

BSYBAC_5

Bacheloroppgave i Sykepleie

Seksuell helse hos menn etter radikal prostatektomi



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

05.05.2022

x Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet

Sammendrag

Bakgrunn for valg av tema, er basert på vår praksisperiode på urologisk kirurgisk avdeling. Her møtte vi flere menn operert for prostatakraft. Vårt møte med denne pasientgruppen berørte oss i form av at lidelse kan utarte seg, selv etter at personen har blitt frisk for sin kreftdiagnose. Komplikasjonen erektil dysfunksjon, som følge av radikal prostatektomi, kan være inngripende på menns seksualitet og selvfølelse. Hensikten med oppgaven er å belyse hvordan menns seksualitet blir påvirket av erektil dysfunksjon, og hvordan helhetlig sykepleie kan bli gitt til denne gruppen. Vi har valgt å skrive en litteraturbasert oppgave, ved å ta i bruk kvalitativ forskning. Dette for å innhente kunnskap om et utvalg informanter på et dypere og følelsesmessig plan. Hovedmetoden for innhenting av informasjon i studiene er dybdeintervju. For å sikre nøyaktig og dekkende innhenting av kunnskap har vi tatt i bruk metoden til Febe Friberg. Funn fra forskningsartiklene viser at selv om et individ overlever kreftbehandlingen, betyr ikke det nødvendigvis at personen opplever tilfredshet med livet.

Nøkkelord: prostatakraft, radikal prostatektomi, seksualitet, seksuell helse, erektil dysfunksjon, sykepleie.

Forord

Mer enn du kan se

Du spør meg hvordan jeg har det
Gir deg det enkleste svaret
Sier alt er fint
Skulle så gjerne fortalt deg
Alt som jeg holder inni meg
Men det tar for mye tid
Ting æ'kke alltid sånn som de ser ut
Du ser en som alltid smiler
En som mestrer alt
En som har kontrollen og som aldri gjør no galt
Du ser en som aldri gråter
En som alltid ler
Men bak fire vegger er det mye mer enn det
Mer enn du kan se
Jeg bærer på såre minner
Som aldri helt vil forsvinne

- Ida Celine Nordhaug

Innholdsfortegnelse

1. INNLEDNING	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	6
1.2 Presentasjon av problemformulering og problemstilling.....	6
1.3 Hensikt	7
2. TEORETISK PERSPEKTIV	7
2.1 Prostatakraft	7
2.1.1 Radikal prostatektomi	8
2.1.2 Komplikasjoner	8
2.2 Sykepleieteori	8
2.2.1 Lidelsesteori	8
2.2.2 Personorientert kommunikasjon	9
3. METODE	10
3.1 Litteraturstudie.....	10
3.2 Litteraturoversikt og valg av litteratur	11
3.2.1 Inklusjon og eksklusjonskriterier	11
3.2.2 Databaser og søkeord	12
3.2.3 Analyse	12
4. RESULTATER	13
4.1 Livskvalitet og seksuell helse	13
4.1.1 Glad for å være i live	13
4.1.2 Ugjenkjennelig kropp og sinn	14
4.1.3 Mangel på spontanitet.....	15
4.2 Når den sterke blir sårbar	16

4.2.1 Informanternes opplevelse av maskulinitet	16
4.2.2 Skyldfølelse, nærhet og distanse	17
4.3 Oppfølging og ivaretagelse fra helsevesenet	18
5. DISKUSJON	20
5.1 Metodediskusjon	20
5.2 Resultatdiskusjon	21
5.2.1 Tilpasset informasjon kan være en nøkkelfaktor	21
5.2.2 Redefinering av seksualitet	22
5.2.3 Snakk om det!	23
5.2.4 Kjønnsnormen vs. maskulinitet	25
6. ANVENDELSE I PRAKSIS	26
Litteratur	27
Vedlegg 1. Søkelogg	30
Vedlegg 2. Litteratormatrise	31

Antall ord: 7313

1. INNLEDNING

Kreftsykdom er for mange synonymt med død (Loge, 2006, s. 463). Gjennom ny forskning og teknologi, har prognosen for kreftoverlevelse blitt bedre. Stadig flere overlever kreftsykdom, men kreftbehandlingen kommer vanligvis ikke uten bivirkning. I Norge oppdages det ca. 5000 nye tilfeller av prostatakraft hvert år. Det gjør kreftsykdommen til den hyppigste blant menn (Kreftregisteret, 2021). Siden 1970-tallet, har fem år relativ overlevelse økt med nesten 50% (Kreftregisteret, 2021). På bakgrunn av at mange får kurativ behandling, resulterer det i at mange menn lever med komplikasjoner etter behandlingen, slik som erektil dysfunksjon og inkontinens.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Mennesket har en iboende seksualitet, og gjennom livet vil seksualiteten utfolde seg fritt. Uavhengig av alder, legning og kjønn vil seksualiteten i større eller mindre grad ha betydning for mennesket. Det å berøre tema som ethvert menneske kan kjenne seg igjen i, har vært sentralt i vår begrunnelse for valg av tema. Hovedsakelig rammer prostatakraft eldre menn, men det forekommer også blant yngre. Menn som ofte lever et aktivt seksualliv (Aars, 2011, s. 167). Prognosen for prostatakraft er god, men behandlingen kan medføre komplikasjoner som truer menns seksualitet og sensualitet. Gjennom kirurgisk sykepleiepraksis på urologisk avdeling og urologisk poliklinikk, har vi møtt flere pasienter som står i dette både pre-, per- og postoperativt. Vår opplevelse er at menn i mindre grad enn kvinner, prater om tanker og følelser knyttet til seksuell helse, både fra det fysiske perspektivet, men også psykiske. I vårt møte med disse pasientene, opplevde vi manglende kunnskap til å gå i dybden rundt tema seksuell helse. Vi ønsker derfor å utforske hvordan menn opplever oppfølgingen fra helsevesenet, og møtet med komplikasjoner som påvirker deres seksualitet.

1.2 Presentasjon av problemformulering og problemstilling

Den vanligste behandlingen for prostatakraft er operasjon, radikal prostatektomi, som innebærer fjerning av prostata. Dette er en effektiv behandling, men med flere komplikasjoner knyttet til seg. En stor andelen av mennene vil som følge av operasjonen oppleve komplikasjoner i form av erektil dysfunksjon og inkontinens (Norsk

Helseinformatikk, 2021). Pasientene vil ha behov for god informasjon pre- og postoperativt om inngrepet og komplikasjoner som kan oppstå. De vanlige komplikasjonene, erektil dysfunksjon og inkontinens vil kunne påvirke pasientens seksuelle helse både psykisk og fysisk. Pasientene vil ofte ha behov for psykososial støtte, samt tilrettelegging av hjelpemidler og opptrening i etterkant av operasjonen (Kreftforeningen, 2022). Seksualiteten er en del av mennesket. Sykepleiefaget har fokus på helhetlig ivaretagelse. Til denne pasientgruppen vil fokus på seksuell helse være essensiell i den helhetlige ivaretagelse. I utformingen av denne litteraturstudien, ønsker vi å belyse hvordan menn håndterer komplikasjonene i etterkant av operasjonen og i hvilken grad det har innvirkning på deres seksualliv. Vi ønsker også å undersøke hvordan mennene opplever å bli ivaretatt av helsevesenet, med tanke på informasjon og oppfølging. For å få svar på problemstillingen, ønsker vi å innhente forskningsbasert kunnskap fra et pasientperspektiv.

1.3 Hensikt

Hensikten med oppgaven, er å belyse hvordan menn opplever å bli rammet av komplikasjoner som følge av radikal prostatektomi, sett i kontekst av deres seksualitet. Vi ønsker å bidra med økt kunnskap og åpenhet rundt menns seksuelle helse. Hensikten vil være å se på sykepleiers mulighet til å møte disse pasientene med en annen tilnærming.

2. TEORETISK PERSPEKTIV

2.1 Prostatakraft

Prostatakraft er den kreftformen som hyppigst rammer menn i Norge. Risikoen for å dø av prostatakraft er lav, ca. tre prosent dør av sykdommen. Det finnes flere former for behandling, tilpasset hver enkelt person. I denne oppgaven vil vi ha fokus på radikal prostatektomi, som innebærer total fjerning av prostata. Denne formen for behandling kan føre til komplikasjoner, slik som inkontinens og erektil dysfunksjon (Norsk Helseinformatikk, 2021).

