

BSYBAC_6

Bacheloroppgave i Sykepleie

Livskvalitet og informasjonsbehov ved tap av evnen til å leve ut sin seksualitet etter utført radikal prostatektomi



Universitetet
i Stavanger

**Det helsevitenskapelige fakultet
Bachelor i Sykepleie**

Stavanger, 31.01.2023

1582 & 1737

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

Sammendrag

Bakgrunn

Prostatakreft er den hyppigste kreftsykdommen som rammer menn i Norge. Rundt 5000 nye tilfeller ble registrert i 2021. Forskning har belyst at det er manglende informasjon om hvordan bivirkninger og behandling påvirker pasientens seksualliv. Helsepersonell har et ansvar for å ivareta og følge opp alle aspekter rundt pasientenes liv og helse, inkludert seksualiteten.

Hensikt

Hensikten med oppgaven er å undersøke pasientens opplevelser knyttet til seksualitet etter behandling av radikal prostatektomi, samt utforske informasjonsbehov gitt av sykepleier.

Metode

Integrativ litteraturoversikt er anvendt i denne oppgaven som en metodisk tilnærming. Med fem kvalitative forskningsartikler, relevant teori og egne erfaringer danner vi et helhetlig grunnlag for besvarelsen.

Resultater / konklusjon

Resultatene viser at menn som har blitt erektil dysfunksjonelle etter utført radikal prostatektomi opplever tap av seksualitet. Dette påvirker deres livskvalitet og skaper en distanse til intime og sosiale relasjoner. På den bakgrunn etterlyser de informasjon om det psykiske aspektet rundt det å være erektil dysfunksjonell.

Nøkkelord

Prostatakreft, radikal prostatektomi, grunnleggende behov, seksualitet, erektil dysfunksjon, livskvalitet, informasjon, kommunikasjon, PLISSIT-modellen.

Innhold

Sammendrag	1
1.0 INNLEDNING	3
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	3
1.2 Problemformulering.....	4
1.3 Oppgavens oppbygning.....	5
2.0 METODE	6
2.1 Valg av metode.....	6
2.2 Søkeprosess.....	6
2.2.1 Valg av søkestrategi og forskningsartikler.....	6
2.2.2 Databaser og søkeord.....	7
2.2.3 Analyse av forskningsartikler.....	7
3.0 TEORI	9
3.1 Seksuelle livsutfordringer etter radikal prostatektomi.....	9
3.2 Sykepleiers informasjonsplikt.....	9
3.3 Sykepleieres bruk av kommunikasjon.....	10
3.2.1 PLISSIT-modellen.....	10
4.0 RESULTAT	11
4.1 Pasientens opplevelser.....	11
4.1.1 Tap av livskvalitet.....	11
4.1.2 Intime og sosiale relasjoner.....	13
4.2 Pasientens behov for informasjon.....	13
4.2.1 Informasjon til rett tid.....	13
4.2.2 Tilpasset informasjon.....	14
4.2.3 Helhetlig kommunikasjon.....	15
5.0 DISKUSJON	17
5.1 Metodediskusjon.....	17
5.2 Resultatdiskusjon.....	19
5.2.1 Pasientens opplevelser.....	19
5.2.2 Pasientens behov for informasjon.....	20
6.0 Anvendelse i praksis	24
Kildehenvisninger	26
Vedlegg 1: Søkelogg	29
Vedlegg 2: Oversiktstabell	31

Antall ord: 7240.

1.0 INNLEDNING

Prostatakreft er den hyppigste kreftsykdommen som rammer menn i Norge. Rundt 5000 nye tilfeller ble registrert i 2021 (Silva, 2022). Prostatakreftforeningen (2022) viser til en norsk studie der 86% av pasientene opplever erektil dysfunksjon etter behandling av prostatakreft. Radikal prostatektomi er en av ulike behandlingsformer og innebærer kirurgisk fjerning av prostatakjertelen, samt hele eller deler av sædblæren (Stubberud & Grønseth, 2022, s. 140). Erektile dysfunksjoner er en av de hyppigste forekommende komplikasjoner etter inngrepet og skyldes hovedsakelig en nerveskade (Fosså et al., 2019, s. 114). Dette medfører nedsatt seksualitet og påvirker livskvaliteten i negativ retning (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022, s. 45).

Helse- og omsorgsdepartementet (2022) refererer til en undersøkelse gjort av Kreftforeningen, der de belyser manglende informasjon om hvordan bivirkninger og behandling påvirker pasientens seksualliv. Mange trenger rådgivning rundt sin nye livssituasjon, uten å motta et individuelt tilbud. Pasienter som har gjennomgått prostatakreft vil oppleve utfordringer med sitt seksualliv, både fysisk og mentalt (Helsebiblioteket, 2017). Selv om helsepersonell kjenner til viktigheten av seksualitet, viser flere undersøkelser at leger og sykepleiere sjelden tar opp eller stiller spørsmål om dette tema med pasienten (Fosså et al., 2019, s.108).

Det kan tenkes at helsepersonell kan ha manglende bevissthet rundt informasjon om seksualitet som en helsefremmende ressurs. Til tross for at pasienter uttrykker at seksualitet og seksuell helse er et betydningsfullt tema, viser realiteten at de opplever underkommunisert behandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022, s. 47). Seksualitet er et grunnbehov og blir fremstilt i fagbøker relatert til grunnleggende sykepleie Skaug et al., 2012, s. 383). Helsepersonell har et ansvar for å ivareta og følge opp aspekter rundt pasientenes liv og helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022, s. 43).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Under utdanning for sykepleie lærer vi om pasientenes grunnleggende behov som mennesker og vårt ansvar som kommende sykepleiere å ivareta disse behovene. I praksis blir det brukt en mal med 12 punkt for å dokumentere helseforløpet til alle pasienter. Vi opplever at de fleste punkter er godt utfylt, mens punktet om seksualitet stadig står tomt. Det etterlater et inntrykk

av at seksualitet blir sett på som et tabubelagt tema som er av nærmest for privat karakter å prate om.

Ved praksis på urologisk poliklinikk ble det observert flere pasienter med prostatakraft som var preget av senskader, herunder erektil dysfunksjon. Under et seminar for pasienter med prostatakraft, ble temaet seksualitet tatt opp til diskusjon. Flere av deltakerne var åpne, sårbare og ærlige overfor hverandre og deltakende helsepersonell. De kreframmede gav uttrykk for at helsepersonell hadde et stort forbedringspotensial rundt informasjon knyttet til seksualitet.

En av pasientene som hadde gjennomgått radikal prostatektomi, formidlet hvordan erektil dysfunksjon medførte endringer i livskvaliteten. Informasjon om fysiologiske endringer ble gitt i forbindelse med behandling, men han etterlyste informasjon om hvordan inngrepet ville påvirke hans psykiske helse. Han uttrykte at han ikke lenger følte seg som en «ekte mann» og var blitt fratatt sin identitet. Flere av deltakerne sa de kjente seg igjen i hans beskrivelse og uttrykte frustrasjon over manglende informasjon rundt det seksuelle og emosjonelle aspektet ved radikal prostatektomi. Dette vekket vår interesse for å undersøke menn sine opplevelser knyttet til radikal prostatektomi, sett i kontekst av deres seksualitet.

1.2 Problemformulering

Sykepleiere har et forbedringspotensial når det gjelder å imøtekomme menn sine informasjonsbehov knyttet til det psykiske aspektet. På bakgrunn av dette ønsker vi å belyse viktigheten av å gi tilstrekkelig informasjon om hvordan endringer i seksualiteten påvirker livskvaliteten. Vi har derfor valgt å undersøke pasientens informasjonsbehov om seksualitet gitt av sykepleier. Formålet er å belyse viktigheten av at seksualitet er en del av et helhetlig bilde og spiller en viktig rolle for livskvaliteten hos pasienter med prostatakraft, inkludert seksualitet som et grunnleggende behov.

Hensikten med oppgaven er dermed å undersøke pasientens opplevelser knyttet til seksualitet etter behandling av radikal prostatektomi, samt utforske informasjonsbehov gitt av sykepleier.

