor både det somatiske og psykiske aspekt blir vektlagt (Franz et al., 2023, s. 512), mottar menn med underlivssmerter i liten grad behandling som inkluderer psykosomatiske tiltak.

Forskning viser at menn som opplever langvarig sykdom, kan erfare å bli rammet av en identitetskrise. Å være syk og svak stemmer ikke med forventningene til de maskuline normene hvor mannskroppen ansees som sterk og uproblematisk (menn & Oslo, 2016, s. 25). Tradisjonelle maskuline idealer har hatt fokus på styrke, selvkontroll og forakt for fysisk smerte (Engelsrud, 2006, s. 14-15). Slik kan maskuline normer stå i veien for at menn snakker om temaer de syntes er problematiske (Lien, 2014, s. 132). I en studie av Ahlsen et al. (2012) unnlot ofte menn med kronisk smerter å snakke om subjektive og emosjonelle deler av sykdommen ettersom menn kan føle nederlag ved at de ikke mestrer plagene (Ahlsen et al., 2012, s. 1776). Dette stemmer med funn fra analysen, hvor de psykomotoriske fysioterapeutene erfarte at det kunne ta tid før mennene åpnet seg. Til tross for at smertene var svært inngripende i deres liv. Spesielt opplevde informantene at mennene gikk gjennom en identitetskrise ved at de følte seg «umandiggjort». Mest fordi smertene rammet et så sårbart område av kroppen og det påvirket sterkt seksualfunksjonen. Stigmaet knyttet til at de som menn ikke klarte å prestere som seksuell partner var vanskelig å snakke med andre om. Informantene opplevde at mennene kunne «bryte» litt sammen, når de snakket om hvordan det berørte deres ektefelle eller partner. Flere studier viser at nedsatt seksuell helse grunnet underlivssmerter hos menn, påvirker samlivsforhold (Aubin et al., 2008; Smith et al., 2007). Videre studier har vist at seksuell

dysfunksjon hos menn med underlivssmerter er en hovedgrunn for nedsatt livskvalitet, å adressere problemene i behandling er derfor en svært viktig del av behandlingen for å kunne forbedre livskvaliteten til menn med underlivssmerter (Hutton et al., 2023, s. 10). Prosjektet «å være mann og håndtere sykdom» bekrefter også av menn mente at samtale om seksualitet var viktig, men at det kunne være vanskelig å snakke om og burde tematiseres av helsepersonell (Reform & Oslo, 2016, s. 21). Dette er i tråd med studie av Wood et al (2017, s 914) som også belyser at menn opplever stigma knyttet opp mot nedsatt seksuell helse og det kan vanskelig om. I studiet, opplevde mennene at ikke kunne bryte sammen emosjonelt og «gråte som et barn», ettersom det viste tegn på sårbarhet og maktesløshet, ifølge maskuline normer.

Seksuell helse kan defineres som fysisk, mental og sosial velvære, relatert til seksualitet (Omsorgsdepartementet, 2017-2022). Problemer med seksuell identitet har vist flere forbindelser til skamfølelse, spesielt der sykdom hemmer seksuell aktivitet, noe som kan påvirke menns identitetsfølelse og selvfølelse (Farstad, 2016, s. 50, 60-61). Ifølge Helse og omsorg departementet (2017-2022) er helsepersonell viktige bidragsyttere i arbeidet med å sette seksuell helse på dagsorden. Seksualitet er en ressurs og beskyttelsesfaktor som fremmer både livskvalitet og mestringsfølelse, to viktige elementer i psykisk helsearbeid. Seksualitet omfatter også både følelser, tanker og handlinger i tillegg til det fysiske. Selv om det er større åpenhet rundt seksualitet, er det fortsatt et tabubelagt tema i vår kultur. Ettersom seksualitet tilhører den mest intime delen av livet vårt, kan det være vanskelig å snakke om. Flere pasienter opplever at temaet ikke blir belyst og at mange helsepersonell unnlater å snakke om det. Noe som kan føre til at seksualitet blir usynliggjort og at seksuell helse blir glemt som ressurs (s 7, 25-26).

I psykisk helsearbeid er seksuell helse en personlig ressurs som også i sterk grad påvirker psykiske helse, det er en kilde til vitalitet og livsglede, noe som er essensielt for livskvaliteten. Alle de psykomotoriske fysioterapeutene var enige i at de som helsepersonell måtte åpne opp rundt tabubelagte temaer, ellers vil ikke pasient ta opp temaet selv. Det opplevde at mennene syntes det var av stor verdi å kunne snakke med en kompetent fagperson om temaet.

Å uttrykke følelser som gråt, frykt eller redsel, kan i noen miljøer stigmatiseres som homoseksuelt eller feminint (Wignall et al., 2020, s. 677). Noen studier viser at noen menn bruker fleip for å unngå prat om vanskelige temaer. Dette kan være en måte å undertrykke følelser på, fordi de er redd for ikke å være «mann nok» (Lilleaas, 2007, s. 13). Dette er i tråd

med et annet studie hvor mannlige håndballspiller ofte brukte humor for å unngå prat om følelser og for å skjule tegn på svakhet eller tap av kontroll. Mennene brukte kroppen som et verktøy for å ta kontroll over følelser og de mer feminine sidene. De holdt følelsene på avstand ved å grave seg ned i arbeid eller bruke trening som en mestringsstrategi (Ulla.Britt Lilleaas, 2023). Studier har også argumentert for at menn har manglet et språk for å snakke om følelser (Lien, 2014). Å snakke om følelser krever trening, noe kvinner ofte har mer trening i (Danielsen, 2019, s. 18). Dette var i tråd med hva de psykomotoriske fysioterapeutene opplevde. Informanten beskrev at noen menn «pisket» seg selv med trening eller gravde seg ned i jobb, for å unngå å kjenne på smerter eller vanskelig følelser. Studiet av Ahlsen (2012) viste at norske menn med kroniske muskelsmerter opplevde det vanskelig å balansere dominerende normer for maskulinitet og samtidig vise sårbarhet, være rasjonell og ivareta kontroll (Ahlsen et al., 2012). Likevel, vil ikke alle menn opptre i forhold til tradisjonell maskuline normer, mannsidealet er i endring, og i dagens samfunn er det større aksept for at menn viser følelser og feminine sider (Reform & Oslo, 2016, s. 4). Dette er i tråd med funnene, hvor informantene mente det var store variasjoner, at noen menn snakket mye om følelser og var veldig åpne. Der er dermed for helsepersonell å være bevisst ulikhetene, i møte med menn.

Likeså, har menn ulike måter å takle sykdom på, ikke alle menn har behov eller ønske om å snakke dyptgående om følelser. I lys av en hegemonisk maskulinitet, der selvbeherskelse, virilitet og autonomi er normene, kan intimitetsdiskursene og åpenhetsidealene blir en byrde for noen menn heller enn hjelp. Maskuline forsvarsmekanismer bidrar til at mannlige pasienter distanserer seg og blir mindre tilgjengelig for behandling ved en slik tilnærming (Lien, 2014). Forskning viser også at menn ser på det å motta hjelp, som et nederlag, tap av ære eller ansikt. Noen menn uttrykker følelser gjennom sinne, og irritasjon over ikke å kunne prestere eller være i kontroll (menn & Oslo, 2016, s. 14). Slik beskriver også en av informantene mennenes reaksjon på lidelsen, at det kommer ut som et voldsomt sinne, i form av aggresjon, men at det i bunnen ligger selvforakt og resignasjon. For noen kan sinne bunne i opplevelsen av skam fra å være utestengt fra livet, ikke kunne delta som før. Å leve med kroniske skjulte sykdommer kan oppleve stor belastning gjennom identitets stigma, ettersom de vil internalisere og akseptere samfunnets negative holdninger til deres sykdom (O'Donnell & Habenicht, 2022, s. 1).

5.3. Intersubjektivitet som tilgang til livshistorier

Psykisk helsearbeid handler om å hjelpe pasient til å mestre sitt eget liv og utvikle evne til egenomsorg. Intersubjektivitet kan være et mål og middel til at pasient kan oppnå læring, deltakelse og mestringserfaring (Gretland, 2007, s. 126, 171). Innlevelse hos den psykomotoriske fysioterapeut kan åpne opp intersubjektive dører. Slik at pasient kan få innsikt i egne væremåter og reaksjoner, og se sammenhenger mellom plager og livserfaringer. Som psykomotorisk fysioterapeut må man være bevisst sitt eget perspektiv på selve møtet med pasient, relasjonen og være forberedt på krevende situasjoner (Skårderud et al., 2018, s. 234) Gjennom berøring og bevegelse arbeider man i NPMF med pasientens livserfaringer og kan berøre viktig temaer hos pasient (2007, s.176).

Psykisk helsearbeid dreier seg om å ha en kropp som er levende, uttrykksfull og sansende i samspill med andre (Bøe & Thomassen, 2018, s. 15). På motsatt hold, opplevde de psykomotoriske fysioterapeutene at mange av mennene manglet god kroppskontakt, Ofte neglisjerte de egne behov og kroppens signaler. I NPMF lærte de psykomotoriske fysioterapeuten mennene å sette grenser, kjenne på egne behov og gi kroppen større plass. Slik oppdaget de nye sider av seg selv som bidro til selvutfoldelse og selvoppdagelse. Økt kroppskontakt har vært forbundet med økt grad av selvfølelse, evne til deltakelse og samhandling (Gretland, 2007, s. 178).