For å sikre tidlig diagnostisering av prostatakraft, blir menn over 50 år anbefalt å gå til fastlege for kontroll av PSA (prostata spesifikt antigen) i blodet. Fastlege vil også gjennomføre kontroll av prostata ved rektaleksplorasjon. Prostatakraft har lite symptomer i

tidlig fase, og kan derfor være vanskelig å oppdage uten undersøkelser. Symptomer på prostatakreft kan være vannlatingsbesvær, blod i urinen, tretthet og vekttap. Det skilles mellom to typer prostatakreft: En type som utvikler seg sakte og en annen mer aggressiv type, som kan utvikler seg fort (Norsk Helseinformatikk, 2021). Faktorer som kan øke risikoen for å få prostatakreft er arv, miljø og overvekt (Larsen, 2019, s. 461-462).

Pasienter som får diagnosen prostatakreft vil følge et nasjonalt handlingsprogram, kalt pakkeforløp for prostatakreft. Hensikten med pakkeforløpet er å sikre et effektivt og godt organisert forløp, med fokus på helhetlig oppfølging gjennom de ulike fasene; utredning, diagnostikk, behandling og rehabilitering. Pakkeforløpet for prostatakreft har definert konkrete forløpstider for de ulike stadiene i forløpet. Det er angitt en standard fordeling av ansvar, og oppfølging av pasient og pårørende (Helsedirektoratet, 2021, s. 13).

2.1.1 Radikal prostatektomi

Radikal prostatektomi er en helbredende behandling av prostatakreft. Inngrepet består av kirurgisk fjerning av prostata, med kikkhullsoperasjon. I senere tid har robotassistert teknikk, også kalt RALP, overtatt som primær operasjonsmetode. Inngrepet krever som regel kortere sykehusinnleggelse og rekonvalesenstid, og blir derfor benyttet i stor grad (Institutt for kreftgenetikk, u.å.).

2.1.2 Komplikasjoner

Komplikasjoner knyttet til kirurgi er redusert med ny teknologi, men også RALP kan gi flere komplikasjoner. Erekttil dysfunksjon, inkontinens og infeksjon er tre av flere komplikasjoner som kan oppstå. Komplikasjonene kan være forbigående, men også varige.

2.2 Sykepleieteori

2.2.1 Lidelsesteori

Katie Eriksson presenterer sin lidelsesteori i boken «det lidende mennesket» (Eriksson, 1995). Et av Erikssons synspunkter er at lidelsen er den del av livet, og en del av det å være menneske (Eriksson, 1995, s. 13). Eriksson mener det finnes 3 former for lidelse et

menneske kan oppleve; sykdomslidelse, pleielidelse og livslidelse. Verbet «å lide» definerer Eriksson blant annet som; å «ha vondt», «utholde» og «forsones» (Eriksson, 1995, s. 19-20). Menn operert for prostatakraft vil kunne oppleve ulike former for lidelse. Eriksson bruk av «å forsones», som en måte å definere lidelse på, kan beskrive lidelsen menn opplever i møte med livet preget av komplikasjoner. Lidelsen kan være til stede, selv om personen har forsonet seg med det nye livet. Sykdomslidelse er relatert til fysisk og psykisk påvirkning fra sykdommen. Lidelsen kan arte seg i smerter fra sykdommen og/eller behandlingen, samt den følelsesmessige påvirkningen. For eksempel redsel for å ikke overleve (Eriksson, 1995, s. 67). Erikssons 3 former for lidelse kan flettes inn i hverandre, slik som sykdomslidelsen og livslidelsen, begge kan berøre psykisk lidelse som følge av møtet med sykdom. Livslidelsen omhandler hvordan menneskets eksistens og livssituasjon blir berørt. Sykdom kan føre til endret liv og tanker om hva fremtiden bringer (Eriksson, 1995, s. 75). Menns møte med erektil dysfunksjon som komplikasjon etter radikal prostatektomi vil kunne utfordre mannens syn på seksualitet og føre til lidelse i form av livslidelse.

Menn med erektil dysfunksjon vil kunne oppleve at lysten til å være intim og utføre et samleie, vil stride mot evnen til å gjennomføre. Eriksson knytter lidelsen opp mot lysten, som et motstykke til hverandre, men også i sammenheng. Hun viser til det latinske ordet “passio”, som betyr både lidelse og lyst. Begrepet “lyst” kan deles inn i ulike dimensjoner. Lyst kan ses på som blant annet; et behov, lengsel etter noe, noe livgivende positivt og/eller kjærlighet til noen (Eriksson, 1995, s. 22-23). Eriksson beskriver lidelse og lyst som en drivkraft som utvikler mennesket i møte med livet.

2.2.2 Personorientert kommunikasjon

Kommunikasjon er sykepleierens verktøy i møte med pasienter. Kommunikasjonsverktøyet bidrar til relasjonsbygging, som styrker pasientbehandlingen. God faglig kommunikasjon er personorientert og faglig fundert (Eide & Eide, 2018, s. 16). Mennesket har ressurser, muligheter, egne prioriteringer og individuelle ønsker når det kommer til egen helse (Eide & Eide, 2018, s. 16). Personorientert kommunikasjon omhandler det overnevnte forøvrig, å se mennesket og hele mennesket. For å forstå personorientert kommunikasjon er det sentralt å vite hva som er viktig for pasienten i den aktuelle situasjonen. “Hva er viktig for deg?” er i de aller fleste pasientsituasjoner et godt innledende spørsmål.

3. METODE

Metoden forteller oss noe om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Sosiologen Vilhelm Aubert beskriver metode som: En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder (Aubert, 1985, sitert i Dalland, 2014, s. 110).

Vi skiller mellom kvantitativ og kvalitativ metode. Valg av metode baserer seg på hva forsker ønsker å undersøke. Metodene har som formål å bidra til mer kunnskap og forståelse for samfunnet vi lever i (Dalland, 2015, s. 112). Den kvantitative metoden presenterer forskning som lar seg tallfeste, tallene gir mulighet for regneoperasjoner i form av gjennomsnitt eller prosentandel i befolkningen. Kvalitativ metode baserer forskningen på tanker, følelser og opplevelser knyttet til et tema. Sykepleiefaget omhandler å holde et annet menneskets liv i sine hender (Løgstrup, 1956/2000, s. 12). På bakgrunn av dette opplever vi at kvalitativ forskning belyser fenomenet på et dypere plan. Forskningen går i dybden på hvordan de postoperative komplikasjonene påvirker menn. Samtidig belyses viktigheten av helhetlig sykepleie.

3.1 Litteraturstudie

Etter retningslinjer fra Universitetet har vi skrevet en litteraturbasert bacheloroppgave. En litteraturbasert oppgave, baserer seg på allerede publiserte forskningsartikler. Febe Friberg har utarbeidet en oversikt og mal for hvordan en litteraturstudie utformes. Ved hjelp av metoden har vi innhentet forskning, som belyser problemformuleringen vår. Friberg sin arbeidsmåte har vært vårt verktøy i prosessen (Friberg, 2018). Vi opplevde det hensiktsmessig å innhente kvalitativ forskning, for å rette søkelyset mot følelser, tanker og opplevelser hos sårbare mennesker. Vi ønsket å innhente kvalitative forskningsartikler med fokus på menn som har opplevd erektil dysfunksjon, der vi hverken hadde fokus på nøye eller misnøye. Utvalget har vært strategisk for å utelukke forskning som i større grad baserer seg på enkeltfaktorer. Bakgrunnen for å fokusere på kvalitativ forskning er fordi vi opplever at kvalitativ forskning i større grad berører sjelslivet til informantene. I metodekapitlet vårt vil vi gjøre rede for hvordan vi har gått frem for å innhente forskningsartikler, avgrensninger og

begrunnelse for valg av artikler. Valgene baserte seg på vår kildekritikk, som vi skal se nærmere på i kapitlet.