1.3 Oppgavens oppbygning

Teorikapitlet inneholder bakgrunnsstoff som er relevant for vår bacheloroppgave. Et av våre tema er pasientens livsutfordringer etter inngrepet. Et annet tema er sykepleiers informasjonsplikt og bruk av kommunikasjon, basert på samtaler ved poliklinikk og kirurgisk sengepost før og etter operasjon. Videre har vi metodekapitlet. Her beskrives valg av metode og presentasjon av denne. Fremgangsmåte for oppgaven blir også gjort rede for. Deretter kommer resultatkapitlet, hvor resultatene fra forskningsartiklene fremstilles i hovedkategorier og underkategorier. Vi tok utgangspunkt i pasientens egne opplevelser for å underbygge viktigheten av informasjonsbehov sett i kontekst av seksualitet. I diskusjonskapitlet drøftes metoden som er anvendt og resultatene fra forskningsartiklene. Her blir relevant bakgrunnsstoff og egne refleksjoner inkludert. Avslutningsvis tar vi for oss konkrete forslag til sykepleiepraksis.

2.0 METODE

En metode defineres i vitenskapelig forstand som et redskap benyttet for å løse problemer og innhente ny kunnskap. Metodevalg tuftes på hvordan en innhenter relevant og saklig informasjon for å belyse en gitt problemstilling (Dalland, 2020, s. 53).

Kvantitativ og kvalitativ metode er to ulike tilnærminger som benyttes for å fremskaffe datamateriale. Kvantitativ metode gir informasjon i form av målbare enheter og anvendes for å få en bredere forståelse over et område. Systematikken er preget av faste svaralternativer og strukturerte observasjoner (Dalland, 2020, s.54 & 55). Kvalitativ metode anvendes for å danne en dypere forståelse, og få frem det særegne. Det tar sikte på å fange opp meninger og opplevelser som verken lar seg tallfeste eller måle. Metoden er preget av fleksibilitet uten faste svaralternativer, og ustrukturerte observasjoner (Dalland, 2020, s.54 & 55).

Både kvantitativ og kvalitativ data kan benyttes i en litteraturoversikt for å kartlegge en problemstilling. En litteraturoversikt er enten allmenn eller integrativ, og vil hjelpe å skape en oversikt over kunnskap som er innhentet gjennom forskning. Allmenn litteraturoversikt betyr å skape en dataoversikt over et definert forskningsområde, og sammenligne forskninger som er gjort (Friberg, 2022, s. 185-187). Ved integrativ litteraturoversikt går man et skritt lenger. I tillegg til arbeidsmåten ved allmenn oversikt, trekker man konklusjoner og verifiserer forskningen for å skape en ny helhet (Friberg, 2022, s. 195-196).

2.1 Valg av metode

Vi har valgt kvalitativ metode som perspektiv for vår oppgave. Integrativ litteraturoversikt er anvendt i denne oppgaven som en metodisk tilnærming basert på Febe Fribergs modell. Metoden er et verktøy for å innsnevre våre fem utvalgte forskningsartikler for å kunne gi forskningen en kritisk analyse. Ved å trekke inn aktuell teori med resultatene fra analysen, vil vi på denne måten danne en ny helhet (Friberg, 2017, s. 150).

2.2 Søkeprosess

2.2.1 Valg av søkestrategi og forskningsartikler

Med hensikten som utgangspunkt kom vi frem til kriterier som avgrenset søkingen (Dalland, 2020, s.148). Vårt strukturerte litteratursøk innebar bruk av inklusjons- og eksklusjonskriterier. Et eksklusjonskriterium var å utelukke forskningsartikler som hadde et

tidsspenn eldre enn 10 år, da forskning generelt er ferskvare. Et annet kriterium var å gjøre en geografisk avgrensning og hente forskningsartikler fra land i Europa, samt USA med noenlunde lik kultur som Norge.

Et inklusjonskriterium vi benyttet oss av, var at forskningsartiklene måtte være fagfellevurdert. Et annet kriterium var at de måtte følge en klar IMRAD-struktur, som viser oppbyggingen av vitenskapelige artikler. Vårt siste inklusjonskriterium var at de skulle være basert på kvalitativ forskning.

Ut fra søkene varierte treffene fra fem til 23 forskningsartikler. Ved utvelgelse av forskning leste vi abstraktene som gav inntrykk av å ha relevans for oppgaven vår. Forskningsartiklene som oppnådde våre kriterier, ble deretter lest i fulltekst. På bakgrunn av dette endte vi opp med fem kvalitative forskningsartikler som var aktuelle for vår problemstilling. *Vedlegg 1* viser en grundig redegjørelse av søkeprosessen. Her fremstilles antall treff etter benyttet søkeord i databasene, leste abstrakter, leste forskningsartikler, samt valgte forskningsartikler.

2.2.2 Databaser og søkeord

Databasene vi benyttet oss av var Oria, SveMed+, Medline, Cinahl, samt PubMed i søk etter relevant forskning. Dette er databaser som besitter aktuell forskning innen helsevitenskap og sykepleie. Etter omfattende søk, ble de valgte forskningsartiklene hentet fra Cinahl og SveMed+. I våre søk etter aktuelle forskningsartikler ble det i prosessen anvendt relevante søkeord. Vi konkluderte med ordene *sexuality*, *sexual dysfunction* og *prostate cancer*, samt kombinerte dette med begrepene *AND* og *OR*. Vi inkluderte i tillegg databasens egne emneordsystemer som oppgir andre relevante søkeord.

2.2.3 Analyse av forskningsartikler

Analysearbeidet er som tidligere beskrevet, vurdert etter Febe Fribergs modell. Vi leste de valgte forskningsartiklene flere ganger og noterte hensikten av forskningene i en lettoversiktlig tabell, se *tabell 1*. Dette for å danne et overblikk og studere felles karakteristikk, samt undersøke ulikheter. Her drøftet og analyserte vi i hvilken grad innholdet kunne svare på oppgavens problemstilling. For å ikke spore av under analysearbeidet, hadde vi hele tiden fokuset direkte rettet mot hensikten (Friberg, 2017, s. 148). Vi skapte en ny helhet basert på de valgte forskningsartiklene.

Enkel oversiktstabell

Forfatter(e), årstall, land	Tema	Hensikt	Perspektiv	Metode
Chen, H., Twiddy, M., Jones, L. & Johnson, M. J. (2021), UK.	Menn sine opplevelser	Å utforske spesifikke informasjons- og kommunikasjonsbehov til menn rammet av prostatakreft for å informere om utviklingen av et tilpasset undervisningsopplegg for helsepersonell.	Pasient	En kvalitativ deskriptiv studie gjennom semistrukturerte intervjuer.
Matheson, L., Nayoan, J., Rivas, C., Brett, J., Wright, P., Butcher, H., Gavin, A., Glaser, A., Watson, E. & Wagland, R. (2020), UK.	Menn sine opplevelser	Å utforske menn sine erfaringer med prostatakreft som identifiseres med psykiske plager og å identifisere faktorer som påvirker plager.	Pasient	En kvalitativ tilnærming gjennom semistrukturerte intervjuer.
Laursen, B. S. (2017), Danmark.	Menn sine opplevelser	Å belyse effekten av kirurgisk behandling for prostatakreft på menn sin seksualitet.	Pasient	En kvalitativ tilnærming basert på intervju med åpne spørsmål.
Albaugh, J. A., Sufrin, N., Lapin, B. L., Petkewicz, J. & Tenfelde, S. (2017), USA.	Menn sine opplevelser	Å undersøke erfaringene til menn med seksuell dysfunksjon og deres partnere etter kirurgisk behandling av prostatakreft.	Pasient	En kvalitativ tilnærming basert på intervju med åpne spørsmål.
Speer, S. A., Tucker, S. R., McPhillips, R. & Peters, S. (2017), UK.	Menn sine opplevelser	Å fremme forståelsen av menn sine oppfatning av kommunikasjons- og informasjonsutfordringer knyttet til de psykoseksuelle aspektene ved prostatakreft og dens behandling.	Pasient	En kvalitativ tilnærming gjennom semistrukturerte intervjuer.

Tabell 1; Enkel oversiktstabell.

3.0 TEORI

I teorikapittelet beskrives hvilke seksuelle livsutfordringer inngrepet medfører. Videre rettes søkelyset på sykepleiers plikt til å informere og bruk av kommunikasjon. Her trekker vi inn Joyce Travelbee. Avslutningsvis fremstilles PLISSIT-modellen, som kan anvendes av sykepleier for å lette kommunikasjonen rundt temaet.

