

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid,
Pilestredet,
Fakultet for helsefag

Kandidatnummer: 612

Eksamensnavn: SYBAS3900

Dato: 01.06.17

Klasse: S

Kull: 2014

Antall ord: 8914

Seksuelle utfordringer etter radikal
prostatektomi

-

Sexual challenges after radical
prostatectomy

Sammendrag

Bakgrunn

Prostatakreft er den vanligste formen for kreft i Norge, med 5061 nye tilfeller i 2015 (Kreftregisteret, 2015). Radikal prostatektomi er en av behandlingsformene ved prostatakreft, og bivirkningene av denne operasjonen vil både direkte og indirekte påvirke pasientens seksualitet, maskulinitet, selvbilde og parforhold (Ervik, 2012).

Problemstilling

«Hvordan kan sykepleier veilede menn som har gjennomgått radikal prostatektomi til å møte seksuelle utfordringer?»

Metode

Oppgaven er et litteraturstudium og er basert på relevant faglitteratur og forskning på området. Forskningsartiklene er hovedsaklig funnet i høgskolens databaser ved å benytte søkeordene: *Prostatectomy, Nursing, Erectile dysfunction, Urinary incontinence, bother, sexuality* og *prostatecancer*.

Resultater

Forskning viser at menn får for lite informasjon om bivirkninger etter radikal prostatektomi og hvilke følger dette vil ha for dem (McGlynn, et al., 2004). Selv om forskning viser at de fleste sykepleiere vet at sykdom vil påvirke pasientens seksualitet, tar mange sykepleiere ikke opp temaet med pasientene (Saunamäki, Andersson, & Engström, 2009). Bivirkningene erektil dysfunksjon og inkontinens vil påvirke pasientens livskvalitet og parforhold, og forskning viser at disse bivirkningene også vil påvirke pasientens maskulinitetsfølelse (Ervik, 2012). Pasientene opplever at de blir overlatt til seg selv ved hjemkomst, uten at de får snakket om sine utfordringer rundt seksualiteten (Ervik, 2012).

Diskusjon

Prostatakreft handler om mer enn selve behandlingen. Det handler også om livet etterpå og følgene av bivirkninger som erektil dysfunksjon, inkontinens og hvordan dette påvirker pasientens seksualitet. Mange vil oppleve skam, og opplever det vanskelig å ta opp temaet

med andre enn partneren. Sykepleiere mangler kunnskap om seksualitet, og dette hindrer dem i å ta opp temaet med pasientene (Saunamäki, Andersson, & Engström, 2009). PLISSIT-modellen kan brukes for å tilnærme seg temaet og møte pasientene med empati, forståelse og profesjonalitet (Borg, 2010). Det er viktig at sykepleier tar initiativ til å kommunisere om seksualitet med pasienter som har gjennomgått radikal prostatektomi, samt med en eventuell partner (Ervik, 2012). Dermed kan pasienten få luften sine tanker og utfordringer ved seksualiteten, og videre få svar på sine spørsmål og få veiledning om dette. Det er viktig for sykepleiere at vi har kunnskap om hvilke utfordringer pasientene kan møte, både eksistensielle og funksjonelle, og hvordan dette kan påvirke livet og parforholdet i etterkant (Ervik, 2012).

Innhold

Sammendrag.....	2
1.0 INNLEDNING.....	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	5
1.2 Presentasjon av problemstilling.....	6
1.3 Avgrensning av oppgaven.....	6
1.4 Oppgavens disposisjon.....	7
2.0 METODE.....	8
2.1 Hva er metode?.....	8
2.2 Presentasjon av metode.....	8
2.3 Litteratursøk.....	9
2.4 Kildekritikk.....	11
3.0 TEORIDEL.....	12
3.1 Cancer prostata.....	12
3.2 Symptomer og diagnostikk ved cancer prostata.....	12
3.3 Kurativ behandling av cancer prostata.....	13
3.4 Utfordringer for pasienten etter radikal prostatektomi.....	14
3.5 Seksualitet og seksuell helse.....	15
3.5.1 Menns seksualitet og maskulinitet.....	16
4.0 TEORETISK RAMMEVERK.....	18
4.1 Sykepleierens undervisende- og veiledende funksjon.....	18
4.2 Profesjonell kommunikasjon.....	19
4.2.1 PLISSIT-modellen og sykepleierens rolle i seksuell veiledning.....	20
5.0 DRØFTING.....	22
5.1 Å snakke med pasient og partner om seksualitet.....	22
5.2 Retten til informasjon og plikten til å informere.....	26
5.3 Forandret selvbylde, seksualitet og maskulinitet.....	28
6.0 Oppsummering.....	31
Litteraturliste.....	33

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Prostatakreft er den hyppigst forekommende kreftformen i Norge, og i 2015 ble det diagnostisert 5061 nye tilfeller av prostatakreft i Norge og omtrent 1 av 8 menn vil få påvist prostatakreft i sin levetid (Kreftregisteret, 2015). Prostatakreft dreier seg derfor om en stor del av befolkningen, og det vil derfor være viktig å ha kunnskaper om disse pasientene. Radikal prostatektomi er en av behandlingsformene ved prostatakreft, og bivirkningene av denne operasjonen vil både direkte og indirekte påvirke både seksualitet, selvbildet, maskulinitet og parforhold. Denne oppgaven tar for seg ett viktig tema, seksualitet, og hvordan vi som sykepleiere kan kommunisere om seksualitet med pasienter som har gjennomgått radikal prostatektomi, samt med en eventuell partner.

Pasienter som har fått gjennomført radikal prostatektomi vil ofte i etterkant få utfordringer relatert til erektil dysfunksjon og inkontinens. I første omgang vil nok alt dreie seg om å overleve kreften, men etter behandlingen kommer hverdagen, og det er da disse utfordringene vil dukke opp, og de vil direkte og indirekte påvirke pasientens seksualitet.

Seksualitet er endel av det å være menneske, og omfatter flere aspekter ved livet enn samleie (Gamnes, 2012). Et sitat fra sexolog Randi Gjessing; ‘*Det er mye mellom null og knull*’ har jeg hentet fra en dokumentarserie på NRK, og jeg valgte å ta med sitatet fordi jeg synes det forklarer så mye om hva seksualitet *er* med så få ord, nettopp at seksualitet dekker et stort spekter av følelsesmessig intimitet og fysisk intimitet. I samme dokumentar snakker også en mann som har gjennomgått denne operasjonen, og han forklarer at seksualiteten ikke er som den var før; spontaniteten er borte, og han trenger hjelp fra partner og må bruke hjelpemidler for å kunne være istand til å gjennomføre et samleie. Han forklarer også at han er redd for at hans partner skal se på han som annerledes enn før sykdommen, og at hun ikke skal være tiltrukket av den han er blitt, og at det derfor er blitt viktigere for han med nærhet, kos og bekreftelse enn det var før (NRK, 2014).

Det er derfor viktig at vi som sykepleiere snakker om seksualitet med pasientene når det gjelder sykdom, fordi sykdommen vil både direkte og indirekte påvirke deres seksualitet.

Mange pasienter er kanskje ikke bevisste på at denne situasjonen vil kunne oppstå, og vil da synes det er vanskelig å stå i denne situasjonen når den eventuelt kommer.

Alle mennesker er forskjellige, og mennesker vil naturligvis også være forskjellige når det kommer til seksualitet. Noen har ingen problemer med å snakke om temaet, mens andre vil ikke snakke om det i det hele tatt, og dette må respekteres. Seksualitet er et personlig og intimt tema, og som sykepleiere må vi trå varsomt når vi skal ta initiativ til å snakke om temaet. Men selv om vi vet at det er viktig å snakke om temaet med pasientene, viser forskning at mange sykepleiere ikke gjør det (Saunamäki, Andersson, & Engström, 2009). En av grunnene kan være at sykepleiere føler at de ikke har nok kompetanse til å snakke om temaet.

Når det er snakk om seksualitet blir PLISSIT-modellen sentral, ettersom den forsøker å forklare hvordan vi kan tilnærme oss temaet når vi snakker med pasientene (Borg, 2010).

1.2 Presentasjon av problemstilling

Jeg har formulert følgende problemstilling i denne oppgaven:

«Hvordan kan sykepleier veilede menn som har gjennomgått radikal prostatektomi til å møte seksuelle utfordringer?»

1.3 Avgrensning av oppgaven

For å avgrense oppgaven vil jeg kun forholde meg til pasienter som har gjennomgått radikal prostatektomi som behandlingsmåte, selv om jeg nevner andre behandlingsformer i teorikapittelet. Jeg avgrenser også problemstillingen til pasienter som er ferdigbehandlet for kreft, og fokuserer på bivirkningene. Jeg vil også fokusere på temaer som endret kroppsbilde og svekket maskulinitet, som er temaer som vil påvirke pasientens seksualitet etter endt behandling.

Opgaven avgrenses ikke til om pasienten har fast livspartner eller ikke, men jeg drøfter likevel hvordan pasientens utfordringer vil kunne påvirke en eventuelt partner og relasjonen mellom dem.