3.2 Litteraturoversikt og valg av litteratur

Litteratursøket vårt er delt i to, det innledende litteratursøket og det egentlige litteratursøket. Det innledende litteratursøket ble gjort for å få en oversikt over hvilken forskning som var gjort, knyttet til vår problemstilling. Før vi tok i bruk inklusjon og eksklusjonskriterier, fikk vi i de ulike databasene søkeresultat på mellom 50-376 artikler. Vi kom frem til at det ville være mulig å innhente forskning til å utarbeide denne litteraturstudien. Vi gikk derfor inn i det egentlige litteratursøket (Friberg, 2018, s. 40).

3.2.1 Inklusjon og eksklusjonskriterier

Det egentlige litteratursøket baserte seg på å inklusjon og eksklusjonskriterier. Begrunnelsen for å ta i bruk inklusjon og eksklusjonskriterier var for å finne forskning som i størst grad svarer på vår problemstilling. Vi valgte å geografisk avgrense artiklene til Canada, Europa og USA. Hensikten med å geografisk avgrense søket til disse landene er begrunnet med at helsevesenet og kulturen har flere likhetstrekk med Norge.

Behandlingen knyttet til kreft er i stadig endring. Store ressurser på verdensbasis blir brukt for å innhente ny kunnskap og utvikle teknologien. På bakgrunn av dette, avgrenset vi søket til artikler publisert fra 2012 til 2022. Median alder for å få diagnosen prostatakreft, er ifølge Kreftregisteret (2021) 70 år. I vår praksis på urologisk avdeling var en stor andel av mennene vi møtte under 70 år. På bakgrunn av dette, valgte vi å ta utgangspunkt i den yngre halvdel av mennene med prostatakreft, altså menn under 70 år.

Rehabiliteringsperioden etter radikal prostatektomi bli estimert til et år (Prostatakreftforeningen, u.å.). Vi ønsket derfor at informantene var ferdige med rehabiliteringen, i tillegg til at operasjonen var blitt gjort for mindre enn fem år siden. Hovedfokuset i forskningen baserte seg på informanter som hadde gjennomgått operasjon, og ikke strålebehandling og-/eller cellegift.

3.2.2 Databaser og søkeord

Innhenting av forskningsartikler har vært en tidkrevende, men spennende prosess. I søket etter nyttig forskning, har vi tatt i bruk databasene; Cinahl, Idunn og Svemed+. Cinahl er en database med engelsk litteratur som omhandler sykepleiefaglig forskning, samt andre helsefaglige emner (Helsebiblioteket, u.å.). Cinahl er en av de meste omfattende databasene knyttet til sykepleiefaget, og den databasen vi brukte mest. Idunn er universitetsforlagets database, med oversikt over nordiske og internasjonale fagtidsskrifter (Universitetsforlaget, u.å.). Svemed+ er en svensk database med oversikt over skandinaviske artikler og tidsskrifter som omhandler blant annet sykepleiefaget (Karolinska institutet, u.å.). Begrunnelsen for å ha tatt hyppigst i bruk Cinahl, var fordi vi opplevde en bedre oversikt i denne databasen. Databasen har sykepleiefaglig forskning, samt et større utvalg av forskningsartikler knyttet til vårt valg av søkeord.

Vår problemformulering tar opp tematikken erektil dysfunksjon og livskvalitet etter radikal prostatektomi. Vårt utvalg av søkeord ble valgt ut i fra hvilke ord vi tenkte at forskeren av relevante forskningsartikler ville tatt i bruk. Vi skrev søkeordene både på norsk og engelsk, avhengig av hvilken database vi tok i bruk. Søkeordene vi brukte var; Sexual dysfunction, prostate cancer, radikal prostatektomi, sexual experience, intimacy, sexual health, sexual quality. Søkeordene ble brukt i ulike kombinasjoner. Kombinasjonene endret vi underveis for å kvalitetssikre arbeidet, med formål om å finne relevant forskning. Andre søkeord har også blitt brukt, men de er ikke nevneverdige da de ikke ga ønskelig resultat. Ut i fra valgte inklusjons, eksklusjonskriterier og søkeord har vi innhentet fem forskningsartikler til vår litteraturstudie. Artikkene er listet opp vedlegg 2.

3.2.3 Analyse

Forskning knyttet til sykepleiefaget er i stadig endring og utvikling. Ny kunnskap utvikles, og vi er nødt til å være kritisk til forskningen vi innhenter. På bakgrunn av dette og Friberg sitt verktøy for analyse av forskningsartikler, har vi analysert både gyldigheten og troverdigheten til vårt utvalg av forskningsartikler (Friberg, 2018, s. 147). Analysen besto av fem deler. Vi startet med å lese igjennom resultatdelen i hver artikkel. Ved å lese resultatdelen, fikk vi oversikt over artikkelens innhold, og om forsker omtaler vår tematikk i ønsket grad. Etter

gjennomlesningen av resultatdelen, identifiserte vi nøkkelfunn i hver forskningsartikkel (Friberg, 2017, s. 135). For å få oversikt over resultatet, systematiserte vi artiklenes likheter og ulikheter. Begrunnelsen for å kartlegge likheter og ulikheter, var for å kartlegge hvilken tematikk vi ønsket å belyse i våre hovedkategorier og underkategorier. Resultatet fra analysen er oppført i oversiktstabellen nedenfor.

Oversiktstabell

Hovedkategori	Underkategori
Livskvalitet og seksuell helse	Glad for å være i live Ugjenkjennelig kropp og sinn Mangel på spontanitet
Når den sterke blir sårbar	Informanters opplevelse av maskulinitet Skyldfølelse, nærhet og distanse
Oppfølging og ivaretagelse fra helsevesenet	

4. RESULTATER

4.1 Livskvalitet og seksuell helse

4.1.1 Glad for å være i live

I øyeblikket beskjednen om diagnosen kom, beskriver en av informantene i studien til Wennick et al., at hodet gikk i overlevelsesmodus. Første prioritet var å overleve, alt annet var uviktig. Etterhvert som tiden gikk, kom bekymringer knyttet til komplikasjonene etter behandlingen (Maharaj & Kazanjian, 2019). De fysiologiske, psykologiske, psykososiale og seksuelle endringene skapte bekymring for enkelte. Endringene hadde for enkelte dyp innvirkning på livskvalitet og selvfølelse (Maharaj & Kazanjian, 2019). Informantene opplevde at å leve med blant annet erektil dysfunksjon, var prisen de måtte betale for å overleve (Wennick et al., 2017). Tre av informantene i forskningen til Laursen, forteller at de

brakte uttrykket “Det er da bedre at være i live” for å rettferdiggjøre komplikasjonen, erektil dysfunksjon (Laursen, 2013, s. 25).

4.1.2 Ugjenkjennelig kropp og sinn

Tematikken i vårt utvalg av forskningsartikler, omhandler informantenes opplevelse av ugjenkjennelig kropp og sinn. Ved radikal prostatektomi fjernes prostata, i tillegg til at delen av urinrøret som går gjennom prostata. Dette kan medføre at penis blir noe kortere og evne til å få barn naturlig, utelukkes (Sykehuset Østfold, 2021, s. 4). I Laursen sin forskning hadde alle de fire informantene bemerket seg lett redusert lengde på penis. Samtlige opplevde endringen av utseendet på penis, som svært traumatisk. En beskriver at han tidligere kunne stå når han urinerte, men grunnet penislengden var det ikke mulig. Informanten kjente på skam og tap av maskulinitet (Laursen, 2013). Flere informanter ga uttrykk for viktigheten med korrekt, nøyaktig og repeterende informasjon knyttet til komplikasjonene etter behandling. Enkelte opplevde komplikasjonene som et sjokk (Albaugh et al., 2017).

Seksuell dysfunksjon er et av hovedtemaene knyttet til den ugjenkjennelige kroppen. For menn kan seksuell dysfunksjon ses i sammenheng med erektil dysfunksjon. Det omhandler manglende evne til å oppnå, eller vedlikeholde, tilstrekkelig reisning av penis til å gjennomføre et samleie (Norsk Helseinformatikk, 2020). Den ugjenkjennelige kroppen med erektil dysfunksjon, har i vårt utvalg av artikler påvirket informanter på flere plan. Enkelte påpekte hvordan deres opplevelse av å føle seg som en mann, ble påvirket negativt av erektil dysfunksjon (Laursen, 2013).