Funnene viste at de psykomotoriske fysioterapeutene fokuserte bort fra smertene, til å kjenne inn i kroppen og knytte sammenhenger i livet. Dette åpnet opp nye dører. De psykomotoriske fysioterapeutene fortalte at noen av mennene for første gang i livet fortalte historier som de hadde holdt skjult hele livet. Forskning på menn som har vært utsatt for seksuelle overgrep viser at de venter i gjennomsnitt 20 år før de forteller at de har blitt utsatt for overgrep.(Evensen et al., 2019, s. 11). Genitale smerter har vist seg ofte å være nært assosiert med følelser av sårbarhet, skam og angst ettersom mange av pasientene ofte har en bakenforliggende historie med traume og mishandling, terapeut må derfor være sensitiv til pasientens reaksjoner i behandling (Danielsen et al., 2022, s. 1713) Ut ifra en kontekstuell tilnærming som NPMF består av, vil denne krevende endringsprosessen, være avhengig av kvaliteter ved behandleren som person og kvaliteter ved relasjonen til pasient. Denne relasjonen har vist seg viktigere enn selve metoden eller teknikken brukt (2022 s. 71). Alle informantene la stor vekt på å bygge god relasjon til pasienten, og de hadde stor oppmerksomhet til både verbale og kroppslige tilbakemeldinger fra pasienten. Slik kunne de regulere behandling i forhold til hvor mye pasienten tålte. I NPMF er respirasjonen en viktig indikator på hvordan pasient har det, ettersom

pust og emosjoner er tett knyttet sammen. Tilstedeværelse gjennom innlevelse og deltakelse, sammen med evne til å regulere samspillet med pasienten, er rettesnor gjennom hele behandlingen (2006 s.91). Dette er i overensstemmelse med litteratur som viser at en sterk pasient-terapeut relasjon ofte har gjensidig respekt hvor begge parter kan tre frem med egne meninger og verdier uten å belære eller påvirke pasienten med en «ovenfra og ned» holdning (Andersen, 2006, s. 146).

Studie av Boge-Olsnes et al. (2022) viste av kvinner med langvarige underlivssmerter som søkte hjelp, opplevde at de ble ignorert, misforstått eller at symptomene ble feiltolket, delvis grunnet kompleksiteten av lidelsen. Funnene viste at kvinner med underlivssmerter knyttet plagene til stressende livssituasjoner eller tidligere livserfaringer. Videre fremhevet studiet viktigheten av at fremtidig behandling adresserer verdien av å gjøre livserfaringene til disse pasientene relevant for å forstå kompleksiteten av underlivssmertene. Funnene i dette studiet kan trolig ha overføringsverdi til menn med underlivssmerter, ved at mennene også opplever samme utfordringene knyttet til manglende forståelse og kunnskap knyttet til kompleksiteten av lidelsen (Quallich et al., 2022, s. 1480).

En kvalitativ studie av Danielsen et al (2022, s. 1705) utforsket erfaringer med somatokognitiv terapi for kvinner som var plaget med langvarige underlivssmerter. Her fant de at relasjonen mellom pasient og behandler var svært viktig for å oppmuntre pasient til å utforske følelser i kroppen. I psykisk helsearbeid legges det stor vekt på at terapeut tar i betraktning den enkeltes liv og de sammenhengene pasienten står i, dette gjør relasjonen mellom terapeut og behandler betydningsfull og virksom for pasienten selv. At terapeuten lyttet aktivt til pasientens historie og er genuint interessert, blir trukket frem som avgjørende for å skape mening i behandlingen (Bøe & Thomassen, 2018, s. 132-133). Behandlingstiltak som tar i betraktning menneskets livserfaring, er derfor helt sentralt i forståelsen av sykdomsutvikling (Getz et al., 2011, s. 683-686). I psykomotorisk fysioterapi jobbes det med kroppslig samhandling. I den psykomotoriske relasjonen berører man menneskelige dimensjoner slik som tilhørighet, omsorg, mestring og selvfølelse. De psykomotoriske fysioterapeutene overordnede oppgave er å gi rom for utforskning og nyansering, slik kan de bidra inn i psykisk helsearbeid. Å danne grobunn for nye væremåter, mestring, sosialt samvær og egenverd (Gretland, 2007, s. 209).

I tråd med psykisk helsearbeid, vil et mål i NPMF være å tillegge kroppen mening, gjennom kroppslig bevisstgjøring hos pasient. Slik at de kan kjenne på egne grenser og ha mulighet til å

uttrykke seg både verbalt og kroppslig. Å gi nye uttrykksmuligheter for pasient, kan hjelpe pasient til å føle seg verdifull som menneske og øke livskvaliteten, noe som er av stor betydning for psykisk helse (Gretland, 2007, s. 92).

Dette samsvarer med studie av Boge Olsens (2024) som utforsket NPMF behandling av kvinner med underlivssmerter, hvor de fokuserte på kroppslige oppdagelser. Dette viste seg å være verdifullt for kvinnene ettersom de opplevde økt kontroll og sammenheng. Når de fikk bedre kroppslig kontakt, lyttet de bedre til sine behov. Dette reduserte stress og smerte symptomer. Mangel på kontakt og negativ kroppsbilde er kjent for å fremmedgjøre relasjonen til egen kropp (Boge-Olsnes et al., 2024, s. 8-9).

I lys av kroppsfenomenologien, står mennesket i verden som kropp, hvor smerter fra tidligere krenkelser og andre traume erfaringer, bli kroppsliggjort. Påkjenninger, som vold, seksuelle overgrep eller andre traumer, involverer hele det erfarende menneske som et kroppslig vesen, slike erfaringer gjør vondt og de kan utløse uforklarlige smerter i kroppen (Kirkengen & Næss, 2015, s. 67-71). Informantene belyste og løftet pasientenes skjulte og subjektive erfaringshistorie som en viktig del av behandlingen. Kroppsliggjøringen av det erfarte liv var viktig for pasientene, fordi de da forstod sammenhenger og det synliggjorde den kroppslige smerteårsaken. Informantene poengterte til mennene at selv om noe har skjedd langt tilbake, skiller ikke kroppen mellom tid. Dette støttes i litteraturen som viser at ofte rommer ikke den bevisste og verbale hukommelsen ordene om dette minnet, men traume blir sittende igjen som en sanseerfaring som utløser reaksjoner som for eksempel redsel, smerter, angst eller panikkreaksjon frem i tid (2015 s. 80-81).

I NPMF forstår man langvarig sykdom som sammensatt og kompleks. Ofte relatert til livet man lever (Rake & Ahlsen, 2022, s. 39-40). I tråd med NPMF, belyser studier at parallelt med anbefalt behandling av kvinner med langvarige underlivssmerter, må videre forskning avdekke flere komponenter av menns fysiske og psykiske helse. Tverrfaglig behandling blir løftet frem som essensielt for menn med underlivssmerter og at psykiske komponenter må kartlegges (Yang et al., 2018, s. 23-24). I lys av psykisk helsearbeid kan NPMF bidra i behandlingen av menn med underlivssmerter ved å åpne opp for bedre kroppslig forståelse hos menn og hjelpe dem med å knytte sammenhenger og skape mening mellom kropp og psyke. Ved å åpne opp rundt vanskelig temaer, kan de berøre tabubelagte aspekter av lidelsen. Dette kan hjelpe mennene til å mestre egne plager, gi livsutfoldelse og verdi som menneske.

5.2. Relevans

Malterud (2017, s. 21) skriver at relevans handler om i hvilken grad den nye erkjennelsen kommer frem og hvordan den kan brukes. I denne sammenheng, betyr det om kunnskapen vi har fått, kan være til nytte for andre innen NPMF eller i psykisk helsearbeid. Helt konkret får vi vite hvordan et utvalg av psykomotoriske fysioterapeuter erfarer at menn med underlivssmerter håndterer plagene.

a) Generelt for psykisk helsearbeid

I regjeringens opptrappingsplan for psykisk helse (2023-2033), ble blant annet helsefremmende og forebyggende psykisk helsetiltak vektlagt med fokus på mestring, åpenhet, likeverd og medvirkning til tjenestetilbudene (Eriksson & Hummelvoll, 2015, s. 4). Psykisk helsearbeid omhandler livskvalitetsaspekter av emosjonell, psykologisk, sosial, fysisk og åndelig karakter (2015, s. 7). Ved en slik måte å forstå psykisk helsearbeid på, kan gi denne masteroppgaven relevans for psykisk helsearbeidere basert på ulike funn fra masteroppgaven.

Funnene belyste at de psykomotoriske fysioterapeutene erfarte at mennene opplevde mangel på forståelse og tilfredsstillende behandlingstilbud fra helsevesenet. Noen menn ble fastlåst i en situasjon hvor de lette etter en årsaksforklaring og behandling som kunne «kurere» smertene. Disse funnene er relevante, fordi de illustrerer at psykisk helsearbeidere må hjelpe pasient videre ved å anerkjenne deres plager og åpne opp for den subjektive opplevelses erfaringen. Dette betyr at folks erfaringer må lyttes til og hjelpen bør forankres i menneskers egne livserfaringer. En tilnærming preget av kunnskap om at det psykiske, sosiale og kroppslige henger sammen. Psykiske helsearbeidere bør ikke fremme diagnosenetkning, men bør søke grunnleggende forståelse av psykososiale fenomener. Behandling preget av retningslinjebasert, dekontekstualisert og vitenskapelig kunnskap alene bør unngås, men at praktisk kyndighet og skjønn er viktig for gode møter og praksis slik funnene også viser (Eriksson & Hummelvoll, 2015, s. 8-13).