Kreft er en potensielt livstruende sykdom, og dette vil ofte berøre eksistensielle sider hos pasienten. Psykiske plager som angst, depresjon og frykt har det ikke vært plass til å drøfte i oppgaven, men det nevnes noen steder i oppgaven for sammenhengens skyld.

Jeg ser for meg at jeg møter disse pasientene ved oppfølging og kontroll poliklinisk enten 3 eller 6 måneder etter utført operasjon. Det er da pasientene skal tilbake til hverdagen igjen, og jeg forestiller meg at det er da spørsmålene om seksualitet vil bli sentrale.

1.4 Oppgavens disposisjon

Kapittel 2 utgjør oppgavens metodedel. Kapittel 3 inneholder aktuell teori for oppgaven. Kapittel 4 utgjør oppgavens rammeverk, sykepleierens undervisende og veiledende funksjon samt kommunikasjon og PLISSIT-modellen. Kapittel 5 utgjør oppgavens drøftingsdel hvor jeg svarer på oppgavens problemstilling. Kapittel 6 inneholder en oppsummering av oppgaven.

2.0 METODE

2.1 Hva er metode?

Dalland (2012) viser til sosiologen Vilhelm Aubert for å definere hva metode er:

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilke som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Dalland, 2012, s. 110).

Metode er altså en fremgangsmåte for å finne svar på noe vi lurer på. Det er en presentasjon av hvordan man har kommet frem til kunnskapen man har funnet og at kunnskapen svarer på problemstillingen man har formulert. Dalland (2012) skriver også at begrunnelsen for metoden man velger er at metoden vil gi gode data og belyse problemstillingen på en faglig interessant måte.

Ifølge Dalland (2012) er det to spørsmål som må stilles til data som man samler inn:

- Hvilken relevans har dataene iforhold til problemstillingen?
- Hvor pålitelig er måten dataene samlet inn på?

2.2 Presentasjon av metode

Denne oppgaven er et litteraturstudium hvor jeg bruker allerede eksisterende kunnskap som jeg har hentet fra databaser og bøker. Litteraturen inneholder ikke alltid det siste innenfor forskning, og derfor er fag- og forskningsartikler ofte en nødvendighet for å kunne svare på problemstillingen (Dalland, 2012).

Innenfor forskningsmetoder har vi kvantitativ og kvalitativ metode. Kvantitativ metode brukes når man er ute etter tallfestede resultater i form av målbare enheter, og kvalitativ metode brukes når man ikke kan få resultater i målbare enheter (Dalland, 2012).

Et litteraturstudium regnes derfor som kvalitativ metode, ettersom jeg gjennom å studere og lese litteratur og fag- og forskningsartikler, tolker det noen andre har skrevet. Kvalitativ

metode er viktig for meg i forhold til å finne ut hvordan pasientenes liv blir påvirket i etterkant av radikal prostatektomi, og vil gi et mer helhetlig bilde av pasientenes utfordringer i forhold til seksualitet, selvbilde og maskulinitet.

Kvantitativ metode vil også være aktuelt, men da på en annen måte. Kvantitativ metode kan gi svar på hvor mange som gjennomgår radikal prostatektomi iløpet av en tidsperiode eller hvor mange av disse pasientene som vil gjennomgå utfordringer i etterkant av operasjonen, men den vil ikke gå i dybden og fortelle noe om opplevelsen eller det særegne hos hver enkelt pasient (Dalland, 2012). Pasienters opplevelse av en situasjon kan være så forskjellig, men det kan også være mange likeheter.

2.3 Litteratursøk

Gjennom prosessen å søke etter litteratur til denne oppgaven, har jeg brukt mye pensumlitteratur. Pensumlitteraturen jeg har brukt har dekket temaer som kommunikasjon, sykdomslære, etikk og sykepleieprosessen, noe som har vært svært nyttig i prosessen med å skrive denne oppgaven.

Siden det var lite av pensumlitteraturen som dekket temaer innenfor seksualitet, har jeg brukt noen bøker utenom pensumlitteratur som jeg har funnet relevante for temaet. Denne litteraturen har vært i liten grad fokusert mot sykepleie som profesjon, men heller vært fokusert mer generelt. Jeg har allikevel valgt å bruke denne litteraturen i oppgaven, da jeg ser kunnskapen som relevant for temaet jeg har valgt.

I oppgaven har jeg brukt litteratur fra Høgskolens eget bibliotek, noe fra nettet, samt at jeg har brukt mye fra bøker jeg har hatt fra tidligere i sykepleieutdanningen.

Jeg har også søkt etter artikler og forskning på nettet ved å bruke følgende databaser: *Cinahl*, *EBSCOhost*, *Oria* og *Medline*. For redegjørelse av søkeprosess, se Tabell 1 nedenfor.

Tabell 1.

Database	Søkeord	Avgrensning	Treff	Leste abstract	Gransket	Inkludert
Cinahl Søk 1	Prostatectomy, Nursing, Erectile dysfunction	Årstall 2007-2017	10	3	1	1
Cinahl Søk 2	Prostatectomy, Bother	Årstall 2007-2017	2	2	2	2
Cinahl Søk 3	Preoperative Education, Urinary Incontinence, Nursing	-	5	2	1	1
EBSCOhost Premier Search Academic	Sexuality attitudes, nursing, discussing	Årstall 2007-2017	7	2	1	1
Oria	Prostatakreft	-	35	1	1	1
Medline	Prostate-cancer, Spouses, Quality of life, Caregivers	Årstall 2007-2017	9	5	2	1

Jeg har funnet syv engelskspråklige forskningsartikler, alle kvalitative studier, som jeg har vurdert som aktuelle for å besvare min problemstilling. Jeg vurderer det som at kvalitativ forskning vil hjelpe meg best til å svare på problemstillingen, ettersom jeg er ute etter pasientens opplevelse. Ved søk har jeg brukt søkeordene og AND for å komme frem til artiklene. Erviks doktorgrad (2012) er funnet ved at jeg fant en artikkel om henne på sykepleien.no, og deretter søkte etter forfatternavn i Oria.

Funnene fra forskningen blir drøftet fortløpende i drøftingen.

2.4 Kildekritikk

Kildekritikk er å vise at en forstår om en kilde er relevant og troverdig (Dalland, 2012).

Da jeg søkte etter forskningsartikler, brukte jeg databaser som er godkjent av Høgskolen i Oslo og Akershus. For å sikre at de artiklene jeg fant var forskningsartikler, kontrollerte jeg at de var bygget opp med IMRAD-struktur. Jeg leste gjennom artiklene, og vurderte om forskningsartiklene var relevante for temaet, og deretter om de kunne brukes.

Ved å anvende faglitteratur som er godkjent av HIOA visste jeg at kildene var sikre, men at jeg likevel måtte være skeptisk til teorien, ettersom jeg tidligere har skrevet at litteratur ikke nødvendigvis inneholder det siste av forskning (Dalland, 2012). Det var viktig at jeg brukte den siste utgaven av bøkene, slik at bøkene inneholdt det siste av forskningen, men jeg måtte allikevel være skeptisk til hvor lenge siden de var skrevet. Jeg så også på forfatterinformasjon for å vurdere om kilden var god eller ikke, og vurderte ut ifra forfatterens utdanning om bøkene ville være relevante for oppgaven eller ikke. I denne oppgaven har jeg brukt mye pensumlitteratur, og disse bøkene har jeg antatt er relevante.

PLISSIT-modellen er skrevet av en amerikansk psykolog og er egentlig til bruk for seksuelle utfordringer i psykiatri, men modellen har i senere tid blitt overført over til somatikken, og blir brukt av både Borg (2010), Almås (2004) og nevnes av Aars (2011). Med dette som grunnlag har jeg derfor valgt å stole på modellen og bruker den derfor i oppgaven. Den versjonen av modellen jeg anvender er oversatt til norsk av Borg (2010).

3.0 TEORIDEL

Sykepleie skal være kunnskapsbasert. I dette kapitlet vil jeg legge frem aktuell teori som er sentral for min problemstilling, og som jeg vil bruke som grunnlag for drøftingen senere i oppgaven.

3.1 Cancer prostata

Prostata, også kalt blærehalskjertelen, ligger under urinblæren og omgir den øverste delen av urethra (urinrøret). Kjertelen skiller ut en væske som bidrar til spermienes bevegelsesevne.

Som nevnt i innledningen, er kreft i prostata den hyppigste kreftformen i Norge, med over 5000 nye tilfeller i 2015 (Kreftregisteret, 2015). Sykdomsfrekvensen stiger med alderen, og de fleste diagnostiseres etter 60-årene (Larsen, S. M. 2011).

3.2 Symptomer og diagnostikk ved cancer prostata

I de tidlige stadiene er prostatakreft symptomfri. Ved økende vekst av kjertelen kan en se obstruktive urinlatingsproblemer, ettersom prostata ligger rundt urethra og klemmer sammen. En stor kjertel kan i enkelte tilfeller trykke på endetarmen, noe som kan føre til obstipasjon (Larsen, S. M. 2011).