I “Exploring patient narratives of intimacy and sexuality among men with prostate cancer” er redselen for å miste partner tett knyttet opp mot erektil dysfunksjon (Maharaj & Kazanjian, 2019). Enkelte enslige informanter ønsket ikke å gå inn i et nytt forhold, som følge av erektil dysfunksjon. De beskriver en følelse av mindreverdighet (Wennick et al., 2017). En informant beskriver erektil dysfunksjon som et tap og et sterkt savn; You don't wake up with an erection and I miss that. I miss it a lot. I miss the sensations of how I used to feel down there, how my body used to feel. I don't feel whole...” (Albaugh et al., 2017, s. 4). De ulike opplevelsene av erektil dysfunksjon utløste en følelse av å være fanget i egen kropp. Mentalt ønsket vedkommende å gjennomføre samleie, men fysisk var det ikke mulig. Det påvirket

selvbildet negativt (Albaugh et al., 2017; Martínez-Bordajandi et al., 2020; Laursen, 2013; Maharaj & Kazanjian, 2019; & Wennick et al., 2017).

Forskningen til Albaugh et al., 2017; Martínez-Bordajandi et al., 2017 & Laursen, 2013 har sett sammenheng mellom den ugjenkjennelige kroppen, erektil dysfunksjon og hvordan det påvirker informantene psykisk. Det beskrives en tett sammenheng mellom erektil dysfunksjon, angst og depresjon (Albaugh et al., 2017; Laursen, 2013; Maharaj & Kazanjian, 2019; Martínez-Bordajandi et al., 2020). En informant i Laursen sin forskning, forteller at han utviklet depresjon, som følge av hans opplevelse av mindreverdighet. Dette som følge av hans opplevelse av å ikke kunne tilfredsstille partner, slik han ønsket. Tankene og følelsene informanten hadde om seg selv og hans menneskelige verdi, resulterte i angst for å bli forlatt av partner (Laursen, 2013). Informanter har også rapportert om angst og depresjon knyttet til å føle seg unormal, unaturlig og mindre maskulin (Albaugh et al., 2017 & Martínez-Bordajandi et al., 2020). Informantenes psykiske endringer har for flere kommet som en overraskelse. En forteller at han kom til et punkt hvor selvmordstanker ble vekket:

I had a very serious bout of depression, post op, when I found out the things that were going on with me physically and the time it was taking to get to what I hoped would be healing. I didn't understand depression. I didn't know I had it but I suffered with it for several months until I got to the point where I became suicidal. (Albaugh et al., 2017, s. 5-6)

Artikkelen "*Everyday life after a radical prostatectomy - a qualitative study of men under 65 years of age*", har ikke knyttet depresjon og angst direkte opp mot erektil dysfunksjon, men knyttet det opp mot å få selve kreftdiagnosen (Wennick et al., 2017). Frykten for tilbakefall påvirket informantene psykisk, som igjen påvirket deres livsstil. Informanter forteller at det ble forsøkt å undertrykke depressive følelser, med jobb, tid med familie og inntak av alkohol (Wennick et al., 2017).

4.1.3 Mangel på spontanitet

Laursen (2013) & Wennick et al., (2017) har intervjuet menn der temaet manglende spontanitet blir berørt. Knyttet opp mot seksualitet og erektil dysfunksjon, omhandler dette redusert evne til spontan sex. I følge noen informanter påvirket tapet av spontanitet i sexlivet, også lysten til å ha sex (Wennick et al., 2017). Betydningen av å ikke være i stand til å ha samleie, påvirket informantenes selvbilde og deres opplevelse av å være maskulin. En av

informantene forteller at *“everything worked, except sex, that’s all. I’ve been offered help with syringes but they didn’t work, so I gave up...”* (Wennick et al., 2017, s. 109).

Tap av spontanitet og behovet for å planlegge samleie, opplevde enkelte som inngripende på deres mandighet og identitet (Laursen, 2013). Det å gå fra å være uavhengig, til å behøve medisiner for ereksjonen, tar flere av informantene opp som krevende. Informantene som tok i bruk potensmiddel, opplevde det kunstig å skulle spørre partner om sex, for å så stikke seg med en sprøyte for å få ereksjon (Laursen, 2013). En informant forteller hvordan sex tidligere har vært en form for konfliktløsning; *“Det er mange diskussjoner, jeg før har vært i stand til at avslutte i sengen, den slags muligheter er ikke der mere”* (Laursen, 2013, s. 23). Den manglende evnen til spontan sex påvirket også enkelte informanter i møte med kvinner generelt. Noen bekrefter at de i mindre grad kontaktet kvinner, både vennskapelig og romantisk. Informantene med erektil dysfunksjon opplevde mindreverdighetskompleks fordi de mente de ikke var attraktive uten ereksjon. Denne endringen i informantenes liv ble beskrevet som en sorg og et tap (Laursen, 2013).

4.2 Når den sterke blir sårbar

4.2.1 Informanters opplevelse av maskulinitet

I vårt utvalg av forskning som omhandler menn med erektil dysfunksjon, forteller flere av informantene at de opplever at det truer deres maskulinitet (Laursen, 2013 & Martínez-Bordajandi et al., 2020). En informant gir uttrykk for at hans evne til ereksjon var forbundet med maskulinitet og identitet, og at hans erektil dysfunksjon dermed førte til store identitetsproblemer (Laursen, 2013). Evnen til seksuell omgang handlet for enkelte informanter om å bli bekreftet som mann, og styrke deres maskulinitet (Laursen, 2013 & Wennick et al., 2017). Tradisjonelt blir det forventet av en mann, å ha evne til ereksjon. Når denne evnen ble truet skapte det for en informant konflikt mellom lyst og evne. Konflikten resulterte i frykt for å mislykkes som mann (Martínez-Bordajandi et al., 2020). Partneren til en informant forteller at hun kunne se at partner ikke ønsket å leve, på bakgrunn av hans opplevelse av tapt maskulinitet (Albaugh et al., 2017).

En annen mann i studien til Laursen, har et annet syn på maskulinitet. Istedenfor å ha fokus på det mannlige kjønnsorganet og ereksjonsevne, har han et syn på at maskulinitet er målt ut i fra aktiviteter, utseende og følelsen av å være mandig (Laursen, 2013).

Felles for flere informanter, er tankesettet om at maskulinitet er synonymt med evnen til penetrering (Martínez-Bordajandi et al., 2020). Noen mestret ikke å endre dette tankesettet, mens andre klarte snu det om til noe positivt. En informant som lyktes i å endre tankemønster, beskriver styrket selvfølelse og maskulinitet. Informanten forteller: “Jeg føler mig næsten normal, jeg synes jeg kan matche de fleste mænd i vores omgangskreds, både hvad jeg kan, men også hvordan jeg ser ud, altså fysisk, jeg ser mandig ud” (Laursen, 2013, s. 24). For enkelte omhandlet maskulinitet i større grad fysiske og psykososiale evner, som evnen til å være sterk, selvstendig og dominant (Maharaj & Kazanjian, 2019). Et fåtall av informanter endret tankesettet sitt, og de aller fleste opplevde tap av maskulinitet. På bakgrunn av funnene i artiklene kommer det frem at opplevelsen av maskulinitet, har mange variabler (Albaugh et al., 2017; Laursen, 2013; Martínez-Bordajandi et al., 2020; Maharaj & Kazanjian, 2019 & Wennick et al., 2017).