3.1 Seksuelle livsutfordringer etter radikal prostatektomi

Kirurgiske inngrep på kjønnsorganer skaper for mange en kroppsbildekonflikt som truer den grunnleggende identiteten som mann (Graugaard, 2016, s. 16). Konsekvensene etter en radikal prostatektomi kan medføre nedsatt selververd hvor følelsen av å være maskulin forsvinner. Psykiske plager som angst, bekymring, det å føle seg sårbar og deprimert påvirker det sosiale livet og arbeidslivet (Fosså et al., 2019, s. 133-134).

Hovedfokuset hos pasienter som nylig har blitt diagnostisert med kreft, vil som regel være rettet mot sykdom, behandlingsforløp og prognose. Tanken på den seksuelle driften kommer ofte sekundært, hvor det kan ta opptil et år eller mer før de søker råd og veiledning (Fosså et al., 2019, s.108). Det er vesentlig at helsepersonell tar opp seksualitet i alle sykdommens faser da dette er et viktig aspekt i pasientens liv. Å informere om det seksuelle aspektet tidlig i behandlingsfasen vil gjøre pasienten oppmerksom på at det finnes gode behandlingsmuligheter de kan benytte seg av. For mange kan det være problematisk å ordlegge sine bekymringer og erkjenne sine problem i sykdommens startfase (Graugaard, 2016, s. 12-14).

3.2 Sykepleiers informasjonsplikt

Helsepersonell bringer sjelden opp eller spør direkte etter pasientens seksualitet, og initiativet for å starte en dialog blir ofte lagt på pasienten (Fosså et al., 2019, s. 112). En hovedregel er at informasjonen ikke er mottatt inntil motparten har tolket og forstått innholdet. Pasienter får best utbytte av informasjonen når den formidles med fullt fokus og omgivelsene er lagt til rette (Eide & Eide, 2018, s. 219). Det er i tillegg en yrkesetisk retningslinje at sykepleieren skal gi tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått (NSF, 2019). Som en forsikring på mottatt og forstått informasjon bør pasienten få anledning til å gjenfortelle informasjonen og mulighet for å stille spørsmål (Fosså et al., 2019, s.168). Loven fastslår at informasjonen som blir gitt skal være individuelt tilpasset og formidles på en hensynsfull

måte. En skal også sikre seg at mottakeren så langt som mulig har forstått innholdet og betydningen av informasjonen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-5).

3.3 Sykepleieres bruk av kommunikasjon

Kommunikasjon er sykepleiers redskap i møte med pasienter. Her bygges relasjoner som styrker pasientbehandlingen. En god kommunikasjon er faglig og personorientert hvor en aktivt lytter til pasienten (Eide & Eide, 2018, s.16). Sykepleierteoretiker Joyce Travelbee refererer til kommunikasjon som en gjentakende prosess hvor det skjer en utveksling av meninger både verbalt og nonverbalt mellom mennesker (Travelbee, 2018, s. 138).

Mennesker er unike og responderer individuelt på sykdom. Travelbee påpeker viktigheten av å se hvordan den enkelte pasienten erfarer sin egen sykdom. Kommunikasjonsverktøyet skaper en gjensidighet i informasjonsflyten mellom sykepleier, pasient og deres pårørende (Eide & Eide, 2018, s. 17). Emnene for kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient er viktige, relevante og passende i situasjonen (Travelbee, 2018, s.148).

3.2.1 PLISSIT-modellen

PLISSIT- modellen er en tilnærming som kan tas i bruk for å starte samtale rundt pasientens seksuelle helse. Den er delt inn i fire trinn hvor trinnene bygger på hverandre. Det første trinnet er P for *Permission*, og danner grunnlaget for informasjon der pasienten gis tillatelse til å snakke om temaet. Det andre trinnet er LI, og står for *Limited Information*. Her mottar pasienten tilpasset og begrenset faktainformasjon om temaet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022, s. 26). Blant annet kan helsepersonell i dette trinnet informere pasientene om hvordan erektil dysfunksjon kan virke inn på identiteten som mann. Det vesentlige er at helsepersonell tematiserer seksualitet og med dette gi tillatelse til samtale og avdekke om det er behov for mer informasjon. Med dette alminneliggjøres pasientens tanker og bekymringer. Det tredje trinnet er SS, og står for *Specific Suggestions*. Her får pasienten spesifikke råd som er tuftet på faglig begrunnelse. Helse- og omsorgsdepartementet (2022) sin strategiplan hevder at samtlige som jobber med pasienter skal kunne håndtere de to nederste nivåene i PLISSIT- modellen. De siste trinnet er IT, og står for *Intensive Therapy*. Det omhandler å åpne opp for og invitere til samtale samt å kunne gi begrenset informasjon om temaet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022, s. 26).

4.0 RESULTAT

Analysearbeidet av de utvalgte forskningsartiklene resulterte i to hovedkategorier og fem underkategorier, som er representert i *tabell 2*. Disse var mest fremtredende i vår besvarelse av hensikten, som er å undersøke pasientens opplevelser knyttet til seksualitet etter behandling av radikal prostatektomi, samt utforske informasjonsbehov gitt av sykepleier. Resultatene av forskningsartiklene presenteres videre i kapitlet.

Hovedkategorier	Underkategorier
Pasientens opplevelser	Tap av livskvalitet Intime og sosiale relasjoner
Pasientens behov for informasjon	Informasjon til rett tid Tilpasset informasjon Helhetlig kommunikasjon

Tabell 2; Kategorier.

4.1 Pasientens opplevelser

4.1.1 Tap av livskvalitet

Det framkommer i studien til Laursen (2017, s. 123) at erektil dysfunksjon fører til mangel på spontan sex, følelsen av å miste både identitet og maskulinitet, samt behov for å redefinere sin seksualitet. En av pasientene hadde innsett at han assosierte sin maskulinitet med muligheten til å være erektil. Den nye situasjonen gav han identitetsproblemer. "I have used my sexuality – that is, I've used sex to prove my manhood. With my wife, but also with other women" (Laursen, 2017, s. 123).

I studien til Albaugh et al. (2017, s. 4) fremkommer det også at menn uttrykker frustrasjon over det å være seksuelt dysfunksjonelle. Flere stadfester at de opplever tap av identitet og det å ikke føle seg hel. "(...) I miss the sensations of how I used to feel down there, how my body used to feel...I don't feel whole and I think about it every single day (...)" (Albaugh et al., 2017, s. 4).

Studien til Matheson et al. (2020, s. 323) belyser konsekvenser av erektil dysfunksjon hos menn. De har sterke oppfatninger av selvtap, herunder påvirkning av deres seksualitet, maskulinitet og selvtillit. Menn kjenner også på utfordringer i forhold til fysisk aktivitet, deres tilknytning til andre og følelsen av å miste kontroll over sin egen fremtid. "You've kind of lost your shield, and you do feel vulnerable. You say once it's happened to you once, it can happen again" (Matheson et al., 2020, s. 323).

Undersøkelsen til Laursen (2017, s. 122) belyser at mangelen på spontan sex gir menn en følelse av å miste kontroll over sexlivet, som igjen fører til tap av maskulinitet. Det viser seg at deres oppfatning av seksualitet ikke kun var forbundet med mulighet til å ha seksuell omgang, men også muligheten til å ha spontan sex. "Being a man and feeling like a man is very close connected to the ability of having a penis and being able to have an erection" (Laursen, 2017, s. 122).

Flere menn påpeker at sex er mer enn selve akten. Følelsen av nærhet, anerkjennende omsorg, respekt og forståelse blir også sett på som svært viktig. Når menn ikke klarer å delta seksuelt, blir opplevelsen av å fungere som mann påvirket. De rapporterer at dette får konsekvenser for selvtilliten og kroppsbildet (Laursen, 2017, s. 124).

En pasient i studien til Speer et al. (2012, s. 21) sier følgende: "Sexuality is not just if you can do it". Flertallet i deres undersøkelse rapporterer om betydelige forandringer knyttet til erektil dysfunksjon etter gjennomgått behandling. Både identiteten, maskuliniteten, kroppsbildet, erotikken og deres seksuelle fantasier blir påvirket. En annen mann i studien til Speer et al. (2017, s. 21) beskriver tapet slik: "And then it's like devastating isn't it [the sexual side effects and treatment], you just feel as though you have lost your manhood and uh, it's – it's just depressing in a way".