Diagnostisering av prostatakreft omfatter rektal eksplorasjon hvor legen kan kjenne på kjertelen, hvor størrelse og konsistens kan vurderes (Larsen, S. M. 2011). I tillegg har man tumormarkøren PSA (prostata spesifikt antigen), som er et enzym som produseres i prostata og utskilles via prostatagangene til urinrøret. Enzymets oppgave er å hindre at proteinene i sædvæsken koagulerer, og dermed holde væsken flytende. Ved normal cellevekst vil kun små mengder PSA lekke over i blodet, mens ved ukontrollert cellevekst som ved prostatakreft, vil større mengder av PSA lekke over i blodet, noe som fører til økte serumverdier (Berg & Fosså, 2010).

En PSA-blodprøve er derfor en god markør for å stille diagnosen i dag, siden kliniske symptomer opptrer sent i forløpet. Man kan derfor stille diagnosen lenge før pasienten ville ha fått symptomer fra prostatakrefteften (Berg & Fosså, 2010).

Man kan se en tendens i kreftregisteret til at det er flere og flere som får diagnosen hvert år, blandt annet på grunn av bedre måter å diagnostisere på, samt at menn har blitt flinkere til å gå til legen for å undersøke seg enn tidligere (Watson, 2000).

3.3 Kurativ behandling av cancer prostata

Dersom svulsten er blitt vurdert til å være lokalisert til prostata, uten spredning, er det teoretisk sett mulig å fjerne alt svulstvev kirurgisk. I disse tilfellene er de to eneste internasjonalt anerkjente kurative behandlingstilbudene radikal prostatektomi og høyt dosert strålebehandling, hvor prostatektomi regnes som gullstandarden (Berg & Fosså, 2010).

Radikal prostatektomi foretrekkes oftest hos pasienter som har små tumorer uten gjennomvekst av prostatakapselen, og som har minst 10 års forventet levetid (Berg & Fosså, 2010). Radikal prostatektomi innebærer å fjerne hele prostata og ofte begge sædblæreene. Fordi urethra går igjennom prostata, blir urethra klippet av, og det anlegges en anastomose mellom urethra og blæreåpningen, altså at urinblæra blir koblet direkte på urinrøret. Såkalt nervebesparende kirurgi øker sannsynligheten for at ereksjon kan opprettholdes (Berg & Fosså, 2010).

Radikal prostatektomi kan gjøres ved åpen eller laparoskopisk kirurgi (kikkhullskirurgi). Fordelen med laparoskopisk kirurgi er mindre blødning og kortere postoperativ rehabilitering. Ved noen sykehus i Norge er det blitt innført en robot som kirurgene bruker i operasjonen, såkalt Robot Assistert Laparoskopisk Prostatektomi (RALP) (Berg & Fosså, 2010). Pasientene som skal gjennomgå denne operasjonen må i forkant informeres godt om muligheten for ereksjonsproblemer og varierende grad av inkontinens (Larsen, S. M. 2011).

Strålebehandling kan i noen tilfeller være aktuelt, spesielt hvis kirurgen mistenker at han ikke klarer å fjerne alle kreftcellene ved bruk av kirurgi (Berg & Fosså, 2010). Det brukes høye doser stråling direkte på prostata, men annet nærliggende vev blir også uungåelig strålet, noe som kan føre til at pasientene blir plaget med urinlatingsproblemer og plager fra rectum.

Denne behandlingen brukes ofte i kombinasjon av hormonbehandling. Kreftcellene i prostata er ofte avhengig av hormonet testosteron for å vokse, og ved å bremse dette hormonet kan det også bremse at kreften vokser (Larsen, S. M. 2011).

3.4 utfordringer for pasienten etter radikal prostatektomi

Prostatakraft er ofte forbundet med det å skulle leve med en potensielt dødelig sykdom. Kanskje hører man bare ordet kreft, og gjør seg mange tanker rundt dette. De fleste har kanskje erfaring fra tidligere, enten at en bekjent eller nær familie har hatt kreft, eller man kan ha hørt om det i media eller lest i litteratur. Forskning viser at menn som er blitt behandlet med radikal prostatektomi ligger innenfor populasjonens gjennomsnitt når det gjelder angst og depresjon rundt sykdommen, iforhold til menn som er blitt behandlet med andre behandlingsformer. Dette kan være fordi følelsen av å bli kvitt kreften letter på mange følelser og reduserer angsten for sykdomsutvikling (Ervik, 2012).

Men samtidig som kreft er en skummel diagnose, kan bivirkningene av behandling av prostatakraft gi utfordringer i seksuallivet.

Berg og Fosså skriver at i en studie blandt menn ett år etter gjennomført prostatektomi, hadde 62% av dem noe urinlekkasje. I samme studie hadde 85% av de prostatektomi opererte pasientene sjelden eller aldri nok ereksjon til å gjennomføre samleie (2010).

Ereksjonssvikt, eller erektil dysfunksjon (som heretter vil bli kalt ED), defineres av Aars (2011) som en vedvarende mangel på å bevare tilstrekkelig erigert penis til å kunne gjennomføre vaginalt eller analt samleie. Aars skriver i tillegg at det er snakk om ED hvis tilstanden har vart lenger enn seks måneder. ED kan være minimal, moderat eller av alvorlig karakter. Fjerning av prostata vil gjøre mannen steril, fordi sæd ikke lenger vil komme ut gjennom urethra, de vil få såkalte tørre utløsninger (Aars, 2011). Dette kan i seg selv være en påkjenning hos pasienter som ønsker barn. Pasientene får derfor spørsmål om de ønsker å fryse ned sædprøver som senere kan brukes til assistert befruktning (Oncolox, 2014).

Radikal prostatektomi fører også til inkontinens for en periode, men hvor lenge dette varer varierer fra pasient til pasient (Gjerland, Almås, Grønseth, 2011)

Isaksen (2001) skriver at pasienter som sliter med inkontinensproblemer er redde for og frykter andres reaksjoner av at de kan se og lukte kroppsprodukter som voksne mennesker

vanligvis strever med å holde skjult for andre, noe som resulterer i tap av verdighet hos pasientene. Dette i tillegg til at pasientene føler det som ydmykende å uverdigg å miste kontroll over tømingsfunksjonene (Isaksen, 2001). Isaksen skriver også at det å ha kontroll over egen kropp er sentralt i den maskuline identiteten og maskulinitetsfølelsen, noe som kanskje kan forklare hvorfor studier viser at menn føler det mer problematisk enn kvinner å ikke ha full kontroll over tømingsfunksjonene (Isaksen, 2001).

3.5 Seksualitet og seksuell helse

Begrepet seksualitet kommer fra det latinske ordet *sexus*, som betyr kjønn. Kjønn er noe som vi konkretiserer på forskjellige måter, og behovet for dette gjenspeiler behovet for tilhørighet og klassifisering.

Ordet kjønn har også igjennom tidene hatt ulike betydninger, og har vært knyttet til kropp, handlinger, sosial konstruksjon, formeringsevne, makt og underkastelse. Kjønn gir en tilhørighet og en rolle i samfunnet som er av stor betydning for hvordan vi oppfatter oss selv (Gamnes, 2012).

I dagligtale bruker mange ordet *sex* om seksuell omgang som involverer kjønnsorganene, men ordet *seksualitet* har en bredere betydning enn dette. Ordet seksualitet referer til alle de aspekter som har med å være en seksuell person, og ikke nødvendigvis bare knyttet til erotiske aktiviteter (Gamnes, 2012).

Vi kan snakke om seksualitetens seks R-er:

- *Relasjon* – seksualitet skaper samhørighet, pardanning og tilhørighet
- *Respekt* – seksualitet krevet at en er oppmerksom for egne og andres grenser, ønsker og lyster
- *Relaksasjon* – seksualitet skaper rom for avslapping og avspenning
- *Rekreasjon* – seksualitet gir rom for glede og fornøyelse
- *Rehabilitering* – seksualitet er godtgjørende og oppbyggende
- *Reproduksjon* – seksualitet gir mulighet for å få barn, forplantningsfunksjon

(Gamnes, 2012)

Noen mener at seksuell aktivitet er en forutsetning for god fysisk og psykisk helse og velvære, men andre kan kanskje mene at dette ikke er like viktig og kan fint leve uten dette i kortere eller lengre perioder. Men som tidligere nevnt, seksualitet omfatter så mye mer enn bare fysisk tilfredsstillelse. Gamnes derimot skriver at *nærhet* til andre mennesker er en nødvendig forutsetning for god helse – uansett livssituasjon (2012).

Mange pasienter med kreft føler at det kroppslige selvbildet blir forandret etter kirurgiske inngrep, og det finnes tilfeller hvor partnere får irrasjonelle forestillinger om at kreft er smittsomt og trekker seg unna. I tillegg tenker man at kreft er en skummel diagnose, og man vil ikke presse seg på sin partner som har kreft. Man kan se at seksuelle problemer oppstår ved sykdom, og mange par trekker seg unna seksuell kontakt når sykdom oppstår og finner det vanskelig å opprette den tidligere seksuelle kontakten når sykdommen er stabilisert (Almås, 2004). Det er derfor viktig at vi som sykepleiere tar oss tid til å snakke om seksualitet med pasient og gjerne partner.