4.2.2 Skyldfølelse, nærhet og distanse

Martínez-Bordajandi et al (2020); Laursen (2013); Maharaj & Kazanjian (2019) & Wennick et al., (2017) bekrefter at enkelte menn opplevde skyldfølelse i etterkant av behandlingen. Skyldfølelsen kom av følelsen av å svikte partner. I forskningsartikkelen *Sexual experiences after non-nerve-sparing radical prostatectomy*, blir skyldfølelse knyttet opp mot informanters bekymring for å ikke kunne tilfredsstille deres partner seksuelt. Bekymringen resulterte i frykt for å bli forlatt av partner (Maharaj, 2019). En informant opplever at han “forsømmer” sin kone (Laursen, 2013, s. 24). Andre informanter har fått høre fra sin partner at de opplevde at mannen ikke ble tent på dem lengre (Martínez-Bordajandi et al., 2020 & Wennick, 2017). Sett fra informantens perspektiv hadde det sammenheng med det ovennevnte; mangel på spontanitet og erektil dysfunksjon. Enkelte informanter unngikk situasjoner som for partner kunne oppfattes som en invitasjon til seksuell handling, slik som å gi en klem (Laursen, 2013). Det blir beskrevet at tankene og lysten på sex var som før, men uten evnen til å gjennomføre et samleie. Informantene beskriver et behov for å undertrykke sine tanker. Tap

av muligheten til å uttrykke seg seksuelt slik som før, oppleves som å miste en del av livet (Laursen, 2013).

Til nå har vi hovedsakelig tatt for oss hvordan erektil dysfunksjon påvirker informantene negativt. Informantenes endring i seksuallivet etter operasjonen, har for noen par ført dem nærmere hverandre. Enkelte informanter uttrykte viktigheten av intimitet når penetrering ikke var mulig (Martínez-Bordajandi et al., 2020 & Laursen, 2013). Intimitetens betydning var å være fysisk og følelsesmessig tilstede (Albaugh et al., 2017). For flere informanter ble en del av sorgprosessen å finne ny mening med livet. For noen omhandlet dette redefinering av seksualiteten (Laursen, 2013). En informant uttrykte hvordan hans redefinering av seksualitet utartet seg. “Vi laver også en masse alminnelig berøring for eksempel at ligge i ske, det er der jo også noget seksuelt i uden samleje, men samtidig noget meget kærlig og godt i...” (Laursen, 2013, s. 26). Denne redefineringen av seksualitet hadde for enkelte informanter en berikelse for parforholdet. Økt fokus på intimitet, og mindre fokus på ereksjon, gjorde at informantene opplevde mindre skyldfølelse ovenfor partner. Det ble tatt i bruk andre metoder for å oppleve nærhet og seksuell stimuli (Wennick et al., 2017). Enkelte partnere opplevde intimiteten som en berikelse for forholdet, de opplevde partneren sin mer tilstede (Albaugh et al., 2017).

4.3 Oppfølging og ivaretagelse fra helsevesenet

Kreftdiagnosen kommer sjelden alene. I forskningen til Laursen kommer det frem at sammen med diagnosen kommer mye informasjon, både pre-, per- og postoperativt. I den innledende samtalen i forkant av operasjonen blir informasjon om diagnosen, behandlingen og komplikasjoner tatt opp. Samtalen tar for seg hovedsakelig de fysiske aspektene av sykdommen, uten å komme inn på temaer som omhandler seksualitet og psykososiale problemstillinger pasienten kan oppleve (Laursen, 2013).

Pasientene har få inneliggende dager på sykehuset i forbindelse med operasjonen, radikal prostatektomi, som betyr mye informasjon på kort tid (Laursen, 2013). Informantene i undersøkelsen til Albaugh et al. uttrykker et ønske om at informasjonen skal bli repetert pre-, per- og postoperativt. Når pasienten er åpen for å innhente informasjonen, og bearbeide den, varierer (Albaugh et al., 2017). Pasienter som får diagnosen prostatakreft, kan oppleve dette

som en krisesituasjon. En slik krise kan føre til sårbarhet, som kan svekke et menneskets evne til å ta imot, forstå og bearbeide informasjon.

Flere av informantene uttrykker misnøye over informasjonen, knyttet til operasjonen og mulige komplikasjoner. Blant informantene i studien til Albaugh et al., kommer det frem at de som akseptert at de må leve med erektil dysfunksjonen, var mer fornøyd med informasjon og behandling, enn de som ikke aksepterte det. For å lettere akseptere livssituasjonen, så enkelte informanter på dette som en naturlig del av livet og aldringsprosessen (Maharaj & Kazanjian, 2019). Pasientene som rammes av prostatakreft uttrykker viktigheten av at partner og pårørende bli inkludert i forløpet med tanke på informasjon (Albaugh et al., 2017).

I forskningen til Wennick et al., forteller informanter at de savner muligheten til å prate med andre menn som har gjennomgått det samme. Informanter følte ikke for å selv kontakte pasientorganisasjoner, men hadde større behov for forhåndsavtalte individuelle oppfølgingstimer (Wennick et al., 2017). Informantene fikk følelsen av, at når kreften var fjernet, så var du “fikset”. Som en informant har beskrevet “*You have to establish a good contact [with the hospital] and, if not, you feel altogether forgotten*” (Wennick et al., 2017, s. 109).

Flertallet av informantene i studien til Albaugh et al., rapporterte at de i etterkant av behandlingen, opplevde psykososiale problemer i form av depresjon, angst og selvmordstanker. Noen av informantene tok tak i problemene sine ved å delta i individuell samtale med profesjonelle, eller støttegrupper. Slik behandling viste positive resultater (Albaugh et al., 2017). For enkelte informanter var erektil dysfunksjon et vanskelig tema å snakke om. De ga uttrykk for at alt under midjen var unaturlig å prate om (Maharaj & Kazanjian, 2019). Informantene ønsket at helsevesenet har fokus på å støtte opp deres seksualitet og gi dem de ressursene de trenger for å kunne søke hjelp ved behov (Albaugh et al., 2017).

5. DISKUSJON

I diskusjonsdelen vil vi ta for oss metodediskusjon og resultatdiskusjon. Metodediskusjonen vil belyse styrker og svakheter, knyttet til utformingen av vår litteraturbaserte oppgaven. I resultatdiskusjonen vil vi drøfte hvordan informanter opplever sin seksuelle helse bli påvirket i etterkant av radikal prostatektomi. Informantenes opplevelse vil bli knyttet opp mot lidelse og personorientert kommunikasjonsteori i sykepleien.

5.1 Metodediskusjon

Denne litteraturbaserte oppgaven har blitt utformet ved å ta i bruk tidligere forskning. Forskningen har vi funnet i de anerkjente databasene Cinahl, Idunn og Svemed+. Databasene er drevet av seriøse foretak, og øker derfor sjansen for at artiklene er av god kvalitet. Artiklene har vi gransket ved å ta i bruk metoden til Friberg (2018). Vi gjennomført alt søk etter forskningsartikler i de tre databasene: Cinahl, Idunn og Svemed+. Vi opplevde et tilfredsstillende resultat ved å kun søke i disse databasene. Vi er derimot klar over at vi kan ha gått glipp av forskningsartikler av relevans og kvalitet, ved å ikke utvide søket til andre databaser.

Søket etter relevant forskning baserte seg på inklusjons og eksklusjonskriterier. Vi valgte å ekskludere forskning eldre enn ti år, basert på helsevesenets stadig utvikling knyttet til sykdom og behandling. Dette resulterte i forskningsartikler fra 2013, 2017, 2019 og 2020. Overveielser av ny forskning kan bidra til å styrke problemformuleringen vår.

Vår geografiske avgrensning til landene; Canada, Europa og USA, begrunnes med deres likhet til Norge, når vi ser på sykdom, behandling og kultur. Selv om Norge og landene vi avgrenser søket til, har likhetstrekk, kan det også være ulikheter som spiller en rolle i pasientbehandlingen. Ulikhetene kan være påvirket av økonomien i landet, og i hvor stor grad behandlingen knyttet til prostatakreft blir prioritert. Disse to faktorene kan påvirke informantenes opplevelse av behandlingen for prostatakreft, som igjen påvirker resultatet til forskerne. Skulle vi valgt å basere søket på bare Skandinavia, ville det vært vanskelig å innhente god og relevant forskning knyttet til vår problemformulering. Dette er begrunnelsen for å ikke avgrense det geografiske søket mer enn det vi gjorde.