4.1.2 Intime og sosiale relasjoner

Undersøkelser viser at erektil dysfunksjon påvirker relasjonen til andre mennesker, både intimt og sosialt (Laursen, 2017, s. 123). Noen menn rapporterer at tap av selvtillit fører til mindre deltakelse i sosialt liv og aktiviteter. "I have become a bit of a loner" (Matheson et al., 2020, s. 323). Flere uttrykker at de isolerer seg og blir mer stillesittende enn tidligere. "I used to do a lot of [theatre work] ... and I've stopped doing that completely, because I don't have the confidence to do it anymore" forteller en mann i studien til Matheson et al. (2020, s. 323).

Mennene i studien til Laursen (2017, s. 123) og Albaugh et al. (2017, s. 4) uttrykker frustrasjon over manglende evne til å gjennomføre samleie og ha et godt intimt forhold. "My sex drive is the same, but I just can't get it up. You know, you can't just forget about your sex life" (Laursen, 2017, s. 123). I tillegg til å bli usikre på seg selv, vil frustrasjon føre til distansering fra partneren (Laursen, 2017, s. 122). En mann i studien til Matheson et al. (2020, s. 323) uttrykker at «No matter how understanding one's partner is... you still feel as though you've failed... You are no longer the man you thought you were». Denne sårbarheten gjorde at de tok avstand fra andre og trakk seg tilbake (Matheson et al. 2020, s. 318).

Erektil dysfunksjon gjør at menn blir usikre på seg selv i forhold til partnerne sine. Manglende evne til å gjennomføre samleie skaper en avstand. Noen menn føler de nå er blitt tvunget til å finne en ny måte å kommunisere på, og har brukt sin seksualitet som et redskap til å uttrykke seg emosjonelt. «Lots of arguments I've been able to settle in bed- that's not an option anymore (Laursen, 2017, s. 122).

4.2 Pasientens behov for informasjon

4.2.1 Informasjon til rett tid

Studier viser at pasienter vektlegger viktigheten ved at helsepersonell gir omfattende og individuell tilpasset informasjon til riktig tid (Albaugh et al., 2017, s. 3; Chen et al., 2021, s. 4; Speer et al., 2017, s.19). Et av hovedresultatene i undersøkelsen til Speer et al. (2017, s. 19) er at det kan være for tidlig å prate om sex rett etter diagnostisering av prostatakreft. I akuttfasen er de i sjokk og ikke i mentalt stand til å absorbere denne type informasjon. En mann i studien til Chen et al. (2021, s. 5) sier følgende: «Been told you have got prostate cancer, (...) you are still recovering from the fact somebody's told you you are now carrying, walking around with cancer inside you».

Speer et al., (2017) sin studie påpeker at menn sitt primære fokus etter å ha fått den livsforandrende nyheten, er rettet mot å ta et valg mellom hvilken behandling som gir størst mulighet for overlevelse. De er utsatt for følelsesmessig stress og tanken på sin seksualitet blir ikke prioritert i akutfasen. En pasient sier: “Just getting rid of the cancer was the most important thing” (Speer et al., 2017, s. 19). En annen sa følgende: “(...) I would rather have a life than a sex life, that’s what it comes down to” (Speer et al., 2017, s. 19). Først når kreften ikke lenger er livstruende, blir menn mer mottakelige for å diskutere informasjon rundt sin seksualitet (Speer et al., 2017, s.20).

Det kommer frem i studien til Chen et al. (2021, s.4) at informasjonsbehovet til pasienter vokser i takt med sykdommen. Imidlertid blir informasjon om blant annet seksuelle bivirkninger ofte kun gitt ved starten av diagnostisering og behandling, altså i forløpet der pasientene ikke er klare til å ta imot informasjon om seksualitet og seksuell helse. Pasientene i studien til Albaugh et al. (2017, s. 3) råder helsepersonell til å gjenta informasjon både før, under og etter behandling. En pasient uttrykker opplevelsen slik: «I was not prepared for what was to follow ...» (Albaugh et al., 2017, s. 4).

Studien Albaugh et al. (2017, s. 3) belyser at helsepersonell har gitt feil og unøyaktig informasjon angående seksuell dysfunksjon etter behandling. De understreker viktigheten av omfattende informasjon og opplæring under sykdomsforløpet. En pasient i studien til Albaugh et al. (2017, s. 4) sier følgende: “(...) you definitely must keep everybody informed about what’s going on... (...)”.

4.2.2 Tilpasset informasjon

Både i studien til Chen et al. (2021, s. 6-7) og Speer et al. (2017, s. 21) er et av hovedpunktene som trekkes frem at pasienter har et sterkt behov for å bli sett på som unike mennesker med individuelle behov. Pasienter mener at helsepersonell bør se det enkelte individ, da alle mennesker har forskjellig dynamikk i livet som påvirker behovet for individualisert informasjon. I tillegg til at mennesker har forskjellig holdning til seksualitet, uttrykker pasientene at helsepersonell bør spesialtilpasse informasjonen deretter. «It [information about the sexual side effects of treatment] wasn’t tailored towards me. Not at all I don’t think.» beskriver en pasient om sin opplevelse med helsepersonell (Speer et al., 2017, s. 21).

Studien til Chen et al. (2021, s. 7) fremhever en deltaker som påpeker at pasientmassen har både ulike religiøse og kulturelle overbevisninger, fysisk, psykisk og mental helse, samt at familiære og personlige forhold varierer. Deltakerne i studien til Speer et al. (2017) uttrykker utfordringer ved at helsepersonell ikke tar hensyn til deres personlige forhold når det skal gis informasjon. Pasienter mener helsepersonell stadig gjør antagelser basert på sosiokulturelle normer og stereotyper om behovet for informasjon og kommunikasjon for pasientene. Deltakerne forklarer at deres behov for sex, betydning for seksualitet og seksuelle forhold ikke forsvinner ved alder og er upåvirket av seksuell legning og sivil status (Speer et al., 2017, s. 21). For at helsepersonell skal klare å se det unike menneske og gi individuell informasjon deretter, må en se individets totale liv under ett (Chen et al., 2021, s. 7).

4.2.3 Helhetlig kommunikasjon

I fire av fem studier (Albaugh et al., 2017; Chen et al., 2021; Matheson et al., 2020; Speer et al., 2017) kommer det frem at helsepersonell har forbedringspotensiale knyttet til kommunikasjon med pasienter og tilrettelegging for den enkelte pasient. I studien til Chen et al. (2021, s. 6) blir det belyst at helsepersonell ikke tar hensyn til pasientene sine følelser når de kommuniserer om forløpet, når de egentlig trenger tid og rom for bearbeiding av nyheten om diagnosen. Pasientene setter pris på muligheten for å komme tilbake for avklaring av allerede gitt informasjon og anledning til å stille flere spørsmål, når kommunikasjonen svikter.

Pasienter ønsker en helhetlig samtale om seksualitet i forhold til seksuelle bivirkninger som kan oppstå etter behandling, da fokuset ofte kun baseres på de fysiske og mekaniske aspektene hos menn (Speer et al., 2027, s. 20-21). Deltakerne i studien til Albaugh et al. (2017, s. 3) mener kommunikasjon er nøkkelen for å åpne seg opp og få støtte fra helsepersonell og eventuelle partnere. Dog, de forstår at det er utfordringer for alle parter å prate om tabubelagte temaer.

Deltakerne i studien til Speer et al. (2017, s. 20) påpeker at den helhetlige samtalen om hvordan behandling påvirker mennesket, både seksuelt og emosjonelt, ikke blir tatt opp av helsepersonell med mindre deltakerne selv tar opp temaet. Menn som er forberedt på seksuelle bivirkninger, som tap av ereksjon, er bedre rustet til å håndtere sin nye livssituasjon (Albaugh et al., 2017, s. 3). Studien til Speer et al. (2017, s. 21) belyser at helsepersonell ikke kommuniserer med pasienter for å håndtere det emosjonelle aspektet ved nedsatt seksualitet.

Fokuset er rettet mot det fysiske aspektet. En deltaker i studien uttrykker opplevelsen slik:
«(...) It didn't really deal with the emotional side of it. It dealt with the mechanics of the act,
but not the more complex emotions that come with it" (Speer et al., 2017, s. 20).

5.0 DISKUSJON

Den metodiske tilnærmingen er basert på valgte forskningsartikler som er av kvalitativ forskning. Friberg (2018, s. 143) påpeker at gjennomgangen av denne type litteratur er blitt kritisert. Mengden aktuell forskning er begrenset, noe som kan gjøre at forskere kan bli selektive ved valg av datainnsamling til sine studier.