Mennene gikk gjennom en identitetskrise, relatert til nedsatt seksuell helse. Trolig knyttet til maskuline forventninger til dem som menn. En av informantene beskrev at mennene mistet både vitalitet og kraft, og at underlivssmertene påvirket kroppsbilde, livskvaliteten og relasjonelle bånd. Psykisk helsearbeidere kan være bevisst stigmaet knyttet til underlivssmertene og at det påvirker i sterk grad menns seksuelle helse. Videre kan maskuline normer, bidra til at menn i større grad blir forhindret i å snakke om plagene. Psykisk

helsearbeidere må ta i betraktning at menn trolig håndterer sykdom forskjellig fra kvinner og at maskuline normer kan styre noen av disse prosessene. De må møte mennene med kunnskap om hvordan maskulinitet kan påvirke deres mestringsstrategier. Psykisk helsearbeidere må anerkjennelse stigmaet knyttet til underlivssmertene og tørre å snakke om tabubelagte temaer. Dette inkluderer å fremme god seksuell helse, ettersom det er med på å øke livskvaliteten, holde mennesker friske og i trivsel. God seksuell helse er videre en ressurs og beskyttelsesfaktor som bidrar til god livskvalitet, bedre samliv og mestringsferdigheter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022, s 3-7).

Informantene vektla det å ha god tid, trygge rammer og ro som forutsetninger for at mennene åpnet seg. Videre var det å skape rom for empati, trygghet og innlevelse i pasientens erfaringsverden er viktig terapeutiske kvaliteter. Å være i dialog som er preget av gjensidig respekt og være åpen for å berikes av den andres synspunkter, begge veier kan åpne nye muligheter (Bøe & Thomassen, 2018, s. 146). I psykisk helsearbeid, hvor leger og andre helsepersonell er involvert, er det ofte begrenset tid. Likevel kan helsepersonell være bevisst på at underlivssmerter berører vanskelig temaer. Ved at psykomotoriske fysioterapeuter løfter temaet, kan det være lettere for andre helsepersonell å ta opp stigmatiserte temaer.

I resultatene, ble den kroppslige tilnærmingen i NPMF løftet frem. Kroppen ble brukt som en innfallsvinkel for å bli bevisst hvordan smerter, stress, emosjoner og livsbelastninger er knyttet sammen. Det å bruke kroppen, i tillegg til samtale, kan hjelpe mennene til å tydeliggjøre symptomene og gi mennene en konkret opplevelse som er tett knyttet opp imot livet. Dette kan være interessant og meningsfullt for andre psykisk helsearbeidere, slik at de kan tilnærme seg menn med underlivssmerter med en ny forståelse, men også hvordan kroppen kan brukes for å synliggjøre og knytte sammenhenger. For mange som jobber innen psykisk helsearbeid, er ofte relasjonell og mellommenneskelig aktivitet noe av det viktigste. Kroppen og bevegelser kan gi grobunn for sosialisering og gi nye opplevelser av det å være menneske. Stillinger og bevegelser kan vekke følelser, tanker og minner som kan gi grunnlag for dialog og erkjennelse (Bøe & Thomassen, 2018, s. 205), noe psykisk helsearbeidere kan ha nytte av. Ofte kan vonde opplevelser huskes av kroppen og følelsene. Når smerten er ordløs eller man ikke finner dialog, kan kroppen brukes for å avklare og reflektere over situasjonen man er i og gi nye muligheter for å ta del i livet gjennom livsutfoldelse og glede (2018 s.182).

For psykomotoriske fysioterapeuter er det å bruke kroppen i en behandlingssituasjon helt naturlig, men for andre helseaktører innen psykisk helsearbeid kan dette virke fremmed. Psykisk helsearbeidere kan søke inspirasjon fra psykomotoriske fysioterapeuter til å tilegne seg ny kunnskap med kroppen som innfallsvinkel. Psykomotoriske fysioterapeuter kan dele denne kunnskapen med andre faggrupper med å holde praktiske kurs for å skape trygghet og forståelse til å bruke egen kropp i behandlingen av pasienter.

Funnene kan forhåpentligvis være til nytte og inspirasjon for andre psykisk helsearbeidere og gi muligheter for sterkere samarbeid mellom NPMF og andre kropporienterte tilnærminger i psykisk helse. NPMF har en helt unik kroppslig tilnærming og med økt kunnskap ut fra denne masteroppgaven, vil det være mulighet for andre fagarbeidere i psykisk helse og bli motivert til tettere samarbeid.

b) Relevans for NPMF

Funnene i denne masteroppgaven kan være til nytte for flere psykomotoriske fysioterapeuter, spesielt de som jobber med underlivsproblematikk. Tilnærmingen til underlivssmerter varierer mellom psykomotoriske fysioterapeuter og andre fysioterapeut spesialiteter. Kanskje kan det vekke en nysgjerrighet og åpne opp for nye perspektiver hos andre psykomotoriske fysioterapeuter. Forhåpentligvis kan masteroppgaven bidra til økt kunnskap rundt kompleksiteten av lidelsen og hvordan det i stor grad påvirker livskvaliteten til mennene. Masteroppgaven belyser også hvordan psykomotoriske fysioterapeuter har et mandat til å kunne hjelpe pasient til å knytte sammenhenger mellom levd liv og kroppslige plager.

Psykomotoriske fysioterapeuter må ta i betraktning at den holistiske tilnærmingen ikke alltid er riktig for alle menn. Likevel, belyser masteroppgaven at psykomotorisk fysioterapibehandling belyser viktige aspekter ved mennenes psykiske helse. Gjennom kroppslig samhandling, kan de gi pasienten mulighet til å forstå plagene i sammenheng med livet og hjelpe pasient til å komme ut av fastlåste mønstre. Psykomotoriske fysioterapeuter har også en viktig relasjonell og kommunikasjons kompetanse, som kan være til stor nytte i behandlingen av behandlingen av menn med underlivssmerter. Spesielt ettersom lidelsen berører skamfulle temaer som kan

være vanskelig å snakke om. Denne masteroppgaven, gir en bekreftelse på at den kroppslige tilnærming kombinert med samtale kan være «gull» verdt for fagfeltet.

c) Videre forskning

Forskningslitteratur omfatter per i dag, for det meste kvantitativ forskning. Forskning på menn med underlivssmerter har også i mindre grad blitt forsket på sammenlignet med kvinner med underlivssmerter. Lidelsen har blitt omtalt av Wood et al (2017) som «the forgotten prostate disease», ettersom det mangler ressurser for denne pasientgruppen. Videre er det svært få kvalitative studier som omfatter NPMF behandling av menn med underlivssmerter og i mindre grad livserfaringer til menn ved å leve med underlivssmerter (Wood et al., 2017, s. 905).

Slik kan denne masteroppgaven være et bidrag for å inspirere og motivere til videre forskningsarbeid for menn med underlivssmerter. Økt kunnskap rundt menn og underlivssmerter, kan stimulere til nye forskningsspørsmål og nysgjerrighet rundt temaet.

Videre forskning bør omhandle mennenes egne erfaringer og subjektive opplevelse av å leve med underlivssmerter. Inkludert det psykososiale og emosjonelle aspektet av lidelsen. Det bør videre utforskes hvilken betydning en kroppslig tilnærming i NPMF, har for mennenes livskvalitet. Forskning bør også ta i betraktning at menn og kvinner trolig forholder seg ulikt til sykdom, basert på normer knyttet til maskulinitet. De seksuelle problemene menn opplever med underlivssmertene, bør belyses i enda større grad. Temaer som omhandler hvordan psykiske helsearbeidere, inkludert psykomotoriske fysioterapeuter, kan bidra til å forbedre livskvaliteten relatert til seksuell helse er svært relevant. Til slutt, kan videre forskning som omhandler menns opplevelse av å delta i gruppe være interessant, inkludert de positive og negative aspektene ved å delta i gruppebehandling.

5.3 Drøfting av metode

Forskeren må stille grunnleggende kritiske spørsmål til resultatene og måten det har blitt utført gjennom hele forskningsprosessen. I lys av metode valgt, vil det være avgjørende for analysekvaliteten at kriterier som refleksivitet, troverdighet (validitet) og generaliserbarhet blir trukket frem. (Thornquist, 2018, s. 245). Jeg vil i dette underkapittelet drøfte hver av disse kriteriene for å redegjøre for metodiske styrker og svakheter

5.3.1. Refleksivitet

Refleksivitet er en aktiv holdning forskeren må innta, for å lete etter konfrontasjoner med egne forestillinger og posisjoner, som utfordrer den kunnskapen og de fordommene man har med seg selv fra tidligere (Malterud, 2017a, s. 19). I alle ledd av forskningsprosessen, har min rolle som forsker og menneske vært av betydning, ved at jeg gjennom hele prosessen strebet etter å være bevisst min rolle som forsker og medmenneske, ved å reflektere over meg selv og mitt bidrag som var med å skape og utvikle kunnskap i denne prosessen. Subjektivitet er altså en ressurs som aktivt brukes for å forstå fenomener og den verden som man tilstreber å forstå. (Thornquist, 2018, s. 244-245). Som forsker må vi erkjenne at vi som menneske tar med oss indre bilder og forestillinger, men for å unngå at forskningsprosessen skal tas for gitt, er det nødvendig å stille med åpent sinn og gi plass for tvil, ettertanke og uventede svar. Leseren forstår slik hvordan det har vært mulig å komme frem til et bestemt resultat (2018 s. 245). Videre er transparens (gjennomsiktighet) et viktig begrep som omhandler at studien skal være gjennomført på en slik måte at leseren lett kan følge veien i forskningsprosessen.