Alder avgrensingen baserte seg på at vi i løpet av sykepleiepraksis møtte flere menn under 70 år, som gjennomgikk radikal prostatektomi. Vi ønsket derfor å innhente forskning basert på pasienter som blir beregnet som “yngre”. To av de fem artiklene vi valgte, var utenfor vår avgrensing. En artikkel hadde informanter opp til 81 år. Vi valgte å ta i bruk disse, til tross for at de var utenfor ønsket aldersgruppe. Begrunnelsen for å ta dem i bruk, var fordi de tok opp tematikk vi savnet informasjon om. Forskningene omtaler mer av den psykososiale innvirkningen møtet med komplikasjonene har på informantene, samt mennenes opplevelse av at prostatakreft og seksuell helse er vanskelige tema å snakke om.

Vi valgte vi å ta i bruk kun kvalitative forskningsartikler. Begrunnelsen for å ta i bruk kvalitativ forskning, var fordi vi ønsket å få frem den følelsesmessige innvirkningen møtet med komplikasjoner etter radikal prostatektomi har på informantene. Intervjuene har ulikheter ved seg, som omhandler valg av intervjumetode. Det tas i bruk dybdeintervju, spørreskjema og åpne spørsmål i samtale. Varigheten på intervjuene varierte fra 25-60 minutt. Lokasjon til intervjuene varierte. Enkelte forskningsintervju foregikk på et rom på sykehuset/poliklinikker, mens andre ble gjennomført på kafe. Hvordan intervjuet ble gjennomført, kan ha påvirket informantenes tillit til forsker, samt hvilke svar som ble gitt. Forskningene er basert på et varierende antall informanter. Det er viktig å være bevisst på, at forsker har en frihet til å velge ønsket fokus i intervjuet. Forsker kan for eksempel ha ønske om å innhente negative sider ved erektil dysfunksjon, og unnlate å ta med positive opplevelser. Basert på at vi ikke har innhentet kvantitativ forskning for å styrke utsagnene til informantene, må vi være kritiske til å karakterisere funnene til å gjelde allmennheten.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Tilpasset informasjon kan være en nøkkelfaktor

Vår problemformulering legger vekt på menns opplevelse av livet etter radikal prostatektomi og hvordan informasjon og ivaretagelsen fra helsevesenet blir sett i lys av helhetlig sykepleie. Resultatet viser at opplevelsen av kvalitet og forståelse av informasjonen er varierende (Albaugh et al., 2017 & Laursen, 2013). En svakhet i studiene angående kvaliteten av informasjonen, ligger i at informasjon om informasjonsrutinen til behandlingsstedet, og pasientens compliance er en ukjent faktor. Helsepersonell har plikt til å gi informasjon, og

pasienter har rett til å få informasjon. Pasientens rett på informasjon er regulert i Pasient- og brukerrettighetsloven §3-2, første ledd. Loven lyder: “Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger” (Pbrl, 1999, §3-2).

Vi har inkludert studier fra ulike land, som gjør at vi kan si noe om at resultatet er gjeldende for flere geografiske områder. Den enkelte studie sier ikke noe om hvor i landet helsehjelpen har blitt gjennomført, og om det er privat eller offentlig sektor. Privat og offentlig sektor kan ha ulike behandlingsforløp og derfor påvirke informantenes opplevelse av behandlingen. Helsevesenet er et felt der mennesker arbeider, det er derfor mange variabler som kan påvirke opplevelsen av pleien. En variabel kan være hvilken sykepleier eller lege du møter, og personens individuelle opplevelse av helsepersonellens dyktighet og kommunikasjonsferdigheter. Resultatet presentert i denne oppgaven, kan dermed ikke si noe om kvaliteten av informasjon og ivaretagelsen fra helsevesenet i et større bilde. Oppgaven kan imidlertid si noe om hvordan informantene i forskningen opplever det.

Helsepersonell i møte med pasienter i behandling for prostatakreft, kan ha en enorm makt. Løgstrup setter fint ord på dette: “Den enkelte har aldri med et annet menneske å gjøre uten å holde noe av dette menneskets liv i sine hender” (Løgstrup, 1956/2000, s. 37). På bakgrunn av Løgstrup sitt utsagn har vi sett dette i kontekst med helsepersonellens møte med pasientene. Helsepersonell har stor påvirkning i hvordan de velger å yte helsehjelp til den enkelte pasient. Helsepersonellet vil i denne situasjonen kunne bestemme hvor nøye informasjonen blir gitt, og evne til å se det unike mennesket foran seg. Evnen og ønsket om å sette seg inn i menneskets lidelse, kan ha stor betydning for pasientens opplevelse. Det er mange faktorer som vil påvirke pasientens opplevelse av hjelpen. Mennesker er forskjellige og får frem ulike aspekter hos hverandre. Relasjonen mellom helsepersonell og pasient, vil kunne ha betydning for om pasienten åpner seg, og om han tør å stille spørsmål som er viktige for han.

5.2.2 Redefinering av seksualitet

Resultatene i litteraturstudien, viser at flere informanter ble nødt til å redefinere deres uttrykk for seksualitet. Informantene som evnet å redefinere sitt syn på seksualitet, til å omhandle

mer enn penetrering opplevde dette berikende på deres seksualliv (Albaugh et al., 2017; Laursen, 2013 & Wennick et al., 2017).

For menn operert for prostatakraft vil samtale mellom pasient og helsepersonell være en primær form for informasjonsgiving. Pasientens opplevelse av trygghet og relasjon til helsepersonell, vil legge føringer for samtaleemne, og eventuelle bekymringer pasienten har. Vi ser på det som hensiktsmessig ut i fra resultatene, at helsepersonell gjennom samtale i større grad veileder pasient til å utvide sitt spekter av seksualitet. Dette i håp om å hjelpe pasienten til å mestre livet med komplikasjoner, der det kan bli nødvendig å redefinere sitt tidligere syn på seksualitet. I vår praksis på urologisk poliklinikk, fikk vi erfare hvordan en oppfølgingssamtale etter radikal prostatektomi gjennomføres av sykepleier. Vår erfaring er at samtalen oppleves rutinepreget, og med lite rom for å rette samtalen mot det som er viktig for pasienten. Samtalen blir gjennomført etter en sjekklister med spørsmål og informasjon. Tematikken omhandler i stor grad fysiske aspekter. Laursen (2013) bekrefter vår opplevelsen av en slik samtale i sin studie. Ved å stille spørsmålet "hva er viktig for deg?" i starten på en slik samtale, kan informasjonen og råd for tiden videre være mer individuelt tilpasset pasientens behov. Spørsmålet kan gi rom for at pasienten fritt kan fortelle hva som personlig er viktig for seg, og legge føring for videre tematikk og fokus. Informantene i forskningsartiklene har subjektive uttrykk for deres seksualitet. Noen uttrykker evne til ereksjon som viktig, andre intimitet. På bakgrunn av dette bør sykepleier tilpasse oppfølgingssamtalen. Som sykepleier, setter du deg i en posisjon der du må lytte og ta ansvar for å følge opp pasienten til å mestre det som er viktig. Relasjonen mellom personene er viktig i en slik samtale. Slik vi ser i relasjonsetikken, står mennesker mot hverandre i et samspill. Samspillet innebærer et moralsk ansvar til å ville den andre vel, respektere pasientens autonomi og anerkjenne han som person (Eide & Eide, 2018, s. 86). Dersom sykepleier ikke respekterer pasientens autonomi, kan det medføre lidelse.

5.2.3 Snakk om det!

Katie Eriksson sier at lidelse er en del av livet, og en del av det å være menneske (Eriksson, 1995, s. 13). En kreftdiagnose kan i seg selv medføre lidelse, i form av usikkerhet knyttet til fremtid. Gjennom praksis og funn fra forskning, opplever vi at lidelsen ble mer fremtredende etter endt behandling. Flertallet av informantene identifiserte maskulinitet med evne til

ereksjon. Funn fra forskning, viser at dersom informanter forbandt maskulinitet med ereksjon, vil dette i større grad ha en negativ påvirkning på hans psykososiale helse. Angst, depresjon og selvmordstanker har vært i søkelys i alle forskningsartiklene (Albaugh et al., 2017, Martínez-Bordajandi et al., 2020; Laursen, 2013; Maharaj & Kazanjian, 2019; & Wennick et al., 2017). Wennick et al., (2017) forbinder angst og depresjon opp mot det å få en kreftdiagnose, og ikke nødvendigvis erektil dysfunksjon. På bakgrunn av forskning, kan vi se en økende risiko for psykisk lidelse, dersom du er operert for prostatakrefte. Det kan tyde på at det er behov for å ta i bruk ressurser for å styrke helsehjelpen til denne gruppen.