I første del vil vi derfor diskutere forskningen sin relevans, med syn på vårt valg av kvalitativ metode og deltakerne i valgte forskningsartikler. Videre diskuterer vi gyldighet, med søkelys på hvilke likheter det er til norske forhold og rekruttering av deltakere. I tillegg diskuterer vi reliabilitet, med blikket rettet mot forskerne sin bakgrunn og alder på forskningsartiklene. Til slutt vurderer vi om de etiske forholdene er ivaretatt, samt om forskningen er hensiktsmessige for vår oppgave, og eventuelle språkbarrierer.

I andre del danner vi en ny helhet ved å diskutere resultatene fra forskningen i henhold til oppgavens problemstilling og teori. Her trekker vi også inn egne refleksjoner. Avslutningsvis kommer anvendelse i sykepleiepraksis.

5.1 Metodediskusjon

Under dette kapittelet vil vi diskutere de styrker og svakheter vi mener kommer med vår metodiske tilnærming, slik at vi vet det er troverdig kunnskap vi innhenter og analyserer (Dalland, 2020, s. 43).

Validitet betyr relevans. Det som undersøkes skal være relevant for hensikten (Dalland, 2020, s. 43). Ved å bruke kvalitativ metode har vi valgt forskningsartikler som fremhever pasientens synspunkt, fordi det kan tenkes at det er relevant å vite hva pasienter trenger av sykepleiere og andre helsepersonell for å prate om seksualitet og eget liv (Albaugh et al., 2017; Chen et al., 2021; Laursen, B. S., 2017; Matheson et al., 2020; Speer et al., 2017). Baksiden av dette er at tolkningen av resultatene er personavhengige, dermed vil slik forskning inneha en viss grad av subjektiv tolkning. I tillegg kan det tenkes at å få frem perspektivet til sykepleierne kunne vært en styrke for vår oppgave, da begge sider av saken kunne blitt belyst. Forskerne har til sammen inkludert 99 menn i alderen 44 - 89 år som informanter, i tillegg til 15 pårørende. Et felles kriterium for å delta i studiene er at mennene har blitt diagnostisert med prostatakreft, i tillegg til å være under behandling eller å være ferdigbehandlet for sykdommen (Albaugh et

al., 2017; Chen et al., 2021; Laursen, B. S., 2017; Matheson et al., 2020; Speer et al., 2017). En styrke kan tenkes å være at pårørende også deler sin erfaring fra den vanskelige tiden sammen med mennene. Svakheten kan være at de ikke forstår situasjonen i samme grad som de som har undergått selve sykdommen.

Validitet betyr også gyldighet. Kunnskapen som undersøkes skal være gyldig for å svare på hensikten (Dalland, 2020, s. 43). Vi var konsekvente på utvelgelse av forskningsartikler spesifikt fra vestlige land, da de kan sammenlignes med norske forhold på områder som samfunn, politikk og kultur (Tjernhaugen, 2022). De valgte forskningsartiklene er fra Storbritannia, USA og Danmark, og landene er medlem av FN. Derfor vil verdiene og synet på menneskerettighetene ha overensstemmelser med Norge, som også er medlem (FN-sambandet, 2021). Svakheten bak våre valg kan tenkes at ingen av forskningsartiklene kommer fra Norge, eller omhandler norske pasienter. Likevel valgte vi å inkludere forskningsartiklene fordi seksualitet har global relevans. Deltakere ble rekruttert via offentlige data og register, og informasjonen ble innhentet via intervjuer med deltakerne. Fire av studiene hadde fysiske intervju, noe som kan være en styrke da forskerne får en helhetlig oppfatning av informantene (Albaugh et al., 2017; Chen et al., 2021; Laursen, B. S., 2017; Speer et al., 2017). Den siste studien hadde intervju over telefon, noe som kan være en svakhet da forskerne ikke fysisk har møtt sine informanter og non-verbal kommunikasjon kan gå tapt (Matheson et al., 2020).

Reliabilitet står for pålitelighet. Studien av den spesifikke undersøkelse må gjøres korrekt. Feilmarginer som oppstår må påpekes (Dalland, 2020, s. 43). Flere av forskerne har doktorgrad eller annen høyere utdanning innenfor helse. Dette ser vi på som en styrke da de har egen erfaring innenfor sykepleie. Forskerne har et medisinsk perspektiv, noe som kan være en svakhet da de selv ikke har opplevd det de forsker på. Samtlige forskningsartikler er fem år eller nyere, noe som er innenfor et av våre eksklusjonskriterier (Albaugh et al., 2017; Chen et al., 2021; Laursen, B. S., 2017; Matheson et al., 2020; Speer et al., 2017). Vi var bevisst på valg av forskningsartikler som er nærmest nåtiden, da det er en styrke at nyere forskning er mer relevant. En svakhet kan potensielt være at vi utelukker annen god forskning som kunne vært relevant for vår oppgave.

Samtlige forskningsartikler har fått etisk godkjenning vurdert av forskningsetiske panel tilhørende universitetet de er knyttet til under forskningen. Panelet kontrollerer gyldigheten til

forskningen, noe som kan tenkes er en styrke til vår oppgave (Albaugh et al., 2017; Chen et al., 2021; Laursen, B. S., 2017; Matheson et al., 2020; Speer et al., 2017). Flere av forskningsartiklenes etiske retningslinjer er i samsvar med Helsinkideklarasjonen (World Medical Association, 2022). Dette innebærer at deltakerne frivillig deltar i studiene og kan trekke seg når de selv ønsker.

Etter grundig analyse har vi tillit til at resultatene fra forskningsartiklene er relevant for vår oppgave med de definerte avgrensningene. Forskningsartiklene vi har valgt samsvarer med vår hensikt, dog kan det gi begrensninger ved å ha eliminert andre relevante forskningsartikler. En annen begrensning kan tenkes å være at samtlige forskningsartikler er skrevet på engelsk, noe som gjorde at vi måtte oversette forskningsartiklene til norsk (Albaugh et al., 2017; Chen et al., 2021; Laursen, B. S., 2017; Matheson et al., 2020; Speer et al., 2017). Ved oversetting kan vi dermed ha mistet noe av den opprinnelige konteksten og forskningsartiklene kan oppfattes annerledes enn det som var intensjon. I tolkningsprosessen har vi søkt gjøre det beste med den kunnskapen vi besitter. Med tanke på at vi har brukt direkte sitat i vår oppgave, kan dette styrke troverdigheten i oversettelsesarbeidet.

5.2 Resultatdiskusjon

Før vi startet analysearbeidet av forskningsartiklene, antok vi at resultatene ville samsvare med egen erfaring fra praksis. Som tidligere beskrevet, opplevde flere deltakere på et seminar for prostatakreftrammede endringer i livskvaliteten. De kjente på en identitetsforstyrrelse knyttet til tap av seksuell funksjon etter gjennomgått radikal prostatektomi. På bakgrunn av dette savnet de informasjon i forkant av operasjon relatert til hvor belastende den mentale påkjenningen kunne bli. Vi har rettet søkelyset på forskning mot pasientens opplevelser, herunder det seksuelle, etter et slikt kirurgisk inngrep. Med dette som grunnlag har tanken vår vært å undersøke informasjonsbehovet pasientene etterlyste i behandlingsforløpet.