Aars (2011) skriver at han mener at samtaler omkring seksualitet bør være obligatorisk for alle pasienter med kreft, og at mange sykepleiere ikke tar opp temaet selv fordi de tenker at pasienter tar opp temaet hvis det er viktig for vedkommende. Aars (2011) skriver også at erfaring viser at pasientene selv synes det er vanskelig å ta opp dette intime og personlige temaet, og at pasientene selv forventer at helsearbeideren tar initiativ til å snakke om temaet. Når det er snakk om kreft, tar ofte spørsmål om selve kreften fokuset bort fra seksualiteten, enten fordi pasienten ikke ønsker å snakke om seksualitet, eller fordi vi som sykepleiere ikke snakker om det, noe som kan gi pasienten en følelse av at seksuallivet antakelig er over (Aars, 2011).

3.5.1 Menns seksualitet og maskulinitet

Aars skriver at forskjellene mellom menns og kvinners seksualitet er mindre enn likhetene, og å skrive om menns seksualitet kan umulig gjøres uten å berøre kvinners seksualitet (2011). De fleste gutter har siden fødselen vokst opp i et heterofilt miljø hvor det finnes heteroseksuelle normer over hva som er bra og dårlig, riktig og galt. Menn fremstilles ofte annerledes i media enn kvinner, og dette er kanskje den gammeldagse fremstillingen av kjønnene. Menn fremstilles ofte som sterke, dominante, maskuline og har ofte en lederrolle, mens kvinner

fremstilles som den underdanige (Aars, 2011). Potens hos menn symboliserer maskulinitet, så naturlig nok vil tap av denne føre til tap av manndom, som kan føre til at mannen føler seg utilstrekkelig og lite attraktiv som seksualpartner (Reitan, 2010).

I studien gjort av Ervik (2012) kommer det frem at pasientene opplevde inkontinens og ED som det verste med sykdommen. ED følte som en trussel mot deres maskulinitet, og dette førte til refleksjoner rundt hva det å være mann betydde, men at seksuelle utfordringer var en pris verdt å betale for å få et forlenget liv. Dette kan forklare at det er en tett forbindelse mellom maskulinitet og seksuell funksjon og prestasjon.

Almås og Benestad (2006) beskriver begrepene *kjønnsidentitet* og *kjønnsstilørighet*. *Kjønnsidentitet* er den individuelle følelsen og opplevelsen av å være og tilhøre et spesifikt kjønn, ut ifra kroppsopplevelse og kroppsbilde. *Kjønnsstilørighet* baserer seg derimot på personens opplevelse av å tilhøre en kategori og å få bekreftelse fra miljø og omgivelser at personen faktisk tilhører denne kategorien. Forskjellen er altså at *kjønnsidentitet* er personens personlige oppfatning, mens *kjønnsstilørighet* er en bekreftet relasjon (Almås & Benestad, 2006).

Mange av oss vil oppleve *kjønnsidentiteten* som stabil gjennom hele eller deler av livet, men ulike typer livskriser, som cancer prostata kan forandre personens opplevelse av den.

4.0 TEORETISK RAMMEVERK

4.1 Sykepleierens undervisende- og veiledende funksjon

Tveiten (2013) skriver at:

Hensikten med sykepleierens pedagogiske funksjon kan være oppdagelse, læring, vekst, utvikling og mestring (s. 31).

Dette betyr at sykepleierens pedagogiske funksjon har som hensikt å legge tilrette for oppdagelse, læring, vekst, utvikling og mestring hos pasienten. Dette kan være at pasienten tilegner seg kunnskap om sykdommen, nye holdninger og nye ferdigheter som hjelper pasienten til å forholde seg til sykdommen og pasientens symptomer. Dette fører igjen til at pasienten mestrer det å leve med sykdommen sin i større grad, og dette fører til økt livskvalitet hos pasienten. Begrepet *pedagogisk funksjon* inneholder flere underbegreper, blandt annet *undervisning* og *veiledning* (Tveiten, 2013), som jeg skal fokusere på i denne oppgaven.

Sykepleierens *undervisende* funksjon er ganske enkelt forklart at sykepleieren formidler kunnskap til pasienten, pårørende, studenter eller kollegaer. Det har en bevisst hensikt, og kunnskapen som formidles er ofte gjennomtenkt fra før av, og kunnskapen formidles for at personen det formidles til skal lære noe. (Tveiten, 2013). Kunnskapen som formidles må derfor *skreddersys* mottakeren. Dette vil si at det du underviser en pasient og pårørende om, er ikke nødvendigvis det samme du underviser studenter eller kollegaer om. Hvem mottakeren er vil også naturligvis begrense hvilke begreper du bruker i hvilke situasjoner. Underviser du en pasient vil du antakelig bruke et lettere språk og unngå for mye fagtermer (Tveiten, 2013).

Sykepleierens *veiledende* funksjon overlapper med den undervisende funksjonen. Hensikten er også den samme, at mottakeren skal lære noe. Igjen som med den undervisende funksjonen, vil måten veiledning skjer på være forskjellig fra hvem mottakeren er. Uansett hvilken måte man veileder på, skal det legges til rette for refleksjon og bearbeidelse hos mottakeren, eller pasienten, slik at dette fører til oppdagelse, læring og erkjennelse av hva pasienten faktisk vil forandre med situasjonen sin (Tveiten, 2013).

Hvordan man kan bruke sykepleierens undervisende og veiledende funksjon i møte med pasienter som har gjennomgått radikal prostatektomi, vil jeg gå nærmere inn på i drøftingsdelen av oppgaven.

4.2 Profesjonell kommunikasjon

Kommunikasjon i sin enkleste form kan defineres så enkelt som utveksling av meningsfulle tegn mellom to eller flere parter. Begrepet *kommunikasjon* kommer fra det latinske ordet *communicare*, som betyr å ha en forbindelse med noen, eller å ha noe felles (Eide & Eide).

Profesjonell kommunikasjon blir ikke det samme som kommunikasjon vi bruker i dagliglivet. Når vi er på jobb, så kommuniserer vi ikke på samme måte som vi gjør som privatpersoner, vi kommuniserer som sykepleiere. Som sykepleiere bruker vi profesjonell kommunikasjon som et verktøy for å skape tillit og fortrolighet hos pasienten. Å bruke god og riktig kommunikasjon skaper nærhet og et godt samarbeid mellom sykepleier og pasienten, og blir derfor utgangspunktet for god behandling og rehabilitering. Sykepleierens hovedmål er å *fremme helse, forebygge sykdom, gjenopprette helse og å lindre lidelse*, og profesjonell kommunikasjon er et nødvendig og viktig verktøy (Eide & Eide). Det forventes av både medarbeidere og pasienter at vi som sykepleiere kommuniserer på en måte som er faglig begrunnet og har som formål å være hjelpende for pasienten (Eide & Eide).

I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere står det at grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og deres verdighet, og at sykepleie baseres på omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter (NSF, 2016). For at vi skal kunne oppnå dette er det viktig med god profesjonell kommunikasjon når vi har med pasienter å gjøre, samt å vise respekt ved å involvere pasienten og la pasienten få innflytelse i samtaler og beslutninger, og dermed å bevare pasientens autonomi og likeverd (Eide & Eide).

Profesjonell kommunikasjon og fagkunnskaper henger sammen. Det hjelper ikke å ha gode kommunikasjonsferdigheter hvis man ikke klarer å se pasientens behov. Gjennom sykepleieprosessen vil vi kunne hjelpe pasienten til å løse eller i alle fall forholde seg til sine helseproblemer. Vi identifiserer problemet, lager sykepleiediagnose, setter mål, utarbeider plan for arbeidet, gjennomfører planen og evaluerer resultatet. Gjennom denne prosessen

involverer vi som sykepleier pasienten i beslutninger som gjøres, samt at vi får pasienten med i denne prosessen for å få et best mulig resultat (Eide & Eide).

Å snakke om seksualitet med pasienter kan være vanskelig, ettersom pasientenes utgangspunkt når det gjelder å snakke om dette temaet er veldig forskjellig. Noen vil kanskje ikke snakke om det, og stopper sykepleieren når vi prøver å ta opp temaet, og dette må respekteres. Mens andre pasienter har ingen problemer med å snakke om sine mest intime og personlige tanker (Aars, 2011).

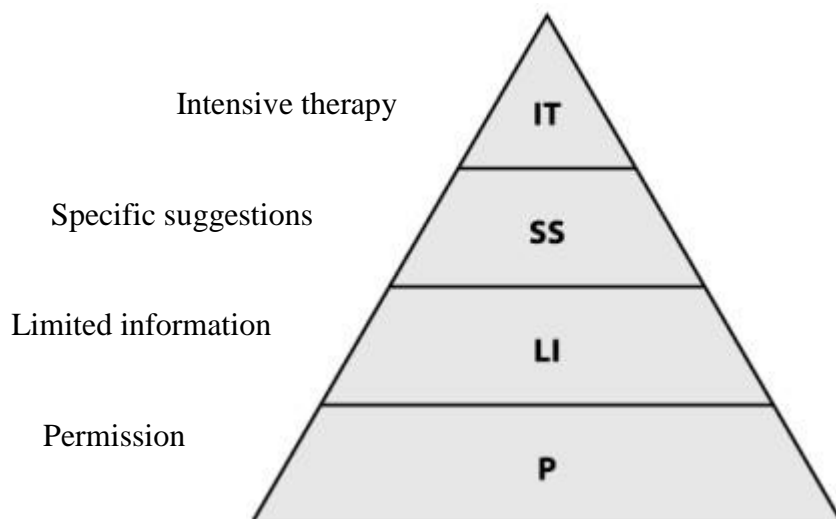
4.2.1 PLISSIT-modellen og sykepleierens rolle i seksuell veiledning

Borg (2010) skriver at det fortsatt er mange sykepleiere som unngår å snakke om seksualitet, og dette bekrefter også den kvalitative studien gjort av Saunamäki (2009), hvor 80% av deltagerne ikke tok seg tid til å snakke om seksualitet med pasientene.