Jeg har gjennom hele prosessen vært årvåken over min egen posisjon som yrkesaktiv psykomotorisk fysioterapeut. I lys av en hermeneutisk forankring ønsker jeg å oppnå en dypere forståelse av hvordan psykomotoriske fysioterapeuter erfarer at menn med underlivssmerter håndterer plagene, men har i stor grad vært bevisst min egen forforståelse som psykomotorisk fysioterapeut. Masteroppgaven kan ha en slagside mot PMF, og formet av min forforståelse. Jeg har prøvd å være bevisst dette gjennom å nyansere tekstmaterialet, velge ulike perspektiver og stille ulike spørsmål til den samme tekst. Gjennom stringent fortolkningsarbeid og ved å diskutere med medstudenter og lærere ved høgskolen, håper jeg å unngå en partisk subjektivitet i forskningsprosessen.

Malterud (2017, s. 20) sier også at refleksivitet ikke bare innebærer å motbevise det vi har kommet frem til, men at det er lov å oppfatte resultatene som gode nok i forhold til de spørsmålene vi har stilt. I gjennomføringen av intervjuene og analysearbeidet var jeg hele tiden opptatt av å belyse forskjellige aspekter av problemstillingen, nyansere svarene ved å gå i dybden og lete på tvers av datamaterialet etter kontraster og motsetninger, noe som kan ha vært med å styrke troverdigheten av studiet.

I selve intervjusituasjonen, møtte jeg som psykomotorisk fysioterapeut andre psykomotorisk fysioterapeuter. Dette kan ha gjort at jeg har tatt noe av vår felles forståelse for faget for gitt, men samtidig gitt mulighet til å kunne stille spørsmål og forstå det som ble sagt på en annen måte. Jeg opplevde at noen informanter kunne bli tenkende en stund på spørsmålene, mens andre kunne snakke seg litt bort. Selv om jeg prøvde å la informantene å få god tid til å reflektere, kan jeg ha blitt ivrig etter svar ved å hjelpe informantene videre. Dette kan ha hatt betydning for hvordan jeg stilte oppfølgende spørsmål, eller hvordan jeg reagerte og hva slags svar jeg vektla mest tyngde. Min forforståelse endret seg også i intervjuprosessen, ved at jeg for eksempel oppdaget at veldig få utførte en underlivsundersøkelse i praksis, noe jeg hadde tatt for gitt at de fleste gjorde når de jobbet med underlivsproblematikk. Tidligere kurs jeg har tatt, hadde en mer biomedisinsk tilnærming hvor fokus var på behandling var lokalt i underliv. Jeg oppdaget også at jeg ikke fulgte opp like mye svarene som kom utenfor det psykiske helseaspektet, noe som kan ha vært positivt for å avgrense og holde fokus, men kan også ha vært medvirkende til hvilke svar jeg tillot mest tyngde. Alle informantene jobbet i tråd med psykomotoriske fysioterapi prinsipper, men var likevel svært forskjellig på hver sin individuelle måte, noe som forundret meg. Jeg innså at jeg startet dette forskningsprosjektet med en fagforståelse knyttet til et biomedisinsk perspektiv på underlivssmerter, som ble til en ny og mer helhetlig forståelse gjennom ny innsikt fra informantenes fortelling, som påvirket helheten av mitt kunnskapsrepertoir. Dette kan forklares i lys av den hermeneutiske sirkel hvor en ny helhetsforståelse setter enkeltdelene i nytt lys og som igjen påvirker helhetsforståelsen (Thornquist, 2018, s. 171)

Som intervjuer er man selve forskningsinstrumentet og en dyktig intervjuer er ekspert på intervjuemnet og den menneskelige interaksjon (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 195).

Som ny i forskerrollen, kan jeg ha gått glipp av informasjon, eller ikke stilt gode nok oppfølgende spørsmål eller ikke klart å holde fokus, fordi jeg forberedte meg på neste spørsmål. Min uerfarenhet kan også ha gjort at jeg klarte i mindre grad å løsrive meg fra intervjuguiden som kan ha påvirket svarene fra informantene ved at de gikk mindre i dybden eller ikke fikk snakket detaljert nok om hvert tema.

På den andre siden, har jeg lang yrkeserfaring hvor jeg har jobbet mye med pasient samtaler i en terapissetting, jeg er vant til å jobbe med relasjonsbygging med forskjellige personligheter,

noe som kan ha styrket intervjuprosessen og gjort at informantene åpnet seg mer fordi de følte seg trygge i relasjonen med meg.

Jeg opplevde at jeg også inntok en åpen, undrende og utforskende posisjon for at informantene kunne slappe av og lettere dele erfaringer og opplevelser, noe jeg opplevde at de gjorde. Gjennom datainnsamlingsprosessen, måtte jeg erkjenne at jeg stadig vekk ble bedre i forhold til intervjuprosessen. For eksempel spurte jeg en av de første informantene jeg intervjuet om hvordan hun oppfattet intervjuet, informanten ga meg tilbakemelding om at jeg kunne løsrive meg enda mer fra intervjuet, slik at det ble mer som en samtale mellom oss. Dette tok jeg med meg videre i de neste intervjuene.

Datainnsamlingsprosessen kan i ettertid forstås i lys av den hermeneutiske spiral hvor jeg som en uerfaren intervjuer fikk stadig ny innsikt og kunnskap i forskerprosessen, men også gjennom tolkning av data.

Ved bruk av refleksiv tematisk analyse, jobbet jeg gjennom datamaterialet steg for steg. Jeg fikk en dypere forståelse av refleksivitet og dermed min egen forforståelse av tema, men også gjennom valg av teoretisk forankring til hermeneutikken. Slik ga det meg dypere innsikt i min egen forforståelse og hvordan min forforståelse, påvirket valgene mine underveis. Jeg måtte gå tilbake å revurdere mine valg på bakgrunn av ny kunnskap og jeg fikk et tydeligere helhetlig bilde etter hvert som kunnskapen økte i hvert steg av analyseprosessen, men også forskningsprosessen som helhet. Mitt valg av RTA og hermeneutikken, kan ha bidratt til å gjøre meg bevisst gjennom forskningsprosessen og på mine valg underveis.

5.3.2. Validitet

a) Intern validitet

Tjora (2021, s. 206) beskriver gyldighet som «om de svarene vi finner i vår forskning, faktisk er svar på de spørsmål vi forsøker å stille». Altså om vi har brukt relevante kartleggingsmetoder for det vi skal se på, som i denne problemstillingen dreide seg om hvordan psykomotoriske fysioterapeuter erfarer at menn med underlivssmerter håndterer plagene».

For å besvare problemstillingen, brukte jeg kvalitativ metode og individuelle intervju med semistrukturert intervjuguide for datainnsamling. Videre brukte jeg refleksiv tematisk analyse

for å besvare problemstillingen best mulig. I tråd med dette, passet disse prinsippene inn med min problemstilling og valg av semistrukturerte intervjuer og bruk av tematisk analyse.

På den andre siden, kunne observasjon eller fokusgruppeintervju (gruppesamtale) vært brukt som data innsamlingsmetode. Disse metodene er best egnet for gruppeprosesser, hvor observasjon knyttes mer til mellommenneskelig prosesser og en tidkrevende prosess (Malterud, 2017b, s. 2469). Fokusgruppeintervju kan være tidsbesparende og gi breddekunnskap om et snevert tema, samt gi ulike vinklinger på et tema.

Semistrukturerte intervjuer av fire informanter ble valgt til å holde tilstrekkelig god kvalitet ettersom jeg ønsket å komme tett på informantene og få fyldige, detaljerte beskrivelser av informantenes følelser, meninger, holdninger og refleksjoner sett fra informantens side (Johannessen et al., 2021, s. 106-108). Jeg hadde også et begrenset antall informanter som egnet seg bedre for individuelle intervjuer ettersom en fokusgruppe skal minimum ha seks informanter. I tillegg ville svarene fra hver informant være kortere ettersom taletid per informant er kortere. Det krever også god kunnskap og erfaring med gruppeprosesser for å gjennomføre gode gruppesamtaler (Johannessen et al., 2021, s. 126), noe jeg hadde begrenset erfaring med.

God informasjon i forkant av intervjuene, ved å oppgi hensikt med studie og overholde personvern kan ha skapt en trygg ramme og ga bedre mulighet for informantene å dele sin forståelse og kunnskap rundt temaet, noe som kan ha styrket validiteten i studiet. Gjennom å være fleksibel i forhold til valg av tidspunkt og sted for intervjuene, samtidig som jeg var godt forberedt og klarte å skape ro og hygge rundt intervjuene, ble rammene satt for økt fortrolighet og bedre mulighet til å utforske og få nærhet til temaene ved å gå i dybden i samtalen.

Som uerfaren forsker, måtte jeg være skjerpet og ekstra konsentrert når jeg utførte intervjuene. Dette gikk ut på å komme med gode oppfølgingsspørsmål, få tak i konkrete eksempler på det informantene fortalte og være bevisst på ikke å avbryte når informantene snakket. Informanten fikk også god tid til å reflektere over spørsmålene. Da jeg lyttet til lydfilene i etterkant, tenkte jeg at jeg stilte mange gode oppfølgingsspørsmål, men kunne gått mer i dybden eller forfulgt noen av svarene bedre. Alt i alt var jeg godt fornøyd med samtalene, selv om jeg er åpen for at datamaterialet kunne vært av enda rikere karakter hvis jeg hadde hatt mer erfaring med intervjusituasjonen.