5.2.1 Pasientens opplevelser

Utvalgte studier viser at mange opplevde erektil dysfunksjon etter behandling for prostatakrefte hvor radikal prostatektomi ble utført. Dette gav utfordringer knyttet til menn sin seksualitet og de fikk bekymringer i forhold til den fysiske, psykiske og sosiale dimensjonen de befant seg i (Laursen, 2017; Albaugh et al., 2017; Matheson et al., 2020; Speer et al., 2017). Dette kan sees i lys av teori om at kirurgiske inngrep på genitaliene kan medføre en reduksjon i

selvbildet. Den maskuline rollen blir utfordret hvorpå angst, bekymring og depresjon kan oppstå. En påkjenning som går ut over intime relasjoner, det sosiale liv og arbeidslivet (Fosså et al., 2018, s. 109). Her synes det å være samsvar mellom forskning, teori og egne erfaringer. I studien til Laursen (2017, s. 120) underbygges pasientens reduksjon av maskulinitet og behovet for å redefinere sin seksualitet. Dermed kan det oppleves at tap av seksualitet har en stor innvirkning på menn sin livskvalitet. Forskning viser at menn knytter sin seksualitet opp til det å være viril (Laursen, 2017, s. 122). I studien til Albaugh et al. (2017, s. 4) uttrykker pasientene frustrasjon over tap av seksualitet. Det kan tenkes at årsaken til pasientene sine frustrasjoner rundt dette henger sammen med hvordan de definerer seg som menn. Funnene fra tre av de fem utvalgte forskningsartiklene viser at menn med erektil dysfunksjon skaper en distanse fra både intime og sosiale relasjoner (Albaugh et al., 2017; Laursen, 2017; Matheson et al. 2020). Det er derfor viktig at sykepleiere er bevisst på at tap av seksualitet er en viktig og personlig faktor i livet som rammer livskvaliteten. Når vi som sykepleiere møter pasienter i forbindelse med inngrep som kan gi seksuelle bivirkninger, herunder erektil dysfunksjon, er det derfor viktig å tenke på hvordan dette kan påvirke deres liv og velvære. Pasientene i studien til Speer et al. (2017, s. 20-21) rapporterer at informasjonen de mottok om nedsatt seksualitet før inngrepet var dominert av det mekaniske og ikke det emosjonelle aspektet. Det kan tenkes at sykepleiere har oversett at seksualitet er et av flere grunnleggende behov som også skal ivaretas. I løpet av studiet lærer vi om pasientens grunnleggende behov, herunder seksualitet. Vi har opplevd at dette ikke blir opprettholdt der vi har vært utplassert i praksis. Dersom en utelukker å informere om det psykiske aspektet etter gjennomføring av radikal prostatektomi, kan pasienten oppleve sin livssituasjon unødig negativ. Dette kan unngås ved å gi pasienten tid til å forberede seg på den mentale påkjenningen som kan komme.

5.2.2 Pasientens behov for informasjon

Pasientene i studien til Speer (2017, s. 19) og Chen et al. (2021, s. 4) beskriver at hovedfokuset deres etter nyoppdaget prostatakreft er rettet mot behandlingsforløp og prognose. Å prate om seksualitet er for tidlig og blir ikke sett på som en prioritet. Dette kan forstås i lys av teori der en pasient hovedsakelig i sjokkfasen, som oftest legger vekt på selve diagnosen og behandlingen som gir størst overlevelseshastighet. Tanken på seksualitet dukker gjerne opp ved et senere tidspunkt (Fosså, 2019, s.108). Studien til Speer et al. (2017, s. 20) påpeker at pasientene er klar til å tematisere seksualitet først når krefttilstanden ikke lenger truer livet. Som tidligere poengtert i teorikapitlet, er det optimalt å formidle informasjon under tilrettelagte forhold med fullt fokus (Eide & Eide, 2017, s. 219). Sett i kontekst av studien til

Chen et al. (2021, s. 4), blir informasjon rundt seksualitet ofte kun brakt på bane i begynnelsen av diagnoseforløpet. Det kan tenkes at det er et ugunstig tidspunkt hvor de ikke er mentalt forberedt på denne type informasjon. Pasientene beskriver at de har et behov for å prosessere informasjonen de nylig har mottatt, og heller returnere for ytterligere avklaringer angående det seksuelle. Det synes som majoriteten av pasientene i denne sjokkfasen opplever et bredt spekter av følelser hvor evnen til persepsjon er redusert. I tillegg underbygger teori at mange pasienter i denne fasen finner det vanskelig å beskrive sine bekymringer og de sliter med å tilkjenne problemer (Graugaard, 2016, s.14). Deres fokus bør være forbeholdt bearbeiding av nyheten om selve diagnosen, hvorpå sykepleiere kan nevne at seksualitet er et tema de kan komme tilbake til. For eksempel kan samtalen rundt seksualitet tas i tiden hvor pasienten befinner seg på post- og preoperativ avdeling. I samsvar med teoridelen, bør seksualitet tematiseres i alle sykdommens faser, da dette er en viktig faktor i pasientens liv (Graugaard, 2016, s. 17). Dersom pasientene kunne kommet tilbake for å forfriske informasjonen rundt seksualitet, hadde de også fått tid til å reflektere og forberede seg på å stille spørsmål.

Pasientene i studien til Albaugh et al. (2017, s. 3) råder sykepleiere til å gjenta informasjon om seksualitet både før og etter inngrep ved radikal prostatektomi. Studien belyser også at de har fått feil og upresis informasjon angående seksuell dysfunksjon etter behandling. Pasientene understreker viktigheten av omfattende informasjon og opplæring under sykdomsforløpet. Som tidligere nevnt hemmer seksuell dysfunksjon livskvaliteten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022, 45). Man kan anta at sykepleiere oppfatter seksualitet som uvesentlig å ta opp, til tross for at den er viktig for å opprettholde en god livskvalitet. En mulighet er at de har for lite kunnskap og bevissthet rundt seksualitet, eller at kunnskapen ikke kommer til anvendelse. I fire av studiene påpekes det i hvor stor grad tap av seksualitet kan påvirke både selvfølelse, maskulinitet og identitet. Dersom pasienter føler på nedsatt livskvalitet, kan dette få konsekvenser ved både intime og sosiale relasjoner (Albaugh et al., 2017, s. 4; Laursen, 2017, s. 122; Matheson et al., 2020, s. 323; Speer et al., 2021, s. 21). Sett i lys av dette er det grunn til å tro at å åpne opp for samtale om seksualitet er vesentlig både før og etter behandling. Det er svært viktig å opplyse pasientene om den psykiske påkjenningen behandling av radikal prostatektomi kan gi, med påfølgende seksuelle bivirkninger.

Vi lærer om seksualitet som et av de grunnleggende behov under utdanningen. Som tidligere nevnt i teorikapitlet påpekes det at til tross for at seksualitet er et kjent teoretisk tema og at helsepersonell kjenner til viktigheten av seksualitet, blir det likevel sjeldent tatt opp eller stilt spørsmål til pasientene rundt dette. Initiativet blir ofte lagt på pasienten for å starte dialog (Fosså et al., 2019, s. 112). Dette samsvarer med studien til Speer et al. (2017, s. 20) hvor pasientene selv må ta opp behovet for en helhetlig samtale om hvordan inngrepet kan påvirke både seksuelt og emosjonelt. Funn fra studien viser at menn som er forberedt på de seksuelle bivirkningene, som tap av ereksjon, er bedre rustet til å håndtere sin nye livssituasjon.

Det synes som sykepleiere spiller en viktig rolle i hvordan pasienter takler sin livssituasjon gjennom å gi god og helhetlig informasjon. Sykepleiere bør derfor følge retningslinjen om å gi individuelt tilpasset informasjon og sikre seg at den er forstått (NSF, 2019). Som nevnt i teorikapitlet, er helsepersonell lovpålagt å gi tilpasset informasjon på en hensynsfull måte. Helsepersonell skal så langt som mulig sikre seg at mottakeren har forstått innholdet og betydningen av informasjonen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-5). For å forsikre seg om at informasjon er forstått av pasienten, må man gi rom for å stille spørsmål og få en bekreftelse på at gitt informasjon er forstått (Fosså et al., 2018, s.168). Dette motstrides i funnene til Chen et al. (2021, s. 7) og Speer et al. (2017, s. 21) hvor pasientene formidler at det ikke blir tatt hensyn til individuell informasjon, men at den er tuftet på fordommer.

Sykepleiere legger sosiokulturelle normer og stereotypier til grunn når de skal informere og kommunisere med pasienter (Speer et al., 2017, s. 21). Å ikke ta hensyn til pasientenes individualiserte informasjonsbehov og heller bygge vurderinger på fordommer, kan gi et inntrykk av at pasientenes følelser og opplevelser blir bagatellisert. Siden alle mennesker har sin egen identitet, må behovet for informasjon derfor tilpasses den enkelte pasient. Dette underbygges i studien til Chen et al. (2021, s. 6-7) og Speer et al. (2017, s. 21) hvor det uttrykkes at alle har forskjellige utgangspunkt, og at en derfor må se det enkelte individ og gi spesialtilpasset informasjon deretter. Studien til Chen et al. (2021, s. 7) framhever en deltaker som påpeker at pasientmassen har både ulike religiøse og kulturelle overbevisninger, fysisk, psykisk og mental helse, samt at familiære og personlige forhold varierer.