Borg (2010) skriver at det kan være flere grunner til at sykepleiere ikke snakker om temaet med pasientene, blandt annet sjenanse fra sykepleierens side og at mange stiller alt for høye krav til seg selv med tanke på kunnskap og profesjonalitet.

Men det er uansett viktig at vi tar opp temaet med pasienten, spesielt når vi har med pasienter som har vært igjennom radikal prostatektomi, ettersom vi vet at dette har store konsekvenser for seksualitet. Om vi som sykepleiere ikke tar opp temaet, styrker vi fordommene om at seksualitet er et avsluttet kapittel for denne pasientgruppen (Borg, 2010).

Kommunikasjon er ifølge Borg (2010) det viktigste arbeidsredskapet vi som sykepleiere har, og derfor er PLISSIT-modellen et verktøy som det er nyttig å ha kunnskap om når man skal veilede pasienter innenfor seksualitet. PLISSIT-modellen er skrevet av den amerikanske psykologen J. Annon (helsedirektoratet, 2017) og begrepet står for *Permission, Limited Information, Specific Suggestions* og *Intensive Therapy*. Dette kan oversettes til norsk med: Tillatelse, Begrenset informasjon, Konkrete forslag og Intensiv terapi.



Figur 1.

Tillatelse handler om at sykepleieren ganske enkelt legger opp til at det er greit å snakke om seksualitet. Målet er at pasienten skal få mulighet til å snakke om sine tanker rundt temaet, noe som tar utgangspunkt i at sykepleieren er villig til å snakke om seksualitet (Borg, 2010).

Begrenset informasjon handler om at pasienten skal få, og har krav på, nok informasjon til å kunne ta del i beslutninger som gjelder ham selv. At pasienten får informasjon om sykdom, behandling, og i dette tilfellet konsekvenser for seksualiteten bidrar til større åpenhet og forståelse hos pasienten. Informasjonen bør gis sammen med pasientens partner dersom det er tilfellet (Borg, 2010).

Konkrete forslag handler om å gi råd for å hjelpe pasienten til å bli i stand til å mestre konkrete situasjoner. Dette innebærer konkrete forslag til løsninger på hvordan pasienten og partner kan opprettholde et godt seksualliv (Borg, 2010).

Intensiv terapi er aktuelt når pasientene trenger dypere og mer spesialisert behandling enn det som kan løses på de tidligere trinnene. Dette kan være alvorlige psykiske problemer, dypere samlivsproblemer eller ED problematikk der hjelpemidler ikke har vært effektive. Dette punktet er forbeholdt spesialister innenfor feltet, for eksempel urologi, sexologi eller kirurgi. Jeg vil derfor ikke forholde meg videre til dette punktet i denne oppgaven.

5.0 DRØFTING

I dette kapittelet vil jeg drøfte teori og forskning opp mot problemstillingen jeg har formulert. Derfor gjentar jeg problemstillingen;

«Hvordan kan sykepleier veilede menn som har gjennomgått radikal prostatektomi til å møte seksuelle utfordringer?»

Jeg vil bruke sykepleierens undervisende og veilende funksjon og PLISSIT-modellen for å svare på problemstillingen, samtidig som jeg drøfter dette opp mot teorien og forskningen jeg har valgt ut til oppgaven.

5.1 Å snakke med pasient og partner om seksualitet

Flere tidligere studier viser at de fysiske bivirkningene som følge av behandling mot prostatakreft har en betydelig innvirkning på pasientenes seksuelle helse samt pasientens og partnerens følelse av livskvalitet. Både følelsen av å ikke klare å prestere seksuelt og tap av sexlyst har vist å ha betydning for mannens følelse av maskulinitet. Selv om seksualitet er aktuelt innenfor alle typer kreft, har det blitt vist at prostatakreft har store konsekvenser for pasientens seksuelle helse (Ervik, 2012).

Dermed er det viktig at vi som sykepleiere snakker om temaet seksualitet med pasientene, både for at pasientene kan få snakke om følelser eller utfordringer de har rundt temaet. Å snakke om seksualitet med pasienter kan være vanskelig både for sykepleier og pasient, fordi det er et intimt og personlig tema som de fleste holder for seg selv og en eventuell partner. Hammer (2010) skriver imidlertid at om sykepleieren er åpen om seksualitet og er trygg på å snakke om dette, vil det bli lettere for pasienten å snakke om temaet også. Studien gjort av Lombraña, M. et al. (2012), konkluderer nettopp med hvor viktig det er at sykepleiere snakker med pasienten om temaet, for å få frem den enkelte pasientens utfordringer, noe som er vitalt for videre behandling av ED. Aars (2011) forklarer at menn er veldig forskjellige i hvor åpne de er om temaet, som jeg har tidligere nevnt. Tidligere forskning viser derimot at de fleste menn unngår å snakke om seksuelle problemer, kun om det er høyst nødvendig, og at mange bare snakker med partneren sin om problemene (Ervik, 2012).

For å legge grunnlaget for bedre kommunikasjon kan PLISSIT-modellen være et viktig hjelpemiddel. Denne modellen kan tilpasses og brukes av sykepleier i de aller fleste situasjoner der seksualitet er et tema.

En studie fra 2013 (Huang et al.) viser at sykepleiestudenter er mest positive til å snakke om seksualitet på det første trinnet i PLISSIT-modellen, *tillatelse*. De var minst positive til å snakke på de siste nivåene, som innebærer å gi spesifikke råd og intensiv terapi. Dette er imidlertid et nivå for spesialister, som for eksempel urologer og sexologer (Borg, 2010). I studien gjort av Saunamäki et al. (2009) kommer det frem at de eldre sykepleierne føler seg mer kompetente til å snakke om seksualitet med pasientene enn de yngre sykepleierne, og dette kan nok ganske enkelt forklares med at de har mer erfaring som sykepleier og lengre livserfaring, og derfor har større selvtillit når det kommer til å snakke om vanskelige, intime og personlige temaer, eller at det følte mer naturlig å snakke om seksualitet med noen på samme alder.

Almås (2004) skriver at dersom en ikke har avklart sin egen seksualitet som privatperson, kan det være vanskelig å akseptere andres seksualitet, og dermed gjøre det vanskelig å forholde seg profesjonell. Kan dermed sykepleierens usikkerhet rundt sin egen seksualitet gjøre at vi unngår å ta opp temaet? Almås & Benestad (2006) påpeker nettopp at det profesjonelle møtet med menneskelig seksualitet vil være påvirket av våre egne erfaringer, tabuer, fortrenghninger og konflikter. Dette fordi det er et området de fleste ikke er utdannet til å være profesjonelle innenfor.

Min erfaring fra sykepleiestudiet er at seksualitet har hatt lite fokus i undervisningen, noe som resulterer i at studentene har lite kunnskap om seksualitet. Dette samsvarer også med forskning, ettersom lite kunnskap om temaet var en av grunnene til at sykepleierne ikke tok opp temaet med pasientene (Saunamäki, Andersson, & Engström, 2009). Dermed kan jeg tenke meg at sykepleierstudenters kompetanse om seksualitet ikke er så forskjellig fra en som er ferdig utdannet.

Seksualitet er endel av det å være menneske, og fordi en av sykepleierens oppgaver er å se pasientens grunnleggende behov, mener jeg at seksualitet bør ha et større fokus i sykepleierutdanningen enn det har nå.

Lite kompetanse gjør nok at mange vegrer seg for å ta opp temaet med pasienten, men på en annen side skriver Borg (2010) at de fleste seksuelle utfordringer kan løses bare ved lytte til pasienten og gi støtte. Dette samsvarer med at forskning viser nettopp at en positiv og

respektfull holdning fra sykepleiers side i spørsmål om seksualitet har en støttende funksjon i forhold til å oppnå god seksuell helse hos pasientene (Saunamäki, Andersson, & Engström, 2009). Det er ikke nødvendigvis sånn at hvis sykepleier tar opp temaet, så skal vi kunne løse alle pasientens seksuelle problemer, uansett hvor store de er. Nettopp en av de viktigste ferdighetene en sykepleier må ha er å kjenne sine begrensninger, og å vite når man skal henvise pasienten videre til noen som har mer kompetanse på området. De to siste punktene i PLISSIT-modellen er, som nevnt tidligere, utenfor sykepleierens kompetanseområde. Når vi som sykepleiere ikke kan klare å løse utfordringene som ligger på de to første nivåene, er det vår plikt som sykepleiere å sørge for at pasienten får den hjelpen de trenger, og henvise pasienten videre til spesialister – enten sexolog eller urolog (Borg, 2010).