I et av mine intervjuer, ble intervjuet gjennomført digitalt gjennom Teams. En svakhet ved digital utføring av intervjuet, var det tekniske aspektet der nettet var ustabil til tider, dessverre falt informanten ut et par ganger i løpet av intervjuet, men heldigvis var det minimalt. Jeg ville i respekt for informanten, ikke å avbryte og valgte å la henne fullføre setningen. I sin helhet, opplevde jeg ikke at det hadde store konsekvenser for påliteligheten til datamaterialet.

I kvalitativ forskning, vil forskeren være delaktig gjennom hele forskningsprosessen, forskerens kunnskap og engasjement kan betraktes som en ressurs så lenge forskerens gjør rede for sin egen posisjon og stiller seg åpen i forhold til hvordan det vil prege arbeidet (Tjora, 2021, s. 203). Mitt eget ståsted som psykomotorisk fysioterapeut var forankret i det psykomotoriske fagfeltet, også i lys av min utdanning og arbeidserfaring. Jeg var også medlem i kvinnehelseforbundet, hvor jeg stod oppført som behandler for kvinner med urininkontinens. Selv om jeg ikke behandlet menn i min arbeidshverdag, hadde jeg likevel kunnskap om menn og underlivsplager gjennom kvinnehelsekurs. Min kunnskap og erfaring som psykomotorisk fysioterapeut og behandler i kvinnehelse, kunne styrke samtalen i intervjuene, ved at jeg forstod fagspråket og kunne forfølge viktige aspekter og temaer, men også ved at jeg kunne stille kritiske spørsmål for å teste pålitelighet og gyldighet av hva informanten sa (Kvale & Brinkmann, 2015). Dette stemte med hva jeg erfarte under intervjuene, hvor jeg forstod fagspråket og klarte derfor og oppmuntret til at de konkretiserte nøyaktig hva de mente eller utdypet mer ved uklarheter. Likeså, kunne min forforståelse som psykomotorisk fysioterapeut og engasjement i kvinnehelse som også ha påvirket tolkningen i selve intervjusituasjonen og i analysedelen, ved at jeg ledet intervjuet i bestemte retninger eller analyserte innholdet ut ifra mine egne interesseområdet. Selv om jeg prøvde å etterstrebe et åpent sinn gjennom hele prosessen, kan viktige poeng ha uteblitt og visse aspekter ha blitt tillagt større oppmerksomhet.

Ettersom egen fagforståelse og interesse for fagfeltet var noe likt informantene, kan det ha gjort forholdet mer symmetrisk. Gjennom vår felles fagforståelse, kan deltakerne ha svart til fordel for faget og vårt felles engasjement for å «løfte fagområde frem». På den andre side, kan også noen av informantene ha følt det utfordrende eller begrensende ved at jeg hadde kunnskap om fagfeltet. Slik kan det ha begrenset «friheten» i samtalen ved at de følte de måtte gi «faglig korrekte» svar. Likevel kan det også ha skjerpet fokus, ved at de reflekterte grundig over spørsmålene.

b) Ekstern validitet

Et strategisk sammensatt utvalg ble rekruttert for å besvare min problemstilling. Utvalget bestod av fire psykomotoriske fysioterapeuter med varierende bredde av erfaring. Alle informantene hadde lang arbeidserfaring, tre informanter hadde over 20 års arbeidserfaring.

Ettersom det generelt er et svært begrenset antall psykomotoriske fysioterapeuter på landsbasis, som jobber med menn og underlivssmerter, er dette en begrensning med studiet. Om jeg hadde hatt mulighet til å få et større antall informanter, ville det økt validiteten i masteroppgaven. Det kan derfor være problematisk å overføre kunnskapen samlet på bakgrunn av fire intervjuer, likevel vil det være en overføringsverdi til andre utover denne konteksten. I tillegg bestod utvalget av kun kvinner. Det kunne være interessant å få pratet med menn, for å undersøke om datamaterialet hadde gitt andre nyanser.

Jeg la også ned et omfattende arbeid med å få rekruttert de psykomotoriske fysioterapeutene med denne spesial kompetansen. Dermed fikk jeg god oversikt over kompetansen på dette feltet i min egen yrkesgruppe. Dette resulterte i et utvalg av psykomotoriske fysioterapeuter med bred faglig kompetanse og lang klinisk erfaring innen fagfeltet. Alle deltakerne var spesialister innen psykomotoriske fysioterapi, med mastergrad eller doktorgrad innenfor fagfeltet. Dette var en berikelse for masteroppgaven og bidro til varierte og rike beskrivelser fra informantene. Slik bidro informantenes nyanserte svar til å løfte frem ny forståelse og kunnskap som andre psykomotoriske fysioterapeuter kan ta del i. Funnene kan også øke oppmerksomhet, kunnskap og interesse rundt denne pasientgruppe, som ofte er ukjent for fysioterapeuter generelt.

De psykomotoriske fysioterapeutene jobbet i spesialisthelsetjeneste og privat praksis, men kunnskapen kan være relevant og aktuell for alle psykomotoriske fysioterapeuter, allmenne fysioterapeuter eller andre fysioterapeutspesialister, som jobber med denne pasientgruppen.

Kunnskapen kan også være aktuell for andre fysioterapeuter som ikke jobber direkte med pasientgruppen, men som sannsynligvis vil møte denne pasientgruppen i sin arbeidshverdag. Det samme gjelder for andre helsepersonell, inkludert psykisk helsearbeidere, som møter denne pasientgruppen i sin arbeidshverdag, også utover konteksten problemstillingen ble undersøkt i.

6. KONKLUSJON

I denne masteroppgaven ble det utforsket hvordan psykomotoriske fysioterapeuter erfarer at menn med underlivssmerter håndterer plagene. De overordnede perspektivene i oppgaven var NPMF, kroppsfenomenologi og maskulinitet. Fire psykomotoriske fysioterapeuter ble intervjuet med en semistrukturert intervjuguide og refleksiv tematisk analyse (RTA) ble benyttet i analysen av datamaterialet. I analysen, ble fire hovedfunn identifisert; *Fra fiks til en til en kroppslig oppdagelse, en maskulin identitetskrise, å tie og tåle om smertene og kroppen som bærer av et levd liv.*

Funnene belyste at de psykomotoriske fysioterapeutene opplever at menns subjektive erfaring av å leve med underlivssmertene fikk begrenset oppmerksomhet før de kommer til psykomotorisk fysioterapibehandling. Ofte var mennene fastlåst i en situasjon hvor de lette etter årsaksforklaring og tiltak som kan «fikse» dem. Informantene opplevde også at mennene erfarte en identitetskrise som var sterkt knyttet opp til seksuelle helseplager. Tabubelagte temaer knyttet opp mot seksualitet, urin- og avføring kunne være vanskelig å snakke om. Mennenes vansker med å uttrykke følelser, kan ha sammenheng med maskuline normer og stigner knyttet opp mot forventninger til dem som menn. De psykomotoriske fysioterapeuter opplevde at mennene satt stor pris på at de åpnet opp for samtale rundt tabubelagte temaer i behandlingen. For at NPMF behandlingen skulle være meningsfull for mennene, måtte de gjøre behandlingen konkret. De psykomotoriske fysioterapeutene brukte kroppen som innfallsvinkel og lot mennene selv erfare hvordan underlivssmertene var relatert til følelser, stress og andre livsbelastninger. Slik skapte symptomene mening og forståelse for mennene.

Resultatene viste viktigheten av at helsepersonell møter mennene på et menneskelig plan hvor deres erfaringer av å leve med underlivssmertene tas på alvor, blir snakket om og kroppsliggjort. Videre vil det være viktig å ivareta menns behov, i lys av deres mannlige identitet. Slik kan mennene skape sammenheng og oppnå ny innsikt i seg selv, sitt liv og sine plager. Noe som kan føre til økt mestring, livsutfoldelse og bedre livskvalitet, men også redusere stigma knyttet til underlivssmerter. Slik kan NPMF behandling bidra til å fremme bedre psykisk helse for disse mennene, som en del av et tverrfaglig samarbeid med andre psykiske helsearbeidere.

Denne masteroppgaven kan være nyttig og relevant for psykomotoriske fysioterapeuter, andre fysioterapeuter og helsepersonell som jobber med menn og underlivssmerter. Videre kan den også bidra inn i psykisk helsearbeid, ved å møte mennene med en kroppslig tilnærming i NPMF.

