



Bacheloroppgave

Seksuell helse etter radikal prostatektomi - Hva er viktig for pasienten?

Kandidatnummer: 1210 & 1206

Emnekode: SYBA3900

Emnenavn: Bacheloroppgave

Studieprogram: Bachelorstudium i sykepleie

Antall ord: 11824

Innleveringsfrist: 29.05.2020

SAMMENDRAG

Hensikt: Hensikten er å belyse tematikken seksuell helse etter radikal prostatektomi for å øke kunnskapen om seksuelle konsekvenser og hva som er viktig for pasienten. Oppgaven vil gi innsikt i hvilke faktorer som kan være bidragsytende til en bedret seksuell helse, og som dermed får implikasjoner for sykepleieryrket.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleiere bidra til en bedret seksuell helse etter radikal prostatektomi?

Metode: Oppgaven er en litteraturstudie som systematiserer kunnskap fra pensumlitteratur og forskningsartikler. Det er benyttet ni ulike forskningsartikler som tar for seg seksuell helse etter radikal prostatektomi. Det er benyttet både kvalitativ og kvantitativ forskning. Forskningsartiklene er hentet fra databasene Medline, Cinahl og Epistemonikos.

Resultat og konklusjon: Etter radikal prostatektomi opplever mange pasienter endringer i seksualitet og seksuell helse. Basert på forskningsartiklene kan endringene deles i fem hovedkategorier: Fysiske endringer i mannens genitalia, psykososiale komplikasjoner, redefinering av seksualitet og samliv, behov for korrekt informasjon og behov for støtte og intervensjoner. Endringene kan påvirke både pasienten og pasientens partner. Mange pasienter får ikke dekket sine behov for en bedret seksuell helse. Sykepleiere bør tilby alle pasienter som har gjennomgått radikal prostatektomi seksuell veiledning. Det er behov for mer forskning for å avgjøre hvilke intervensjoner som er mest effektive for en bedret seksuell helse.

Emneord: Prostatakreft, Radikal prostatektomi, Seksuell helse, Seksualitet, Erekttil dysfunksjon, Seksuell dysfunksjon, Parforhold, Sykepleie, Seksuell veiledning.

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	ii
1.0 INNLEDNING	1
1.1 Begrunnelse for valg av tema.	2
1.2 Hensikt med oppgaven.	3
1.3 Problemstilling.	3
1.4 Oppgavens disposisjon.	3
2.0 TEORI	4
2.1 Seksualitet og seksuell helse.	4
2.1.1 Erekttil dysfunksjon (ED).	5
2.1.2 Psykososiale konsekvenser av radikal prostatektomi.	5
2.2 Mestring.	6
2.2.1 Sykepleiefaglige perspektiver.	6
2.2.2 Partneren som støttespiller.	7
2.3 Helseveiledning.	7
2.3.1 PLISSIT-modellen.	8
3.0 METODE	10
3.1 Valg av metode.	10
3.2 Innledende litteratursøk.	11
3.3 Systematisk litteratursøk.	12
3.3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.	13
3.3.3 Søk i Medline.	14
3.3.4 Søk i Cinahl.	14
3.3.5 Søk i Epistemonikos.	15
3.4 Ethiske overveielser og kvalitetssikring.	15
4.0 RESULTATER	17
4.1 Fysiske endringer i mannens genitalia.	17
4.2 Psykososiale komplikasjoner.....	17
4.2.1 Mannlig identitet og maskulinitet.....	17
4.2.2 Parforhold og samliv.	18

4.3 Redefinering av seksualitet og samliv.....	19
4.4 Behov for korrekt informasjon.....	19
4.5 Behov for støtte og intervensjoner.....	20
5.0 DISKUSJON.....	22
5.1 Seksuell helse – Hva er viktig for pasienten?.....	22
5.2 Hvordan kan sykepleiere adressere pasientenes seksuelle konsekvenser?.....	23
5.3 Ivaretagelse av behovet for korrekt informasjon.....	24
5.4 Hvordan kan sykepleiere bidra til bedring når pasientene opplever fysiske endringer i genitalia?.....	26
5.5 Hvordan kan sykepleiere bidra til bedret seksuell helse når pasientene opplever psykososiale komplikasjoner og et behov for redefinering av seksualitet og samliv?.....	28
5.6 Behov for seksuell hjelp utover sykepleiers kompetanseområde.....	31
5.7 Metodediskusjon.....	32
6.0 KONKLUSJON	35
LITTERATURLISTE	37
VEDLEGG 1: LITTERATURMATRISE.....	40
VEDLEGG 2: EXPANDED PROSTATE CANCER INDEX COMPOSITE (EPIC).....	49