Å ta opp temaet seksualitet kan være vanskelig, og derfor er det viktig å ha en inngangsport. Jeg kan tenke meg at man tar pasienten på enerom, for å kunne gi informasjon som er skreddersydd den enkelte pasienten (Tveiten, 2013). Her kan vi for eksempel ha hengende plakater som omhandler temaet, som kan være en inngangsport for å snakke om temaet. Forskning viser faktisk at det å bruke humor når man snakker om seksualitet, kan gjøre det lettere for pasientene å åpne opp for å prate om temaet (Ervik, 2012). Dette kan være en måte å allminneliggjøre seksualitet og at pasientene ikke føler det så flaut å snakke om temaet, og at dette kan være en måte å få igang praten om pasienten føler at temaet blir for personlig. Men mennesker er forskjellige og vil kunne reagere på forskjellige måter, og Watson (2000) konkluderer med nettopp dette. Watson (2000) skriver at vi ikke kan ha forventninger om at alle menn reagerer likt, og sykepleieren må derfor tilpasse seg dette, og dette samsvarer også med teori om kommunikasjon (Eide & Eide). Der humor kan få igang praten hos noen menn, kan det hos andre menn føles nedverdiggende, stigmatiserende og uverdigg (Eide & Eide), spesielt når kommunikasjonen omhandler et så personlig og intimt tema som seksualitet. Bruk av humor må derfor nøye gjennomtenkes av sykepleieren.

En annen inngangsport kan også være når pasienten kommer tilbake til sykehuset 14 dager etter inngrepet for å fjerne kateter og agraffer fra operasjonssårene (Oncolox, 2017). Hammer (2010) skriver imidlertid at pasienten bør her bli oppfordret av sykepleier til å starte med en eller annen form for stimulering, hvis han ønsker å få tilbake ereksjonen så raskt som mulig. Seksuell stimuli i seg selv vil hjelpe til å opprettholde funksjonen, fordi det øker blodsirkulasjonen i svampegemene (Hammer, 2010). Nå vil det også være naturlig å ta opp temaer som inkontinens, bekkenbunnstrening og forskjellige hjelpemidler iforhold til disse

utfordringene. Hammer (2010) skriver at pasienten også burde oppfordres til å begynne med ereksjonsfremmende tabletter. Vi som sykepleiere kan gi råd, men det er pasienten selv som bestemmer hva han vil gjøre og i hvilket tempo (Hammer, 2010). Det er en grunnleggende sannhet i god kommunikasjon at man aksepterer at mennesker er forskjellige og at de har forskjellige behov, og det gjelder også for sykepleiere.

Det er også viktig å delaktiggjøre pasientens partner, dersom de har en partner. For de fleste er seksualitet noe de deler med en annen, og målet for all seksuell veiledning bør derfor være å få pasienten og en eventuell partner til å snakke sammen om seksualitet (Berg & Fosså, 2010). Partneren har vist seg å være pasientens beste kilde til støtte gjennom sykdomsforløpet, og mange menn støtter seg til partnerens praktiske og emosjonelle støtte (Ervik, 2012). Derimot en kvalitativ studie publisert i 2013 konkluderer med at partneren faktisk kan oppleve høyere grad av engstelse og emosjonelt stress enn pasientene selv under sykdomsforløpet (Harden, K., et al., 2013), og dette nevnes også i Erviks doktorgrad (2012). Ervik (2012) skriver også at begge parter i studien omtalte situasjonen som noe de begge gikk igjennom felles, men mannens følelser og tanker var i fokus, og partnerene følte at de måtte undertrykke sine egne følelser og angst for å føle at de hadde kontroll over den vanskelige situasjonen.

Ervik (2012) konkluderer også med at mennene i hennes studie følte tristhet rundt hvordan ED påvirket deres partners seksualliv og livskvalitet.

Forskning viser at flere av partnerne til pasienter med prostatakraft ofte føler at de trenger noen utenfor familien å snakke med om sine følelser, fordi de opplever at alt fokus var på mannen, og at profesjonelle fagfolk med erfaring fra prostatakraft var å foretrekke (Ervik, 2012). Ervik (2012) beskriver dette som at å snakke, men sikkert dreie fokuset fra pasienten over mot både pasient og partner er noe som kan være til fordel for begge parter. Det er derfor viktig at vi som sykepleiere også ser partneren, både med tanke på informasjon og støtte.

I denne sammenhengen vil jeg trekke fram dokumentaren fra NRK om pasienten som var prostata operert. Sexologen i programmet anbefalte paret å ikke ha samleie på 4 uker. I disse ukene skulle paret fokusere på de andre sidene ved det å være kjærester, nemlig nærhet, kos og vennskapelighet. I deres situasjon var hele fokuset på at han skulle klare å få ereksjon, og klare å gjennomføre et samleie, og dette ble et tungt teppe som lå over dem hele tiden (NRK, 2014). Dette er også i tråd hva Hammer (2010) skriver, og hun konkluderer med det samme.

Hammer (2010) skriver imidlertid at ved å flytte fokuset bort fra ereksjonen, kan man fjerne dette stresset, og målet er at samleie skal kunne bli en naturlig del av hverdagen. For ikke å snakke om at det å få ereksjon samtidig som å ha prestasjonsangst kan i seg selv være umulig (Aars, 2011), og at dette er en unødvendig faktor på toppen av at pasienter som er prostektomert allerede kan ha utfordringer med ereksjonen.

5.2 Retten til informasjon og plikten til å informere

I Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 «*Pasientens og brukerens rett til informasjon*» står det at pasienten har rett til *informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen* (Lov om pasient- og brukerrettigheter, 2009). Det står også at dette inkluderer informasjon om både mulige risikoer og bivirkninger.

Vi som sykepleiere har en plikt ovenfor pasienten til å informere, men vi er altså også *lovpålagt* til å informere om bivirkninger av behandlingen som pasienten får. Forskning viser at det er viktig for pasientens livskvalitet i etterkant av radikal prostatektomi at de er informert om mulige risikoer og bivirkninger av behandlingen (McGlynn, et al., 2004). Lovverket legger dermed føringer for nettopp det forskning viser er så viktig, nemlig at pasientene er godt informert. Men på en annen side viser forskning gjort i Sverige ser vi at 80% av deltagerne i undersøkelsen ikke tar seg tid til å snakke om seksualitet med pasientene, selv om 2/3 av deltagerne i studien var enige i at det er sykepleierens ansvar å ta opp temaet med pasientene (Saunamäki, Andersson, & Engström, 2009). Dette kan med andre ord bety at temaet ikke blir tatt opp, og pasienten kan derfor ha utfordringer og spørsmål som ikke blir fanget opp av sykepleieren. Som jeg har nevnt tidligere, kan det at sykepleier ikke tar opp temaet seksualitet få pasienten til å tro at seksualitet er et avsluttet kapittel (Aars, 2011) og at pasienten derfor ikke tar opp temaet selv, og dette konkluderer også Borg (2011) med. Det er derfor viktig at sykepleieren selv tar initiativ til å snakke om seksualitet, og dermed gir pasienten tillatelse til å snakke om temaet, som er første nivå i PLISSIT-modellen.

I studien gjort av Saunamäki et al. (2009) skisseres noen av grunnene til at sykepleiere ikke tar seg tid til å snakke om seksualitet med pasientene. Det gjelder for eksempel tidspress og liten kompetanse om temaet som gjør at de ikke tør å snakke om seksualitet. Fra egen erfaring

vil jeg nevne at jeg selv var i praksis på urologisk kirurgisk avdeling hvor jeg møtte flere pasienter som hadde vært igjennom radikal prostatektomi, og seksualitet ble aldri nevnt i de to månedene jeg var der. Men Berg & Fosså (2010) skriver imidlertid at seksualitet ofte ikke er i fokus hos pasienten når de er på sykehuset for operasjon, men at dette er utfordringer pasientene møter på når de skal tilbake i dagliglivet.

I første fase av sykdommen, har pasienten en samtale med urolog som informerer om de forskjellige behandlingsformene og mulige komplikasjoner ved disse. Forskning viser at i denne fasen av behandlingen er pasienten mest bekymret over diagnosen og det viktigste for dem er at kreften blir fjernet. Informasjon om mulige bivirkninger som urininkontinens blir gitt av urologen, men forskning viser at det er få som i etterkant husker at dette ble nevnt (McGlynn, et al., 2004). Det er imidlertid her sykepleieren har en viktig rolle, med tanke på at sykepleieren ofte møter pasienten flere ganger enn det legen gjør, og har derfor flere muligheter i etterkant av operasjonen til å repetere informasjonen som urologen har gitt, og dette konkluderer også Hammer (2010) med. Informasjon som blir repetert kan enklere bli husket, slik at pasienten lettere kan reflektere over informasjonen i etterkant (Eide & Eide, 2011). Eide & Eide (2011) skriver at når en pasient er i en krisesituasjon må de få informasjon repetert for at de skal få det med seg. Kanskje kan sykepleier være i forkant og gi informasjon for at pasienten kan forberede seg på de kroppslige forandringene som kan skje som bivirkninger av behandlingen. Her er det viktig at sykepleier anvender profesjonell kommunikasjon, både for å skape en trygghet hos pasienten, og at vi fremstår som at vi kan det vi snakker om (Eide & Eide, 2011), og for at det skal være en mening med det vi informerer om som kan skape refleksjon hos pasienten (Tveiten, 2013).