Pasientene i studien til Albaugh et al. (2017, s. 3) bekrefter utfordringer i å prate om seksualitet som et tabulagt tema. God kommunikasjon er en forutsetning for at pasienter skal få en trygg og åpen dialog med sykepleier. For å kunne prate om seksualitet med den enkelte

er det viktig med gode kommunikasjonsferdigheter. I tillegg er god kommunikasjon også faglig og personorientert, hvor en aktivt lytter til pasienten (Eide & Eide, 2018, s.16). Joyce Travelbee (2018, s.138) sin kommunikasjonsteori tar utgangspunkt i verbal og nonverbal kommunikasjon mellom sykepleier og pasient. Sykepleiers form for kommunikasjon kan dermed ha stor betydning for pasientens opplevelse. Det er mange faktorer som vil påvirke pasientens opplevelse av hjelp og støtte. Mennesker er ikke ensartede, og de får frem ulike sider hos hverandre. Relasjonen mellom sykepleier og pasient vil kunne ha betydning for om pasienten åpner seg, og om han våger å stille spørsmål som er viktige for han. Som tidligere nevnt er mennesker unike og responderer individuelt på sykdom (Travelbee, 2018, s. 138). Travelbee påpeker viktigheten av å se hvordan den enkelte pasient erfarer sin egen sykdom. Bruken av kommunikasjon som verktøy skaper en gjensidighet i informasjonsflyten mellom sykepleier, pasient og deres pårørende (Eide & Eide, 2018, s. 17). Det er viktig av temaene for samtalene mellom sykepleier og pasient er relevante og passende i situasjonen (Travelbee, 2018, s.148). Det kan tenkes at sykepleiere ikke vet hvilken innfallsvinkel de skal benytte seg av for å ta opp seksualitet.

PLISSIT- modellen er et redskap som sykepleiere kan benytte seg av for kommunikasjon og behandling av seksuelle utfordringer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022, s. 26). Hensikten med denne modellen er å tilnærme seg pasienten på en varsom og respektfull måte for å prate om seksualitet. Her representeres nivåene på en gradvis og terapeutisk måte. De ulike nivåene ble beskrevet i teorikapitlet hvor strategiplanen til Helse- og omsorgsdepartementet hevder at sykepleiere skal kunne håndtere de to nederste nivåene. Det første trinnet står for tillatelse, der sykepleier tilkjenner overfor pasienten at det er rom for å prate om seksualitet. Det andre nivået omhandler begrenset informasjon. Her gir sykepleier begrenset informasjon om seksualitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022, s. 26). På dette nivået er det naturlig å informere om bivirkninger som kan oppstå. Det er mulig at dersom sykepleierne i de utvalgte forskningsartiklene hadde tatt utgangspunkt i modellen, kunne pasienten fått grundigere informasjon på hvordan erektil dysfunksjon kan virke inn på identiteten. Her kunne de også tilbudt pasientene om å returnere for en ny samtale, dersom bivirkningene etter radikal prostatektomi skulle oppleves som problematisk og dermed forsøke å finne en løsning. PLISSIT- modellen kan være et verktøy sykepleiere kan benytte seg av for å ta opp temaet seksualitet. Dersom dette blir praktisert, åpnes en mulighet for at pasientene ikke opplever hull i deres informasjonsbehov knyttet til seksualitet.

6.0 Anvendelse i praksis

Sykepleiere har et ansvar å ta vare på den enkelte pasient og gi faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp. Dette inkluderer å sette pasient i sentrum og se enkeltmennesket bak sykdommen, uansett alder, seksuell legning, sivilstatus, familiære og personlige forhold, religion og kultur (Chen et al., 2021, s. 7). Helsepersonell skal gi helhetlig sykepleie og tilstrebe at pasienten føler seg ivaretatt på best mulig måte. Funn fra studiene viser at pasientens livskvalitet blir redusert ved tap av seksualitet, som igjen påvirker det fysiske og psykiske aspektet bak sykdommen og behandlingen (Albaugh et al., 2017, s. 4). I tillegg er informasjon gitt av sykepleiere rundt temaet seksualitet ikke tilstrekkelig nok til å dekke pasientenes informasjonsbehov. På bakgrunn av dette er vårt inntrykk at sykepleiere har forbedringspotensial på hvordan de ivaretar pasienter på best mulig måte. Vi har dermed utarbeidet noen forslag som kan bidra til at terskelen for å ta opp seksualitet i samtale med pasient blir lavere:

- Ved å etablere en åpnere kultur på avdelingen der seksualitet anses som tabubelagt, vil en oppnå et klima for frie samtaler og refleksjoner der tanker og erfaringer deles. Opplevs det enklere å ta opp vanskelige tema med kollegaer, vil det også bli enklere å ta opp samme tema med pasienter.
- Det bør utarbeides tydelige retningslinjer og hjelpemidler for sykepleiere. Dette bør inkludere faste samtaler om seksualitet i sykdomsforløpet hos pasienten. Dette kan gjøres ved å utarbeide standardiserte spørsmål som hjelpemiddel til sykepleier og kan brukes eksempelvis ved en inntakssamtale. Under disse samtalene bør pasienten informeres om støttegrupper hvor han kan kommunisere med andre i lignende situasjon. Siden pårørende blir berørt av pasienten sin situasjon, bør de også få tilbud om samtale med helsepersonell.
- Ledelsen bør sørge for at alle ansatte har høy kompetanse til å kunne stå i vanskelige samtaler med pasienter. Ved å undervise, veilede, holde regelmessige kurs og ha tverrfaglige fagutviklingsdager, vil kunnskapen og ferdighetene til ansatte økes.
- Etablere et godt tverrfaglig samarbeid, slik at man kan henvise pasienter som trenger mer støtte videre til spesialister med mer kompetanse. For eksempel psykologer med

[1582 & 1737]

spesialitet innen seksualitet og/eller kreft. Godt tverrfaglig samarbeid fører til gjensidig deling av kompetanse.

Kildehenvisninger

Albaugh, J. A., Sufrin, N., Lapin, B. R., Petkewicz, J. & Tenfelde, S. (2017). Life after prostate cancer treatment: a mixed methods study of the experiences of men with sexual dysfunction and their partners. *BMC Urology* 17, 45 (2017), <https://doi.org/10.1186/s12894-017-0231-5>

Bjørk, I. T. & Breievne, G. (2012). Kropp og velvære. Skaug, E.-A. (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 2* (2. utgave, s. 372-401). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Chen, H., Twiddy, M., Jones, L. & Johnson, M. J. (2021). The unique information and communication needs of men affected by prostate cancer: A qualitative study of men's experience. *European Journal of Cancer Care*, 30(6), Artikkel e13503. <https://doi.org/10.1111/ecc.13503>

Dalland, O. (2021). *Metode og oppgaveskriving* (7. utgave). Gyldendal.

Felleskatalogen. (2020, 1. desember). *Prostatakreft*. <https://www.felleskatalogen.no/medisin/sykdom/prostatakreft>

Friberg, F. (2022). *Dags för uppsats* (4. utg.). Studentlitteratur.

Graugaard, C. (2016). *Krop, sykdom & seksualitet*. Hans Rietzels Forlag.

Grønmo, S. (2021, 10. januar). *Fagfelle vurdering*. Store norske leksikon. <https://snl.no/fagfelle vurdering>

Helsebiblioteket. (2017, 13. desember). *Sex etter kreft*. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/seksuell-helse/sex-etter-kreft>

Helsebiblioteket. (u.å.). *Seksuell dysfunksjon hos menn*. Hentet 16. desember 2022 fra <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/seksuell-helse/seksuell-dysfunksjon-hos-menn>

Helsedirektoratet. (2022, 14. oktober). 8.4. *Radikal prostatektomi (RP)*.

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/prostatakreft-handlingsprogram/behandling-med-kurativ-intensjon/radikal-prostatektomi-rp>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). Snakk om det!: Strategi for seksuell helse (2017-2022). Regjeringen.

https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf

Kreftforeningen. (2022, 24. november). *Prostatakreft*. Kreftforeningen. Hentet 30. november 2022 fra <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/prostatakreft/>

Kreftregisteret. (2021, 8. juni). *Kreft i Norge*. Hentet 2. november 2022 fra

<https://www.kreftregisteret.no/Temasider/om-kreft/>

Laursen, B. S. (2017). Sexuality in men after prostate cancer surgery: a qualitative interview study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(1), 120-127.