LITTERATURLISTE

- Ahlsten, B., Mengshoel, A. M. & Solbrække, K. N. (2012). Troubled bodies - troubled men: a narrative analysis of men's stories of chronic muscle pain. *Disabil Rehabil*, 34(21), 1765-1773. <https://doi.org/10.3109/09638288.2012.660601>
- Andersen, A. J. W. (2006). Tenkning som former praksiser. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 3(1), 4-15. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2006-01-02>
- Archambault-Ezenwa, L., Markowski, A. & Barral, J.-P. (2019). A comprehensive physical therapy evaluation for Male Chronic Pelvic Pain Syndrome: A case series exploring common findings. *J Bodyw Mov Ther*, 23(4), 825-834. <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2019.05.021>
- Aubin, S., Berger, R. E., Heiman, J. R. & Ciol, M. A. (2008). ORIGINAL RESEARCH—SEXUAL PAIN DISORDERS: The Association between Sexual Function, Pain, and Psychological Adaptation of Men Diagnosed with Chronic Pelvic Pain Syndrome Type III. *Journal of sexual medicine*, 5(3), 657-667. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00736.x>
- Bergland, A., Olsen, C. F. & Ekerholt, K. (2018). The effect of psychomotor physical therapy on health-related quality of life, pain, coping, self-esteem, and social support. *Physiother Res Int*, 23(4), e1723-n/a. <https://doi.org/10.1002/pri.1723>
- Birder, L. A. (2019). Pathophysiology of interstitial cystitis. *International journal of urology*, 26(S1), 12-15. <https://doi.org/10.1111/iju.13985>
- Boge-Olsnes, C., Bech Risør, M. & Øberg, G. K. (2024). Chronic pelvic pain sufferers' experiences of Norwegian psychomotor physiotherapy: a qualitative study on an embodied approach to pain. *European journal of physiotherapy, ahead-of-print*(ahead-of-print), 1-10. <https://doi.org/10.1080/21679169.2022.2136754>
- Boge-Olsnes, C. M., Mette Bech, R. & Gunn, K. Ø. (2023). How life events are perceived to link to bodily distress: A qualitative study of women with chronic pelvic pain. *Health Care Women Int*, 44(9), 1218-1238. <https://doi.org/10.1080/07399332.2022.2087076>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V. & Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative research in sport, exercise and health*, 11(4), 589-597. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>
- Braun, V., Clarke, V. & Braun, V. (2022). *Thematic analysis : a practical guide*. SAGE.
- Breitve, M. H., Hynninen, M. & Kvåle, A. (2008). Emotional symptoms and health complaints of patients seeking psychomotor physiotherapy. *Emosjonelle symptomer og helseplager hos pasienter som oppsøker psykomotorisk fysioterapi*, 75(12).
- Breitve, M. H., Hynninen, M. J. & Kvåle, A. (2010). The effect of psychomotor physical therapy on subjective health complaints and psychological symptoms. *Physiotherapy Research International*, 15(4), 212-221. <https://doi.org/10.1002/pri.462>

- Brünahl, C., Dybowski, C., Albrecht, R., Riegel, B., Höink, J., Fisch, M. & Löwe, B. (2017). Mental disorders in patients with chronic pelvic pain syndrome (CPPS). *J Psychosom Res*, 98, 19-26. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.04.011>
- Bunkan, B. H. (1995). *Psykomotorisk behandling : ad modum Braatøy/Bülow-Hansen : kompendium til bruk i forbindelse med kurs*. Pensumtjeneste.
- Bunkan, B. H. (2001). Psykomotorisk fysioterapi - prinsipper og retningslinjer. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 121(24), 2845-2848.
- Bunkan, B. H. (2008). *Kropp, respirasjon og kroppsbilde : teori og helsefremmende behandling* (4. utg. utg.). Gyldendal akademisk.
- Bøe, T. D. & Thomassen, A. (2018). *Psykisk helsearbeid. Å skape rom for hverandre* (Bd. 46). <https://doi.org/10.18261/issn.0807-7487-2018-04-08>
- Connell, R. W. (1995). *Masculinities*. Polity Press.
- Crofts, M., Ramsden, S. & Horner, P. (2022). Chronic pelvic pain in men. *Medicine (Abingdon. 1995, UK ed.)*, 50(5), 280-284. <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2022.02.007>
- Cyr, M., Nahon, I., Worman, R., Cowley, D. & Hodges, P. (2023). WHAT SYSTEMS ARE USED TO CLASSIFY CHRONIC PELVIC PAIN IN MEN? A SYSTEMATIC REVIEW. *Continence (Amsterdam)*, 7, 100926. <https://doi.org/10.1016/j.cont.2023.100926>
- Danielsen, K. G. (2019). *Evaluering av miniPUST, et gruppebasert fysioterapeutisk behandlingstilbud for menn med langvarige underlivssmerter*. Universitetssykehus Nord-Norge. <https://www.unn.no/499d3d/siteassets/documents/kompetansetjenester--sentre-og-fagrad/nasjonal-kompetansetjeneste-for-inkontinens-og-bekkenbunnssykdom-kib/rapport-fra-evalueringsprosjektet-minipust-003.pdf>
- Danielsen, K. G., Fougner, M. & Haugstad, G. K. (2022). Treating gynecological pain: key factors in promoting body awareness and movement in somatocognitive therapy (SCT). A case study of a physiotherapy student's treatment approaches. *Physiother Theory Pract*, 38(11), 1-1717. <https://doi.org/10.1080/09593985.2021.1872125>
- Dragesund, P. T. P. T. & Øien, P. T. P. A. M. (2019). Demanding treatment processes in Norwegian psychomotor physiotherapy: From the physiotherapists' perspectives. *Physiother Theory Pract*, 35(9), 833-842. <https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1463327>
- Dragesund, T. & Råheim, M. (2008). Norwegian psychomotor physiotherapy and patients with chronic pain: Patients' perspective on body awareness. *Physiother Theory Pract*, 24(4), 243-254. <https://doi.org/10.1080/09593980701738400>
- Ekerholt, K. & Bergland, A. (2004). The first encounter with Norwegian psychomotor physiotherapy: patients' experiences, a basis for knowledge. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32(6), 403-410. <https://doi.org/10.1080/14034940410029441>
- Ekerholt, K., Schau, G., Mathismoen, K. M. & Bergland, A. (2014). Body awareness - a vital aspect in mentalization: experiences from concurrent and reciprocal therapies. *Physiother Theory Pract*, 30(5), 312-318. <https://doi.org/10.3109/09593985.2013.876562>

- Engeler, D. S., Baranowski, A. P., Dinis-Oliveira, P., Elneil, S., Hughes, J., Messelink, E. J., van Ophoven, A. & Williams, A. C. (2013). The 2013 EAU Guidelines on Chronic Pelvic Pain: Is Management of Chronic Pelvic Pain a Habit, a Philosophy, or a Science? 10 Years of Development. *Eur Urol*, 64(3), 431-439. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2013.04.035>
- Engelsrud, G. H. (2006). *Hva er kropp* (Bd. 15). Universitetsforl.
- Eriksson, B. & Hummelvoll, J. K. (2015). Psykisk helsearbeid som fagområde: en fremvoksende disiplin.
- Evensen, M. H., Fluge, S. S., Kjoberg, T. S. & Bye, H. H. (2019). Menns opplevelse av å bli utsatt for seksuelt overgrep i voksen alder: en kvalitativ metasynthese. *Adult male survivors of sexual assault - A qualitative meta-synthesis of their experiences*, 56(4).
- Farstad, M. (2016). *Skam : eksistens, relasjon, profesjon*. Cappelen Damm akademisk.
- Franz, J., Kieselbach, K., Lahmann, C., Gratzke, C. & Miernik, A. (2023). Chronic Primary Pelvic Pain Syndrome in Men—Differential Diagnostic Evaluation and Treatment. *Dtsch Arztebl Int*, 120(Forthcoming), 508-518. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2023.0036>
- Gadamer, H. G. (1990). *Sannhet og metode* (6 utgave. utg.). Pax Forlag 2010.
- Getz, L., Kirkengen, A. L. & Ulvestad, E. (2011). Menneskets biologi - mettet med erfaring. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 131(7), 683-687. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.10.0874>
- Graziani, A., Grande, G., Martin, M., Ferraioli, G., Colonnello, E., Iafrate, M., Dal Moro, F. & Ferlin, A. (2023). Chronic Prostatitis/Chronic Pain Pelvic Syndrome and Male Infertility. *Life (Basel, Switzerland)*, 13(8), 1700. <https://doi.org/10.3390/life13081700>
- Gretland, A. (2007). *Den relasjonelle kroppen : fysioterapi i psykisk helsearbeid*. Fagbokforl.
- Groven, K. S., Ahlsen, B. & Dahl-Michelsen, T. (2021). Psykomotorisk fysioterapi & covid-19: psykisk helse og samtaler på nye måter. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 18(2), 149-161. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2021-02-07>
- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring. veilder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne/Lokalt%20psykisk%20helsearbeid%20og%20rusarbeid%20for%20voksne%20%E2%80%93%20Veileder.pdf/_attachment/inline/739b0cbe-9310-41c7-88cf-c6f44a3c5bfc:8f8b02ae7b26b730d27512d01420ec947d5ead97/Lokalt%20psykisk%20helsearbeid%20og%20rusarbeid%20for%20voksne%20%E2%80%93%20Veileder.pdf
- Horton, R. C. (2016). Physical Therapy Management of Chronic Testicular Pain Impacting Sexual Function: A Case Report. *Topics in geriatric rehabilitation*, 32(3), 182-187. <https://doi.org/10.1097/TGR.000000000000108>
- Hutton, D., Mustafa, A., Patil, S., Rathod, S., Shrikhande, G., Advincula, A., Drummond, J., Gregersen, P., Hall, J., Metz, C., Milspaw, A., Orbuch, I. K., Stahl, P., Stein, A. & Shrikhande, A. (2023). The burden of Chronic Pelvic Pain (CPP): Costs and quality of life of women and men with CPP