Flere informanter uttrykker vansker med å dele vonde følelser knyttet til komplikasjoner etter behandlingen, som igjen medførte at de bar lidelsen alene (Albaugh et al., 2017). Det ble beskrevet at enkelte informanter brukte jobb og alkohol som avledning til depressive tanker (Wennick et al., 2017). Inntak av alkohol og mye tid tilbrakt på jobb, kan være en destruktiv måte å håndtere lidelsen på. Psykisk stress og alkohol kan påvirke evne til ereksjon (Helsenorge, 2021). Dette kan potensielt ha påvirket informantens ereksjon, selv uten operasjon. Ved å ta i bruk alkohol og jobb for å lindre lidelsen, kan informanten ha bli ledet inn i et uheldige mønster som muligens kunne vært unngått. Vi kan stille oss undrende til om angst og depresjon i enkelte tilfeller kunne vært unngått, dersom helsepersonell møtte denne pasientgruppen med en annen tilnærming. Det er usikkert om enkelte informanter kan ha opplevd angst eller depresjon i forkant av operasjon. Etter operasjonen kan disse følelsene ha blitt mer fremtredende, og det kan være naturlig å knytte det opp mot erektil dysfunksjon.

Andre informanter uttrykker at det etter diagnosen, ble det viktig å være åpen med familie om hva som rørte seg i sjelslivet. Informanter som var åpne, opplevde ikke at lidelsen forsvant, men medlidenheten fra familie gjorde lidelsen lettere å bære (Albaugh et al., 2017; Maharaj & Kezanjian, 2019). Vi kan derfor stille oss spørrende til hvorfor pårørende ikke involveres i større grad pre-, per- og postoperativt. På bakgrunn av at to av forskningsartiklene hadde informanter over 70 år, har vi innhentet et interessant funn. Det interessante er at alder ikke nødvendigvis har en betydning for hvordan erektil dysfunksjon oppleves. Det som kan være av betydning er hvordan du er som mennesket, med unike tanker, følelser og opplevelser.

5.2.4 *Kjønnsnormen vs. maskulinitet*

I dagens samfunn har vi kommet langt med å bryte med de faste kjønnsnormene. Maskulinitet er ikke lengre kun forbeholdt menn, og femininitet ikke kun kvinner. Begrepene har blitt mer kjønnsnøytrale, og kan vise seg i alle individer, uavhengig av kjønn. Menn som får prostatakreft i dag, hører til en tidligere generasjon, der kjønnsnormene var mer fastsatte. Det kan tenkes at lidelsen mennene opplever i vårt resultat, kan ha sammenheng med et ensidig syn på maskulinitet. Den negative påvirkningen som mennene beskriver, er en endring som kan rettes mot det typisk feminine. Det feminine kan ha mer fokus på nærhet og intimitet, i kontrast til penetrering, der mannen viser dominans. Dersom mannen opplever erektil dysfunksjon, kan han oppleve å tape sitt maskuline kjennetegn. Dersom menn har tanker om at maskulinitet og femininitet hører til begge kjønn, kan møtet med erektil dysfunksjon være mindre inngripende på deres seksualitet.

Enkelte informanter var åpne for å utforske nye måter å seksuelt tilfredsstille seg selv, og partner. Det å gå bort fra fokuset på penetrerende samleie, kan ses på som å gå bort fra det maskuline. Evnen til å omfavne andre måtene å være intim på, uten å se på det som nedgraderende på maskuliniteten, vil kunne lette den psykiske påkjenningen. Temaet nærhet og intimitet blir belyst i Albaugh et al., (2017); Laursen, (2013); Maharaj & Kazanjian, (2019); & Wennick et al., (2017). Informantene i parforhold, som opplevde tilfredshet ved å kjærtegne hverandre med nærhet, opplevde det styrkende på deres forhold (Martínez-Bordajandi et al., 2020). Bruk av nærhet kan og ha medført at redselen for å miste partner ble redusert. Vi kan stille oss undrende til om nærhet ble sett på som uviktig for informantene uten partner, eller om de valgte å bevisst undertrykke dette behovet.

Resultatet fra forskningen kan vise at det er behov for å prate om maskulinitetens mangfold. Uavhengig av aldersgruppe, bør sykepleier fokusere på både psykososiale og fysiske problemstillinger i rehabiliteringen. Mye tyder på at menn kan ha en tendens til å gå inn i seg selv, for å skjule tegn på svakhet. Maskulinitetens mangfold tillater likevel at menn uttrykker sårbarhet.

6. ANVENDELSE I PRAKSIS

Under praksis på urologisk sengepost og poliklinikk, har vi vært i samtale med sykepleiere angående møtet med menn operert for prostatakreft. Vi var spørrende til at det var lite søkelys på seksuell helse, og dens psykologiske påvirkning. Begrunnelsen for at tematikken ble lite snakket om, var manglende kunnskap og liten tid til denne type samtale. Gjennom utformingen av denne litteraturstudien, har vi innhentet kunnskap vi opplever som nyttig i møtet med denne pasientgruppen. Kunnskap som kan bryte tabu og medføre økt åpenhet.

Basert på resultater og våre personlige tanker, har vi noen tiltak som vi ønsker å presentere. Tiltak vi mener kan bidra til at menn opplever økt mestring i møte med erektil dysfunksjon og dens psykologiske påvirkning. Det er sentralt å påpeke at selv med disse tiltakene, er det ikke nødvendigvis slik at menn ikke vil oppleve lidelse.

For det første ønsker vi å trekke frem oppfølgingsamtalen. Samtalen kan være essensiell for pasientens opplevelse av helhetlig behandling. Pasientens individuelle behov bør være i fokus. Samtalen bør starte med å innhente informasjon om hva som er viktig for pasienten. Dette gir rom for at pasienten kan sette ord på sin lidelse. Forskningen viser, at hva som er viktig for pasientene varierer. Basert på dette, bør sykepleier gå bort fra standardisert informasjon og se det unike mennesket, med unike behov.

For det andre bør pasientene ha flere oppfølgingstimer som har fokus på seksuell og psykiske helse. I dag baserer oppfølgingstimen seg på den fysiske helsen, derav erektil dysfunksjon og inkontinens. Dagens prosedyre er å levere ut kontaktkort til sexolog, som pasientene kan kontakte ved behov. Vi ser på det som hensiktsmessig at pasientene heller får tildelt en oppsatt time til sexolog. Dette kan gjøre terskelen for å søke hjelp lavere. I forskningen kommer det frem at partner kan være viktig for pasienten i rehabiliteringsfasen. Det er derfor gunstig at han eller hun også deltar på en eller flere oppfølgingstimer. Avslutningsvis, er gjentagende informasjon essensielt. Derav gjentakende informasjon om intimitet og viktigheten med åpenhet. Sykepleier bør uttrykke at, uavhengig av hva som rører seg i sjelslivet til pasienten, vil det være rom for å dele dette.

Litteratur

Aars, H. (2011). *Menns seksualitet*. Cappelen Damm AS.

Albaugh, J. A., Sufrin, N., Lapin, R. B., Petkewicz, J & Tenfelde, S. (2017). Life after prostate cancer treatment: a mixed methods study of the experiences of men with sexual dysfunction and their partners. *BMC Urology*, 2017(17). <https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.1186/s12894-017-0231-5>

Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving*. (5. utg.). Gyldendal Akademisk.

Eide, H. & Eide, T. (2018). *Kommunikasjon i relasjoner*. (3.utg.). Gyldendal Akademisk.

Eriksson, T. (1995). *Det lidende mennesket*. TANO

Friberg, F. (Red.). (2018). *Dags for oppsats: Vagledning for litteraturbaserte examensarbeidet*. (3. utg.). Studentlitteratur AB.