I intervjuer i studien gjort av Ervik (2012), følte mennene at de ble overlatt til seg selv etter at de var ferdigbehandlet for kreft. De hadde fått lite informasjon om prostatakreft, hva de kunne forvente både av sykdommen, hvilke bivirkninger av behandlingen som kunne oppstå og når de kunne kontakte helsevesenet for hjelp. Dette gjorde at flere av pasientene i studien følte at deres behandlere ikke kunne nok om sykdommen deres (Ervik, 2012). Igjen, her kunne det kanskje ha hjulpet med litt repetisjon av informasjon fra sykepleier.

I forhold til informasjon om behandling av bivirkninger, fikk pasientene informasjon om behandling av ED men følte at legene ikke viste interesse for å informere om andre bivirkninger (Ervik, 2012), noe som er i tråd med hva Berg & Fosså (2010) skriver om at det

er en felles oppfatning at menn bare tenker på ereksjonen, og at menns seksualitet oftest er sentrert rundt penis (Aars, 2011). Dette blir isåfall en form for generalisering, eller å skjære alle over samme kam, og tro at alle pasienter innenfor denne gruppen har samme behov. Ervik (2012) påpeker derimot at det er viktig å huske på at sykdom oppleves og behandles individuelt, og at vi som sykepleiere har et ansvar og plikt til å se den enkelte pasienten og indentifisere den enkelte pasientens behov, om det er snakk om informasjon eller generell sykepleie.

Å informere og veilede pasienter er en av de viktigste oppgavene til en sykepleier, og vi må finne ut hvilke behov pasienten har slik at informasjonen vi gir vil føles relevant for pasienten (Eide & Eide). Forskning viser at det er en sterk tilknytning mellom god seksuell helse og hvor godt informert pasientene blir i forkant av prostatakraft behandling. Forskningen viser blant annet at pasienter som er godt informert i forkant ender opp med bedre seksuell helse enn de som er blitt dårlig informert, i tillegg til at de godt informerte pasientene vil føle at bivirkningene ED og inkontinens er mindre plagsomme (Derogar, M. Et al, 2016). Dette vil si at de har fått bedre informasjon om hvordan de kan håndtere bivirkningene og derfor klarer å leve bedre med dem (Derogar, M. Et al, 2016).

Hvis vi ser på mannen fra NRK dokumentaren (2014), forklarer han at etter sykdom kom hverdagen, og det var da utfordringene oppstod. Kan det være at han fikk informasjonen for tidlig til å kunne reflektere over det som ble sagt og faktisk få med seg informasjonen? Hvis en sykepleier i etterkant av operasjonen hadde repetert informasjonen hadde han kanskje husket det som ble sagt, og kunne ta med seg disse tankene videre. Forskning viser imidlertid at menn foretrekker skriftlig informasjon (Borg, 2010), noe som jeg kan tenke meg har med å ha informasjonen tilgjengelig til å lese i etterkant dersom utfordringer skulle oppstå. Hammer (2010) bekrefter viktigheten av skriftlig informasjon.

5.3 Forandret selvbilde, seksualitet og maskulinitet

Kjønn i samfunnet blir ofte fremstilt som stereotyper i media. Et kort Google-søk gir en liten pekepinn; menn er sterke, dominante, sloss-kjemper, testosteron-drevede voldtektsmenn, maskuline og man blir ofte stemplet som homofil dersom man ikke prøver seg seksuelt på alle kvinner. Det ligger en viss formening i samfunnet at potens symboliserer maskulinitet, og

som tidligere nevnt beskriver både Reitan (2010) og Aars (2011) at tap av potens vil føles hos pasientene som tap av manndom, eller *uttørket manndom* som pasientene i Erviks (2012) doktorgrad beskriver. I studien gjort av Lombraña, M. et al. (2012) hadde 69% av totalt 114 menn ED etter radikal prostatektomi, og av disse hadde 91% alvorlig grad av ED.

Forskning viser at å ikke klare å få ereksjon etter prostatakraft gir pasienten lavere selvtillit, og dette er også i samsvar med hva Schjølberg (2010) skriver. Forskning viser også at menn som var mer motivert til å klare å få tilbake normal erektil funksjon etter prostatakraft ble mer nedbrutt når de ikke klarte å få det til enn pasienter som var mer forberedt på at det kunne bli vanskelig (Ervik, 2012). Jeg vil trekke inn viktigheten av at sykepleieren gir riktig og realistisk informasjon til pasienten, noe som Hammer (2010) konkluderer med. Jeg kan også tenke meg at pasientens personlighet vil kunne ha mye å si for hvor mye ED vil påvirke deres kjønnsidentitet. Pasienter som derimot definerer sin mannlige identitet i forhold til sin evne til å prestere seksuelt, vil kanskje derfor bli mer nedbrutt hvis de får utfordringer som ED etter prostatektomi. Dette kan forklare at det er en tett forbindelse mellom følelse av maskulinitet og seksuell funksjon og prestasjon, noe som Ervik (2012) konkluderer med. Forskning viser at menn beskriver at ED føles som en trussel mot deres maskulinitet-følelse, og dette fører til refleksjoner rundt hva det betydde å være mann (Ervik, 2012).

Forskning viser at menn opplevde bivirkningene av behandlingen, inkontinens og ED, som en trussel mot deres mannlige identitet og det å kunne fungere i dagliglivet (Ervik, 2012), men på en annen side konkluderer lignende forskning med at menn opplever inkontinens som en større kilde til nedsatt livskvalitet enn det ED gjorde (Weber et. al., 2007).

Dette kan derfor ha en stor sammenheng med hvordan samfunnet krever at man har kontroll over kroppen sin (Aars, 2011), og at det derfor kan være stigmatiserende ovenfor pasienten når de får problemer med inkontinens og ED, som er noe også Ervik drøfter i sin doktorgradsavhandling (2012). Det å måtte gå med innlegg er ofte assosiert med kvinner og menstruasjon, og er derfor i seg selv truende iforhold til maskulinitetsfølelsen. Det er derfor viktig at pasienten får informasjon og veiledning om bekkenbunnstrening tidlig, allerede før operasjon (Hammer, 2010).

En annen måte media definerer menn på er at de skal klare å tilfredstille partneren sin seksuelt. I studien gjort av Ervik (2012) kommer det frem, som forventet, at ED hadde stor

innvirking på partnerens seksualliv og deres ekteskapelige forhold. Noen av partnerne i studien opplevde problemer med mannens nedsatte sexlyst og problemer med å utføre samleie, grunnet ED, mens andre partnere hadde akseptert et forhold uten sex. Alle partnerene var opptatt av å opprettholde mannens verdighet angående seksuelle utfordringer (Ervik, 2012). Det nevnes av Ervik (2012) at partnerene ikke snakket om disse utfordringene med andre enn mennene sine, og at dette kan være for at mannen skal unngå stigma fra samfunnet.

En viktig sykepleieroppgave er å hjelpe pasienten til å forstå og akseptere et endret kroppsbylde. Her er også kommunikasjon og informasjon en viktig faktor, for å kunne mestre de endringene i kroppsfunksjonene som sykdommen og behandlingen har medført (Schjølberg, 2010). Vi må som tidligere nevnt informere om hvilke forandringer som kan komme, om hvor lenge problemet mest sannsynlig vil vare, og om det vil være forbigående eller permanent. Hammer (2010) skriver imidlertid at vi som sykepleiere må være påpasselig med den informasjonen vi gir, og at vi gir realistisk informasjon, som jeg har nevnt tidligere. Det viser seg også at noen ønsker informasjon fra andre i tilsvarende situasjon (Schjølberg, 2010). I Erviks (2012) doktoravhandling kommer det også frem at mennene kunne ha behov for å sammenligne og diskutere situasjonen sin med andre som er i samme situasjon. Her kan vi som sykepleiere komme med forslag om gruppesamtaler. Mye av de psykososiale utfordringene kommer i bunn og grunn av at mennene opplever et forventningspress fra samfunnet (Isaksen, 2001). Gruppesamtaler kan derfor være en befrielse for pasientene, ettersom man gjennom diskusjoner med andre som er i samme situasjon, kan de se at de ikke er alene om å ha disse utfordringene (Eide & Eide, 2011). Prostatakreftforeningen (PROFO) arrangerer støttegrupper og arrangementer for nettopp dette, og dette er noe vi som sykepleiere kan informere om.

6.0 Oppsummering

Prostatakraft er den hyppigst forekommende kreftformen i Norge, og forekomsten stiger hvert år (Kreftregisteret, 2015). Men det er usikkert om dette er fordi menn generelt er blitt flinkere til å sjekke seg for kreft, eller om forekomsten faktisk stiger.