- treated in outpatient referral centers. *PLoS One*, 18(2), e0269828-e0269828.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0269828>
- Idunn, T. f. p. h. (2008). VI bærer psykisk helsebeid videre. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 5(2).
<https://doi.org/https://www-idunn-no.ezproxy.inn.no/doi/full/10.18261/ISSN1504-3010-2008-02-01>
- Irene, K. & Kirsten, E. (2022). From chaos to a sense of coherence and meaning: Patient-experiences with Norwegian psychomotor physiotherapy. *Fysioterapeuten*, 89(5), 40-45.
- Jeleniewski Seidler, V. (2007). Masculinities, Bodies, and Emotional Life. *Men and masculinities*, 10(1), 9-21. <https://doi.org/10.1177/1097184X07299636>
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2021). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (6. utgave. utg.). Abstrakt forlag.
- Johannessen, L. E. F., Rafoss, T. W. & Rasmussen, E. B. (2018). *Hvordan bruke teori? : nyttige verktøy i kvalitativ analyse*. Universitetsforl.
- Johannessen, L. E. F., Rafoss, T. W. & Rasmussen, E. B. (2020). *Hvordan bruke teori? : nyttige verktøy i kvalitativ analyse* (1. utgave. utg.). Universitetsforlaget.
- Kirkengen, A. L. & Næss, A. B. (2015). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne* (3. utg. utg.). Universitetsforl.
- Kirkengen, A. L. & Thornquist, E. (2013). When diagnosis makes us blind. *Når diagnoser gjør blind*, 133(14). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.13.0519>
- Koh, J. S., Ko, H. J., Wang, S. M., Cho, K. J., Kim, J. C., Lee, S. J. & Pae, C. U. (2014). The impact of depression and somatic symptoms on treatment outcomes in patients with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a preliminary study in a naturalistic treatment setting. *Int J Clin Pract*, 68(4), 478-485. <https://doi.org/10.1111/ijcp.12340>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg. utg.). Gyldendal akademisk.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg. utg.). Gyldendal akademisk.
- Li, H.-J. & Kang, D.-Y. (2016). Prevalence of sexual dysfunction in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a meta-analysis. *World J Urol*, 34(7), 1009-1017.
<https://doi.org/10.1007/s00345-015-1720-3>
- Lien, M. I. (2014). Den kjønnsnøytrale pasienten i sykepleien – betydninger av kjønn når kvinnelige sykepleiere gjør omsorg for kreftsyke menn. *Norma : International Journal for Masculinity Studies*, 8(2), 132-150. <https://doi.org/10.18261/ISSN1890-2146-2013-02-03>
- Lilleaas, U.-B. (2007). Masculinities, Sport, and Emotions. *Men and masculinities*, 10(1), 39-53.
<https://doi.org/10.1177/1097184X07299329>
- Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning - forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 122(25).

- Malterud, K. (2010). Kroniske muskelsmerter kan forklares på mange måter. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 130(23), 2356-2359. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.09.0828>
- Malterud, K. (2017a). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. utg.). Universitetsforl.
- Malterud, K. (2017b). Kvalitative metoder i medisinsk forskning - forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*.
- Malterud, K. & Taksdal, A. (2001). Et felles refleksjonsrom med pasientens symptomer som gyldige kunnskapskilder. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 121(30), 3605-3609.
- menn, R. r. f. & Oslo, u. (2016). *Å være mann og håndtere sykdom - en utfordring : hvordan tilpasse et lærings- og mestringstilbud for menn?* Oslo univeristetspsykehus Reform - ressurssenter for menn.
- Merleau-Ponty, M. (1994). *Kroppens fenomenologi*. Pax.
- Michaelsen, J. J. & Kristiansen, M. (2017). Maskulinitet og sykdom: Mænds håndtering af kræft og deres erfaringer i mødet med sundhedsvæsenet, et kvalitativt studie. *Nordisk sygeplejeforskning*, 7(3), 182-194. <https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2017-03-02>
- O'Donnell, A. T. & Habenicht, A. E. (2022). Stigma is associated with illness self-concept in individuals with concealable chronic illnesses. *Br J Health Psychol*, 27(1), 136-158. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12534>
- Omsorgsdepartementet, H.-o. (2017-2022). Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022). https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_s_eksuell_helse.pdf
- Ottesen, A. & Mengshoel, A. M. (2016). (U)synlig og (u)forståelig - avhengig av hva man retter blikket mot. *Fysioterapeuten*, 83(3), 30-33.
- Paul, R. (2012). Hans-Georg Gadamer's philosophical hermeneutics: Concepts of reading, understanding and interpretation. *Meta*, IV(2), 286-303.
- Piontek, K., Ketels, G., Albrecht, R., Schnurr, U., Dybowski, C., Brünahl, C. A., Riegel, B. & Löwe, B. (2019). Somatic and psychosocial determinants of symptom severity and quality of life in male and female patients with chronic pelvic pain syndrome. *J Psychosom Res*, 120, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2019.02.010>
- Quallich, S. A., Quentin Clemens, J., Ronstrom, C., James, A. S., Kreder, K. J., Henry Lai, H., Naliboff, B. D., Rodriguez, L. V., Berry, S. H. & Sutcliffe, S. (2022). Flares and their impact among male urologic chronic pelvic pain syndrome patients: An in-depth qualitative analysis in the Multidisciplinary Approach to the Study of Chronic Pelvic Pain (MAPP) Research Network. *NeuroUrol Urodyn*, 41(6), 1468-1481. <https://doi.org/10.1002/nau.24983>
- Rake, S. K. & Ahlsen, B. (2022). I spagaten - en diskursanalytisk tilnærming til hvordan psykomotorisk fysioterapi posisjonerer seg som fagdisiplin og behandlingstilnærming.
- Ramsden, S., Isotta-Day, H. & Horner, P. (2018). Chronic pelvic pain in men. *Medicine (Abingdon. 1995, UK ed.)*, 46(6), 337-341. <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2018.03.007>

- Reform & Oslo, u. (2016). *Å være mann og håndtere sykdom - en utfordring : hvordan tilpasse et lærings- og mestringstilbud for menn?* Oslo universitetssykehus Reform - ressurscenter for menn. <https://www.oslo-universitetssykehus.no/4aa932/contentassets/97aa36311afa408985c598de044f97eb/a-vare-mann-og-handtere-sykdom--en-utfordring.pdf>
- Reneflot, A., Aarø, L. E., Aase, A., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K. & Øverland, S. (2018). *Psykisk helse i Norge*. Folkehelseinstituttet, Område for psykisk og fysisk helse. https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk_helse_i_norge2018.pdf
- Riegel, B., Bruenahl, C. A., Ahyai, S., Bingel, U., Fisch, M. & Löwe, B. (2014). Assessing psychological factors, social aspects and psychiatric co-morbidity associated with Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome (CP/CPPS) in men — A systematic review. *J Psychosom Res*, 77(5), 333-350. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.09.012>
- Råheim, M. (2002). Kroppsfenomenologi - innsikt relevant for klinisk praksis. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 122(25), 2477-2480.
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S., Stänicke, E. & Maizels, D. (2018). *Psykiatriboken : sinn - kropp - samfunn* (2. utg. utg.). Gyldendal.
- Smith, C. P. (2016). Male chronic pelvic pain: An update. *Indian J Urol*, 32(1), 34-39. <https://doi.org/10.4103/0970-1591.173105>
- Smith, K. B., Pukall, C. F., Tripp, D. A. & Nickel, J. C. (2007). Sexual and relationship functioning in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome and their partners. *Arch Sex Behav*, 36(2), 301-311. <https://doi.org/10.1007/s10508-006-9086-7>
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis : innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Gyldendal akademisk.
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag* (2. utg. utg.). Fagbokforl.
- Tjora, A. H. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (4. utgave. utg.). Gyldendal.
- Ulla-Britt, L. (2004). Maskulinitet, sport og forbudte følelser. *Kvinder, køn & forskning (Online)*, (2). <https://doi.org/10.7146/kkf.v0i2-3.28200>
- Wignall, L., Scoats, R., Anderson, E. & Morales, L. (2020). A qualitative study of heterosexual men's attitudes toward and practices of receiving anal stimulation. *Cult Health Sex*, 22(6), 675-689. <https://doi.org/10.1080/13691058.2019.1627584>
- Wood, N., Qureshi, A. & Mughal, F. (2017). Positioning, telling, and performing a male illness: Chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Br J Health Psychol*, 22(4), 904-919. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12261>
- Xu, Y., Zhang, L., Shen, Y., Yao, H., Yong, S. & You, Y. (2020). Effectiveness of psychological interventions for treating chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: A protocol for systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*, 99(39), e22151-e22151. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000022151>

Yang, C. C., Miller, J. L., Omidpanah, A. & Krieger, J. N. (2018). Physical Examination for Men and Women With Urologic Chronic Pelvic Pain Syndrome: A MAPP (Multidisciplinary Approach to the Study of Chronic Pelvic Pain) Network Study. *Urology*, 116, 23-29.
<https://doi.org/10.1016/j.urology.2018.03.021>

Vedlegg

Vedlegg 1: Intervjuguide

Intervjuguide

«Erfaringer til psykomotoriske fysioterapeuter i behandlingen av menn med underlivssmerter»

Innledende spørsmål

1. Kan du fortelle litt om deg selv og din bakgrunn som psykomotorisk fysioterapeut?
 - Kjønn
 - Alder
 - Arbeidserfaring/arbeidssted
 - Utdannelse
 - Hvordan begynte du og interesse deg for denne pasientgruppen?

Tema 1.