Helsebiblioteket (u.å.). *Cinahl*. <https://www-helsebiblioteket-no.ezproxy.uis.no/databaser/alle-databaser/cinahl?lenkedetaljer=vis>

Helsedirektoratet (2021, 20. oktober). *Sektorrapport om folkehelse 2021*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/sektorrapport-om-folkehelse>

Helsenorge (2021, 19. mars). *Ereksjonsproblemer*. <https://www.helsenorge.no/sykdom/underliv/ereksjonsproblemer/>

Institutt for kreftgenetikk. (u.å.). *Kirurgisk fjerning av prostata: Kreftlex*. <https://kreftlex.no/Prostatakreft/Prosedyrefolder/BEHANDLING/Operasjoner/Prostata-Radikal-prostatektomi?!g=ks&containsFaq=True>

Universitetsbiblioteket. (u.å.). Idunn . <https://www-idunn-no.ezproxy.uis.no/>

Kreftforeningen. (2022, 23. februar). *Prostatakreft*. <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/prostatakreft/>

Kreftregisteret. (2021, 21.september). *Prostatakreft*. <https://www.kreftregisteret.no/Temasider/kreftformer/Prostatakreft/#:~:text=Fem%20>

%C3%A5rs%20relativ%20overlevelse%20av,sammenlignet%20med%20menn%20uten%20prostatakraft.

- Larsen, S. M. (2019). Sykdommer i mannlige kjønnsorganer. I S. Ørn & E. Bach-Gransmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 455-465). Gyldendal.
- Laursen, B. S. (2013). Seksualiteten hos mænd operert for prostatacancer. *Klinisk Sygepleje*, 27(3), 20-29. <https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.18261/ISSN1903-2285-2013-03-04>
- Loge, H. J., Bjordal, K. & Paulsen, Ø. (2006). Tilnærming til pasienter som trenger palliativ behandling. *Den norske legeforening*. 126(4), 462-466.
<https://tidsskriftet.no/2006/02/tema-palliativ-medisin/tilnaerming-til-pasienter-som-trenger-palliativ-behandling>
- Løgstrup, K.E (2000). *Den etiske fordring*. Cappelen forlag. (Opprinnelig utgitt 1956).
- Maharaj, N. & Kazanjian A. (2019). Exploring patient narratives of intimacy and sexuality among men with prostate cancer. *Counselling Psychology Quarterly*, 2021(34), 163-182. <https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.1080/09515070.2019.1695582>
- Martínez-Bordajandi, Á., Fernández-Sola, C., Puga-Mendoza, A. P., López-Entrambasaguas, O. M., Lucas-Matheu, M., Granero-Molina, J., Medina, I. M. F. & Hernández-Padilla, J. M. (2020). Sexual experience after non-nerve sparing radical prostatectomy. *Acta Paul Enferm* 2020(33). <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO02375>
- Norsk Helseinformatikk (NHI). (2021, 03. september). *Prostatakraft*.
<https://nhi.no/sykdommer/kreft/mannlige-kjonnsorganer-kreft/prostatakraft/>
- Nordhaug, I, C. (2022). *Mer enn du kan se*. [Sang]. Warner music Norway AS.
- Pasient- og brukerrettighetsloven – pbrl. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Prostatakraftforeningen. (u.å.). *Impotens*. <https://prostatakraft.no/impotens/>
- Karolinska institutet. (u.å.) SveMed+ . <https://svemedplus.kib.ki.se/>

Sykehuset Østfold. (2021). *Til deg som skal fjerne prostata med robotassistert kirurgi (RALP)*. [Brosjyre]. Kirurgisk avdeling, seksjon for urologi. <https://sykehuset-ostfold.no/Documents/S%C3%98-109410%20Til%20deg%20som%20skal%20ha%20robotkirurgi%20prostata%202021-04-19%20-%20uten%20skj%C3%A6remerker.pdf>

Wennick, A., Jonsson, A-K., Bratt, O & Stenzelius, K. (2017). Everyday life after a radical prostatectomy – A qualitative study of men under 65 years of age. *European Journal of Oncology Nursing*, 2017(30), 107-112. <https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.1016/j.ejon.2017.08.008>

Vedlegg 1. Søkelogg

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte artikler
15/04	Cinahl	Radikal prostatectomy AND sexual health AND life quality or well being.	Publisert etter 2012, Europa og USA.	13	4	2	0
16/04	Cinahl	(Sexual dysfunction AND prostate cancer)	Publisert etter 2012, Europa og USA.	100	20	5	1
16/4	Idunn	(Prostatakraft) og (impotens)	Publisert etter 2012, Nordisk	2	2	1	1
17/4	Cinahl	(Prostate cancer AND sexual health)	Publisert etter 2012. Europa og USA	60	17	7	1
17/4	Cinahl	(Radical prostatectomy) AND (Sexual dysfunction) AND (Prostate cancer)	Publisert etter 2012. Europa og USA	29	8	3	1
18/4	Cinahl	(Sexual experiences) AND (Prostatectomy or Radical prostatectomy)	Publisert etter 2012. Europa og USA.	9	6	3	1
19/4	Cinahl	(Prostate cancer) AND (intimacy)	Publisert etter 2012. Europa og USA.	36	9	4	1

Vedlegg 2. Litteratormatrise

Forfatter(e) År Tidsskrift Land	Artikkeltittel	Hensikten med studien	Perspektiv (sykepleier/pasient/pårørende)	Metode og analyse	Utvalg/populasjon	Hovedfunn/resultater
Albaugh, J, A., Sufrin, N., Lapin, R, B., Petkewicz, J & Tenfelde, S. (2017). <i>BMC Urology</i> . USA	Life after prostate cancer treatment: a mixed methods study of the experiences of men with sexual dysfunction and their partners.	Hensikten var å få en dypere forståelse for menn med seksuell dysfunksjon sett fra deres og partneres side.	Pasient og pårørende	Kvalitativ	27 informanter fra USA	Frustrasjon over seksuell dysfunksjon, viktighet med støtte fra andre. Depresjon, angst og selvmordstanker knyttet til seksuell dysfunksjon. Viktigheten med intimitet med partner.
Bordajandi, M, A., Sola, F, C., Mendoza, P, P, A., Enterambasaguas, L, O, M., Matheu, L, M., Molina, G, J., Medina, F, M, I & Padilla, H, J, M. (2020). <i>Acta Paul Enferm. Brasil</i>	Sexual experience after non-nerve sparing radical prostatectomy.	Hensikten var å utforske erfaringer og forventninger pasienter hadde etter ikke nervesparende prostatektomi.	Pasient	Kvalitativ	16 informanter fra Spania.	Erektildysfunksjon skaper vansker knyttet til seksuelle og intime forhold og dette påvirker deres livskvalitet.
Laursen, S, B. (2013). <i>Klinisk sygepleje</i> . Danmark.	Seksualiteten hos mænd operert for prostatacancer.	Hensikten var å undersøke hvordan seksualiteten til menn med erektil dysfunksjon ble påvirket i etterkant av prostatektomi.	Pasient	Kvalitativ	4 informanter fra Danmark	Hovedfunn er at informanter har redusert evne til spontan sex, som igjen påvirker deres opplevelse av maskulinitet. Erektildysfunksjon har også påvirket informantene i

						møte med det motsatte kjønn.
Maharaj, N. & Kazanjian A. (2019). Counselling Psychology Quarterly. Storbritannia	Exploring patients narratives of intimacy and sexuality among men with prostate cancer	Hensikten med studien var å innhente elementer av personlig og mellommenn eskelig tap, sårbarhet, stigma og selvbereidelse knyttet til erektil dysfunksjon.	Pasient	Kvalitativ	20 informanter fra Canada.	Hovedfunn belyser at tematikken er tabulagt å prate om.
Wennick, A., Jonsson, A, K., Bratt, O & Stenzelius, K. (2017). European Journal of Oncology Nursing. Storbritannia	Everyday life after a radical prostatectomy – A qualitative study of men under 65 years of age	Hensikten med forskningen var å belyse hvordan menn under 65 år opplever sin hverdag etter radikal prostatektomi.	Pasient	Kvalitativ	19 informanter fra Sverige	Hovedfunn belyser følelsen av å ha en sykdom med tabulagte tema, der erektil dysfunksjon påvirker selvbildet i form av tapt mandighet.