Radikal prostatektomi er en av behandlingsformene ved prostatakraft og bivirkningene av denne operasjonen vil både direkte og indirekte påvirke pasientens seksualitet, selvbilde, maskulinitet og parforhold. Erekttil dysfunksjon og inkontinens er de hyppigst forekommende bivirkningene av operasjonen. Forskning viser at menn opplever erektil dysfunksjon som en direkte trussel mot deres manndom, og at inkontinens fører til dårligere livskvalitet (Ervik, 2012). Mennene opplever også partneren som den største kilden til støtte under sykdomsforløpet, og forskning viser at begge parter viser stor omsorg for hverandre i den vanskelige situasjonen (Ervik, 2012).

Seksualitet er endel av det å være menneske, og kjønnsorganene har en sentral plass. Når pasientene får utfordringer tilknyttet kjønnsorganene, vil seksualiteten bli rammet, og utfordringer i forhold til selvbilde og endret maskulinitetsopplevelse oppstår. Forskning viser at menn i denne situasjonen vil stille spørsmål rundt hva det betyr å være mann, og frykter for å bli sett som avvikende i forhold til de kulturelle og maskuline idealer (Ervik, 2012). I tillegg til at inkontinens blir en psykososial utfordring i seg selv, vil dette medføre skam og tap av selvrespekt.

Som sykepleiere er vi lovpålagt å informere pasientene om sykdom, behandling, bivirkninger og utfordringer som kan oppstå, og de yrkesetiske retningslinjene understøtter dette. Forskning viser at sykepleiere er opplyste om at sykdom påvirker pasientenes seksualitet, men allikevel viser forskning at mange sykepleiere ikke informerer om seksualiteten (Saunamäki, Andersson, & Engström, 2009). Det kommer frem at sykepleiere opplever at de har for lite kunnskap om temaet, og dette, i tillegg til tidspress på jobben, fører til at sykepleiere ikke tar opp seksualitet med pasientene (Saunamäki, Andersson, & Engström, 2009). Dette fører til at mange menn blir sendt hjem etter behandling med mange ubesvarte spørsmål med en følelse av at de blir overlatt til seg selv (Ervik, 2012). Når vi som sykepleiere ikke snakker om seksualitet med pasientene, underbygger dette pasientenes tanker om at seksualiteten er et avsluttet kapittel (Borg, 2010). Forskning viser også at pasientens partner opplever høyere

grad av emosjonelt stress enn pasienten selv i perioden etter operasjonen (Harden, K., et al., 2013). Det er derfor viktig at vi som sykepleiere delaktiggjør pasientens partner.

Seksualitet er et personlig og intimt tema, og PLISSIT-modellen kan derfor være til hjelp når en skal snakke om seksualiteten. PLISSIT-modellen beskriver en måte å tilnærme seg seksualiteten slik at det kan bli lettere å snakke om temaet, og slik at vi som sykepleiere kan møte både pasient og partner med forståelse og empati i den eksistensielle krisen mennene opplever (Borg, 2010).

Litteraturliste

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

Almås, E. (2004). *Sex & Sexologi*. Oslo: Universitetsforlaget.

Almås, E., & Benestad, E.E.P (2006). *Sexologi i praksis (2.utg)*. Oslo: Universitetsforlaget.

Borg, T. (2010). *Seksualitet*. I A. M. Reitan, & T. K. Schjøberg.

Kreftsykepleie: pasient-utfordring-handling (ss. 102-119). Oslo: Akribe.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Derogar, M. Et al (2016). *Preparedness for side effects and bother in symptomatic men after radical prostatectomy in a prospective, non-randomized trial, LAPPRO*.

Hentet 30.03, 2017

<http://www.tandfonline.com.ezproxy.hioa.no/doi/full/10.1080/0284186X.2016.121341>

[5](#)

Eide, H., & Eide, T. (2011). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk (2.utg)*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Ervik, B. (2012). *Everyday life with prostate cancer: A qualitative study of men's and spouses' experiences*. Hentet 29.3, 2018 fra University of Tromsø - Faculty of Health Sciences, Department of Health and Care Sciences:

<http://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/4741/thesis.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Figur 1. Hentet 25.04.2017 fra:

<http://emetodebok.no/kapittel/sexologi/a-arbeide-med-seksualitet/en-sexologisk-behandlingsmodell-plissit/>

- Gamnes, S. (2012). *Nærhet og seksualitet*. I N. Jahren Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug, Grunnleggende sykepleie Bind 3 (ss. 71-104). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Gjerland, Almås, Grønseth (2011). *Sykepleie ved sykdommer og forstyrrelser i urinveier og mannlige kjønnsorganer*. Almås, Stubberud & Grønseth, Klinisk Sykepleie Bind 2 (ss. 53-84). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Helse- og omsorgsdepartementet (1999). *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*. Hentet 30.03, 2017 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Helse- og omsorgsdepartementet (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter m.v. (Pasient- og brukerrettighetsloven)*. Hentet 13.05, 2017 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Helsedirektoratet. (2017). *eMetodebok for seksuell helse: PLISSIT*. Hentet 20.05.17 fra: <http://emetodebok.no/kapittel/sexologi/a-arbeide-med-seksualitet/en-sexologisk-behandlingsmodell-plissit/>
- Isaksen, L. W. (2001). *Om angsten for de andres avsky: Inkontinens som et sosialt og kulturelt fenomen*. I T. Wyller, Skam: Perspektiver på skam, ære og skamløshet i det moderne (ss. 213-242). Bergen: Fagbokforlaget.
- K. Harden, J., G. Sanda, M., T. Wei, J., Yarandi, H., Hembroff, L., Hardy, J., et al. (2013). Partners' Long-term Appraisal of Their Caregiving Experience, Marital Satisfaction, Sexual Satisfaction, and Quality of Life 2 Years After Prostate Cancer Treatment. Hentet April 25, 2014 fra Cancer Nurse: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22728952>
- Klepp, O. (2005). *Svulster i mannlige genitalia*. I R. Kåresen, & E. (. Wist, Kreftsykdommer: En basisbok for helsepersonell (2.utg) (ss. 229-243). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

- Kreftregisteret (2015). *Kreftregisteret*. Hentet 05.04.17 fra Cancer in Norway 2015 – Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway:
https://www.kreftregisteret.no/globalassets/cancer-in-norway/2015/cin_2015.pdf
- Larsen, S. M. (2011). *Sykdommer i mannlige kjønnsorganer*. I S. Ørn, J. Mjell, & E. BackGansmo. *Sykdom og behandling* (ss. 444 - 453). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Lombraña, M. et al. (2012) *Nursing Care Program for Erectile Dysfunction After Radical Prostatectomy*. Hentet 20.03, 2017 Clinical Journal of Oncology Nursing Vol. 16 Num 5
- McGlynn, B., Al-Saffar, N., Begg, H., Gurun, M., Hollins, G., McPhee, S., et al. (2004). *Management of Urinary Incontinence Following Radical Prostatectomy*. Hentet 17.04.17 fra Urologic Nursing:
<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.hihm.no/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=d e1250f9-2ed5-476e-b47a-b4da225413e4%40sessionmgr4004&hid=4209>
- NRK. (2014). *NRK TV: Puls*. Hentet Mars 05.05. 2017 fra NRK TV :
<http://tv.nrk.no/serie/puls/mdhp12001114/10-03-2014>
- Oncolex. (2014). *Nedfrysning av sæd*. Hentet 10.04.17 fra Oncolex: Oslo universitetssykehus HF:
<http://oncolex.no/Testikkel/Prosedyre katalog/BEHANDLING/Stottebehandling/Nedfrysing%20av%20spermier?lg=procedure>
- Oncolex. (2017). *Radikal prostatektomi*. Hentet 15.05.17 fra Oncolex: Oslo universitetssykehus HF:
http://oncolex.no/Prosedyrer/BEHANDLING/1_Kirurgi/Prostata-Radikal-prostatektomi?lg=procedure
- Saunamäki, N., Andersson, M., & Engström, M. (2009). *Discussing sexuality with patients: nurses' attitudes and beliefs*. Hentet 29.03, 2017 fra Journal of Advanced Nursing: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2010.05260.x/pdf>

- Schjølberg, T.K. (2010). *Endret kroppsbilde*. I A. M. Reitan, & T. K. Schjølberg. Kreftsykepleie: pasient-utfordring-handling (ss. 102-119). Oslo: Akribe.
- Tveiten, S. (2013). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. 2. utg, 3. opplag. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Watson, J. (2000). *Male Bodies: Health, Culture and Identity*. Ballmoore: Taylor & Francis Group.
- Weber, B., Roberts, B., Chumbler, N., Mills, T., & Algood, C. (2007). *Urinary, sexual, and bowel dysfunction and bother after radical prostatectomy*. *Urologic Nursing*, 27(6), 527-533. Hentet 09.05.17 fra:
<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.hioa.no/ehost/detail/detail?sid=05d591a2-4cde-4be8-8ce4-cb7fc2f172a4%40sessionmgr4008&vid=0&hid=4206&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=105941906>