<https://doi.org/10.1111/scs.12328>

Matheson, L., Nayoan, J., Rivas, C., Brett, J., Wright, P., Butcher, H., Gavin, A., Glaser, A., Watson, E. & Wagland, R. (2020). A qualitative exploration of prostate cancer survivors experiencing psychological distress: loss of self, function, connection, and control. *Oncology nursing forum*, 47(3), 318-330. DOI: [10.1188/20.ONF.318-330](https://doi.org/10.1188/20.ONF.318-330)

NSF. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Norsk Sykepleierforbund. Hentet 11. januar 2023 fra

<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3

Prostatakreftforeningen. (u.å.). *Impotens*. Hentet 16. desember 2022 fra

<https://prostatakreft.no/a-leve-med-prostatakreft/impotens/>

Romundstad, P. R. (2020, 19. mai). *IMRAD*. Store norske leksikon. <https://sml.snl.no/IMRAD>

Silva, M. (2022, 1. november). *Prostatakreft*. Krefregisteret. <https://www.krefregisteret.no/Temasider/kreftformer/Prostatakreft/>

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

Stubberud, D.-G., & Grønseth, R. (2022). *Klinisk sykepleie 2* (6. utgave). Gyldendal Norsk Forlag AS.

World Medical Association. (2022, 6. september). WMA Declaration of Helsinki - Ethical principles for medical research involving human subjects. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Vedlegg 1: Søkelogg

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensning	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte artikler
25.10.22 Qual.	Cinhal	S1: "Prostate cancer" S2: "Sexuality" OR "Attitude to sexuality" S3: "Nurse" OR "Nurse attitudes" S1 AND S2 AND S3	Peer reviewed 2012-2022	11	3	1	1
28.10.22 Clinical	Cinhal	S1: "Prostate cancer" S2: "Sexual dysfunction" S3: "Communication" S1 AND S2 AND S3	Peer reviewed 2012-2022 Europe	5	2	1	1
11.11.22 Sexuality	Svemed+	S1: "Prostatic neoplasms" S2: "Sexuality" S3: "Quality of life" S1 AND S2 AND S3	Peer reviewed 2013-2022	5	2	2	1
14.11.22 Unique	Cinhal	S1: "Prostatic neoplasms" OR "Prostate cancer" S2: "Nurse*" OR "Nurse attitudes" OR "Nurse-patient ratio" S3: "Communication" S1 AND S2 AND S3	Peer reviewed 2012-2022 Europe	23	6	2	1

14.11.22 Life after	Cinhal	S1: “erectile dysfunction OR impotence OR sexual dysfunction” S2: “prostatectomy” OR “prostate cancer” OR postprostatectomy” S3: “sexuality” S1 AND S2 AND S3	Peer reviewed 2012-2022 Europe	10	5	2	1
--	--------	--	--------------------------------------	----	---	---	---

Vedlegg 2: Oversiktstabell

Forfatter (e) Publiseringsår Tidsskrift Land Tittel	Hensikten med studien	Perspektiv	Metode og analyse	Utvalg/populasjon	Hovedfunn/resultater
Matheson et al. 2020 Oncology of nursing, UK <i>A qualitative exploration of prostate cancer survivors experiencing psychological distress: loss of self, function, connection, and control</i>	Å utforske menn sine erfaringer med prostatakreft som identifiseres med psykiske plager og å identifisere faktorer som påvirker plager.	Pasient	En kvalitativ tilnærming. Informasjon ble hentet inn basert på semistrukturerte intervjuer over telefon. Videre ble informasjonen tematisk analysert basert på en rammetilnærming .	28 menn med diagnostisert prostatakreft 18-42 måneder tidligere.	Menn med psykiske plager hadde sterke oppfatninger av tap mot seg selv og sin identitet, tap av fysisk funksjon, tap av tilknytning til andre, og tap av kontroll, både emosjonelt og for fremtiden. Den psykologiske sårbarheten var forhøyet i bestemte grupper menn. Menn var dårlig til å tilpasse seg situasjonen ved å fortie sin emosjonelle side, unngå å søke hjelp, og trekke seg tilbake.
Forfatter (e) Publiseringsår Tidsskrift Land Tittel	Hensikten med studien	Perspektiv	Metode og analyse	Utvalg/populasjon	Hovedfunn/resultater
Speer et al.	Å fremme forståelsen av	Pasient	En kvalitativ tilnærming basert	21 menn fra Storbritannia	Hovedfunnene fra artikkelen ble

2017 Social Science & Medicine, UK <i>The clinical communication and information challenges associated with the psychosexual aspects of prostate cancer</i>	menn sin oppfatning av kommunikasjons- og informasjonsutfordringer knyttet til de psykoseksuelle aspektene ved prostatakreft og dens behandling.		på semistrukturerte intervjuer. Intervjuene ble analysert ved hjelp av tematisk analyse.	som har blitt behandlet for prostatakreft.	kategorisert i tre temaer. Det kan være for tidlig å prate om sex. Psykologien om sex mangler. Kommunikasjonen er ikke individuelt tilpasset pasienten.
Forfatter (e) Publiseringsår Tidsskrift Land Tittel	Hensikten med studien	Perspektiv	Metode og analyse	Utvalg/populasjon	Hovedfunn/resultater
Laursen, B. S. 2017 Scandinavian Journal of Caring Sciences, Danmark <i>Sexuality in men after prostate cancer surgery: a qualitative interview study</i>	Å belyse effekten av kirurgisk behandling for prostatakreft på menn sin seksualitet.	Pasient	En kvalitativ tilnærming basert på intervjuer. Utredningen av intervjuene har en fenomenologisk tilnærming og en hermeneutisk tolkning.	Fire menn deltok i studien ut ifra å bli rekruttert basert på at de oppfylte inklusjonskriteriene; (1) være behandlet for prostatakreft, (2) ha erektil dysfunksjon og (3) leve i et stabilt	Fire hovedtemaer ble analysert ut fra intervjuene: mangel på kontroll, selvfølelse, intime relasjoner og redefinering av ens seksualitet.

Forfatter (e)	Hensikten med studien	Perspektiv	Metode og analyse	heteroseksuelt forhold.	Hovedfunn/resultater
Publiseringsår Tidsskrift Land Tittel					
Chen et al. 2021 European Journal of Cancer Care, UK <i>The unique information and communication needs of men affected by prostate cancer: A qualitative study of men's experience</i>	Å utforske spesifikke informasjons- og kommunikasjonsbehov til menn rammet av prostatakreft for å informere om utviklingen av et tilpasset undervisningssopplegg for helsepersonell.	Pasient	En kvalitativ, beskrivende tilnærming. Det ble gjennomført semistrukturerte intervjuer over telefon. Informasjonen som ble innhentet ble analysert ved hjelp av en rammemetode.	19 menn og 6 omsorgspersoner.	Fire tema ble belyst som hovedfunn: Hull i informasjonen som blir gitt av helsepersonell, forbedringspotensiale av kommunikasjonsferdighetene til helsepersonell for å gi god og effektiv informasjon, behovet for individualisert informasjon, og bruken av alternative informasjonskilder for å møte udekkede behov. Dette gjelder uavhengig av kreftstadium og behandling.
Forfatter (e) Publiseringsår Tidsskrift Land Tittel	Hensikten med studien	Perspektiv	Metode og analyse	Utvalg/populasjon	Hovedfunn/resultater
Albaugh et al. 2017	Å undersøke erfaringene til menn med	Pasient	Et blandet metoddesign basert på åpne	Menn med seksuell dysfunksjon fra	Funne fra intervjuene var mange: frustrasjon ved seksuell

<p>BMC Urology, USA</p> <p><i>Life after prostate cancer treatment: a mixed method study of the experiences of men with sexual dysfunction and their partners</i></p>	<p>seksuell dysfunksjon og deres partnere etter behandling av prostatakreft.</p>		<p>spørsmål under intervju.</p>	<p>enten kirurgisk fjerning eller strålebehandling 1-5 år etter behandling, samt deres partnere.</p> <p>27 menn fullførte studien, inkludert 9 partnere.</p>	<p>dysfunksjon, viktighet av støtte og forståelse fra andre, depresjon og angst knyttet til seksuell dysfunksjon, viktigheten av intimitet med partner, faktorer som påvirker behandlingstilfredshet, og opplæring og omfattende informasjon om sex.</p>
---	--	--	-------------------------------------	--	--

(Albaugh et al., Chen et al., Laursen, B. S., Matheson et al. & Speer et al.)