Første møte med psykomotorisk fysioterapibehandling

Hva tenker du er grunnen til at menn med underlivssmerter (ULS) oppsøker psykomotorisk fysioterapibehandling?

- Hvordan fant de deg?
- Ble de henvist fra lege/spesialister eller kom de direkte?

Hvordan erfarer du at menn med ULS opplever de første timene med PMF behandling?

- Hvilke forventninger opplever du at pasienten har i møte med PMF behandling?
- Hvordan legger du vanligvis opp en PMF time?
- Hvordan går du frem for å snakke om et så personlig tema?
- Hvordan er det for deg som kvinne å snakke med menn om et svært personlig område av kroppen?

På hvilken måte erfarer du i møte med pasienten at underlivssmertene påvirker deres liv?

- For eksempel med tanke på arbeid/relasjoner/seksualitet og det sosiale?
- Hvordan erfarer du at PMF behandling er til nytte i deres liv?
(Eventuelt på disse områdene?)
- På hvilken måte har du som psykomotorisk fysioterapeut opplevd å komme til kort med PMF behandling i de møte med menn med ULS?
- I din erfaring, hvilke elementer av PMF behandlingen har bidratt positiv i pasientens liv?

Vedlegg 1: intervjuguide

Tema 2.

Kroppslig erfaring og endring med psykomotorisk fysioterapibehandling

Hva slags relasjon erfarer du at menn med ULS har til egen kropp/underliv?

- På hvilken måte erfarer du at pasientens relasjon til egen kropp kommer til syne? (verbalt/kroppslig?)

Hvordan jobber du helt konkret med kroppen i psykomotorisk fysioterapibehandling av menn med ULS?

- Hvordan jobber du for å skape en trygg relasjon for å tilnærme deg kroppen?
- Kan du forklare hvordan du går frem i PMF behandlingen?
- Har du opplevd å komme til kort med PMF behandling for menn med ULS?
- Noen eksempler på hvor du har lykket med PMF behandlingen?

Kan du fortelle om hvilke kroppslige endringer du erfarer hos pasienten i PMF behandling?

- Hva slags kroppslige endringer skjer hos pasienten helt konkret?
- Opplever du at pasienten finner nye ressurser i seg selv?
- På hvilken måte opplever du at PMF behandling har betydning for pasientens liv?
- Har du erfart at pasienten uttrykker misnøye med noen elementer av PMF behandling?
- Har du erfart noen konkrete eksempler på at pasienten har uttrykt at PMF behandling har vært en berikelse? På hvilken måte?

Tema 3.

Livshistoriens relevans

Hvordan jobber du med livshistorien til menn med ULS i PMF behandlingen?

- I hvilken grad har livshistorien betydning for PMF behandlingen?

Tema 4.

Psykomotorisk fysioterapibehandling som tilnærming for menn med underlivssmerter

Hva tenker du er den viktigste nytteverdi til PMF behandling i forhold til å behandle menn med underlivssmerter?

Hvilke områder av psykomotorisk fysioterapi må forbedres/videreutvikles for å øke kvaliteten på behandlingen for menn med ULS?

Avrunding

Har du noe du ønsker å tilføye til det vi har snakket om?

- Du må gjerne kontakte meg i etterkant av intervjuet dersom du ønsker å komme med kommentar til samtalen vår.

Vedlegg 2: Vurdering fra SIKT



Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer

619032

Vurderingstype

Standard

Dato

27.06.2023

Tittel

Erfaringer til psykomotorisk fysioterapeuter i behandling av menn med underlivssmerter

Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskolen i Innlandet / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for sosialfag og veiledning

Prosjektansvarlig

Børge Baklien

Student

Siv Merete Rønnestad-Galloway

Prosjektperiode

01.07.2023 - 30.06.2024

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 30.06.2024.

[Meldeskjema](#)

Kommentar**OM VURDERINGEN**

Sikt har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket. Vi har nå vurdert at du har lovlig grunnlag til å behandle personopplysningene.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Det er institusjonen du er ansatt/student ved som avgjør hvordan du må lagre og sikre data i ditt prosjekt og hvilke databehandlere du kan bruke. Husk å bruke leverandører som din institusjon har avtale med (f.eks. ved skylagring, nettspørreskjema, videosamtale el.).

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Se våre nettsider om hvilke endringer du må melde: <https://sikt.no/melde-endringer-i-meldeskjema>

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Vi vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!



Vil du delta i forskningsprosjektet

“Erfaringer til psykomotoriske fysioterapeuter i behandlingen av langvarige underlivssmerter”

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få økt kunnskap og innsikt i hvordan psykomotoriske fysioterapeuter erfarer behandlingen av menn med underlivssmerter. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse innebærer for deg.

Formålet

Gjennom et intervju som vil vare rundt en time, vil spørre deg som psykomotorisk fysioterapeut om dine erfaringer i behandlingen av menn med underlivssmerter. Hvordan erfarer du som terapeut at menn med underlivssmerter opplever psykomotorisk fysioterapibehandling? På hvilken måte tenker du behandlingen påvirker pasienten kroppslig og emosjonelt? På hvilken måte opplever du at pasienten erfarer kroppslige endringer og hvordan det påvirker livskvaliteten?

Hvem er ansvarlige for prosjektet?

Høgskolen i Innlandet er ansvarlig for prosjektet. Forskningsprosjektet inngår i Siv Rønnestad-Galloways masteroppgave. Siv jobber til vanlig som privatpraktiserende psykomotorisk fysioterapeut med driftsavtale i bydel grunerløkka. Ansvarlig og veileder for prosjektet er Børge Baklien som er førsteamanuensis ved fakultet for helse- og sosialfag på Høgskolen i Innlandet.

Hvorfor er du inkludert i studien?

Jeg tar kontakt med deg fordi du er utdannet som psykomotorisk fysioterapeut og har erfaring med å behandle menn med underlivssmerter. Jeg vil totalt intervju rundt 4-5 psykomotoriske fysioterapeuter i Norge. Jeg har innhentet informasjon om din kompetanse gjennom Norsk fysioterapiforbund, kvinnhelseforbundet og psykomotorisk fysioterapiforbund

Hva innebærer prosjektet det for deg å delta?

Hvis du velger å delta vil det gjennomføres et intervju på ca 50-60 minutter med lydopptak på en smarttelefon og beskyttes ved bruk av diktafon appen. Opptaket tas opp og lagres i en skybasert database, med sikker innlogging. Intervjuet er en samtale hvor spørsmålene er knyttet opp mot dine erfaringer og opplevelser rundt psykomotorisk behandling av menn og underlivssmerter. Spesifikt vil spørsmålene bli rettet mot hvordan du som psykomotorisk

fysioterapeut opplever at menn med underlivssmerter erfarer psykomotorisk behandling og hvordan det påvirker dem emosjonelt og kroppslig.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta kan du når som helst trekke samtykker tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine opplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Børge Baklien som er førsteamanuensis på Høgskolen i Innlandet, fakultet for helse- og sosialvitenskap vil ha tilgang til informasjonen og mastergradsstudent Siv Rønnestad-Galloway.

Opptaket av intervjuet gjennomføres ved bruk av appen Nettskjema-Diktafon og OneDrive Office 365 Feide konto, en kryptert lagringsenhet. Disse Appene lagres i databaser som er skybasert, med totrinnsinnlogging. Alle forskningsdeltakere får et nummer som lagres i en egen navneliste som er adskilt fra øvrige data. All data vil lagres i skybasert database på forskningsserver med totrinns innlogging. All innsamlet data vil transkriberes og anonymiseres slik at de som deltar ikke vil bli gjenkjent i masteroppgaven.

Det er mastergradsstudent Siv Rønnestad-Galloway som skal samle inn, bearbeide og transkribere data, og bruke allerede nevnte apper for gjennomførelse.

Videre vil veileder Børge Baklien ha tilgang til anonymisert tekst. Informasjonen som vil bli publisert er kjønn, yrke, erfaringer og opplevelser i jobben som psykomotorisk fysioterapeut.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes 30.06.2024. Etter prosjektslutt vil datamaterialet anonymiseres og lagres til 30.06.2029. Opplysningene oppbevares i fem år for dokumentasjonshensyn. Etter disse fem årene skal data slettes. Bakgrunn for lagring av dataene er av kontrollhensyn. All data lagres hos Høgskolen Innlandet. Opplysningene vil ikke kunne brukes til andre formål enn denne masteroppgaven.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høgskolen Innlandet har Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

Prosjektansvarlig og veileder

Børge Baklien

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Seksjon for psykisk helse og rehabilitering

Høgskolen i Elverum

Telefon: + 47 62 43 03 55

E-post: borge.baklien@inn.no

Mastergradsstudent

Siv Rønnestad-Galloway

Telefon: 41 41 01 29

E-post: siv_merete@hotmail.com

Høgskolen i Innlandet sitt personvernombud kan du lese mer om på denne lenken
<https://www.inn.no/om-hogskolen/personvern/>

Hvis du har spørsmål knyttet til vurderingen som er gjort av personverntjenestene fra Sikt, kan du ta kontakt via:

- Epost: personverntjenester@sikt.no eller telefon: 73 98 40 40.

Med vennlig

Børge Baklien

Prosjektansvarlig

Siv Rønnestad-Galloway

Mastergradstudent

(Forsker/veileder)



Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til:

å delta i intervju Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet -----

- (Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 4: Hermeneutiske sirkel: Hentet fra <https://www.forskning.no/filosofiske-fag/hva-er-hermeneutikk/722732> Grafikk: Mette Friis Mikkelsen