1.0 INNLEDNING

Oppgavens tema er seksuell helse etter radikal prostatektomi, og hvordan sykepleiere kan bidra til en bedret seksuell helse. Radikal prostatektomi regnes som gullstandarden innenfor behandling av lokalisert prostatakraft (Nelson, Lacey, Kenowitz, Pessin, Shuk & Mulhall, 2015b, s. 1647). Prostatakraft er den hyppigste kreftformen i Norge, med 4850 nye tilfeller registrert i 2018 (Kreftregisteret, 2019, s. 25). Når livet til pasienten trues i forbindelse med prostatakraft, vil helsevesenet naturlig nok prioritere dette først. Seksuell dysfunksjonalitet er en postoperativ komplikasjon som dermed havner i andre rekke, fordi seksuell funksjon ikke regnes som livsviktig.

Seksuell helse og seksualitet er viktig for pasientens øvrige helse. Den menneskelige seksualiteten er en drivkraft som er til stede gjennom hele livet (Borg, 2017, s. 120). Seksuell helse og seksualitet kan bli skadelidende etter radikal prostatektomi, som innebærer kirurgisk fjerning av prostatakjertelen. Ved Oslo Universitetssykehus gjennomføres det rundt 500 slike operasjoner årlig. Målsetningen med operasjonen er å fjerne hele svulsten, samtidig som man bevarer den erektile funksjonen (Oslo Universitetssykehus, 2018). Mange pasienter opplever likevel erektil dysfunksjon etter behandling (Kreftforeningen, 2020). I 2018 rapporterte 70 prosent av norske menn at de hadde problemer med seksualfunksjonen ett år etter operasjonen, sammenliknet med rundt 30 prosent ved diagnostetidspunktet (Kreftregisteret, 2019, s. 61).

Tatt i betraktning befolkningens økte forventede levealder og at medianalderen for diagnostisering av prostatakraft er 70 år, har dette vært en økende pasientgruppe de siste tiårene (Kreftregisteret, 2019, s. 25). I dag har man gode verktøy for tidlig oppdagelse og effektiv kurativ behandling av prostatakraft. Dette har resultert i at de fleste menn overlever prostatakraft (Skolarus, 2019, s. 1). I tråd med det økende antallet pasienter som overlever prostatakraft har det blitt større fokus på pasientgruppens seksuelle komplikasjoner postoperativt, som erektil- og seksuell dysfunksjon (Nelson et al., 2015a, s. 1).

Seksuell dysfunksjon, inkludert tap av intimitet mellom partnere, er vanlig som følge av behandling av prostatakraft, og kan påvirkes av både fysiske- og psykososiale faktorer (Skolarus, 2019, s. 8). Man ser også at kvaliteten på parforhold kan påvirke erektil- og seksuell funksjon (Skolarus, 2019, s. 9). Seksuell dysfunksjon kan føre til livsutfordringer

knyttet til pasientenes seksuelle helse etter operasjon (Skolarus, 2019, s. 15). Det er derfor viktig at helsepersonell ikke overser de seksuelle komplikasjonene som pasientene opplever.

1.1 Begrunnelse for valg av tema.

Tidligere erfaring fra kirurgisk praksis ved urologisk avdeling vekket vår interesse for den kirurgiske pasienten. Den økende pasientgruppen av prostatakreftpasienter vil trolig føre til økt behov for god sykepleie. Vi har derfor valgt å fokusere på radikal prostatektomi og hvordan sykepleiere kan bidra til en bedret seksuell helse. Wennick, Jönsson, Bratt & Stenzelius (2017, s. 109) peker på at pasienter ofte fokuserer på overlevelse preoperativt og fram til behandling. Først etter operasjonen begynner fokuset å skifte til hvordan de skal leve med konsekvensene av operasjonen. Palacios et al. (2018, s. 4173) viser til at mange menn synes tre måneder postoperativt er det beste tidspunktet for seksuell veiledning. Vi har derfor valgt å fokusere på det postoperative forløpet.

Vår erfaring tilsier at sykepleiere synes det er vanskelig å ta opp spørsmål knyttet til pasienters seksuelle helse. Dette underbygges også av litteraturen. Ifølge Gjessing (2017, s. 582) mener 98 prosent av sykepleiere at pasienter skal informeres om sammenhengen mellom kreft og seksualitet. På samme tid mener kun en av fire at det er en sykepleieroppgave. Totalt er det kun en av fem sykepleiere som tar opp seksualitet med sine pasienter. Jonsdottir, Jonsdottir & Kinke (2018, s. 770) hevder at sykepleierens manglende kunnskap og ferdigheter i å adressere seksuelle problemer kan være en av grunnene til at seksuell helse ikke fokuseres på. Det er uheldig da en av de vanligste komplikasjonene ved radikal prostatektomi er erektil dysfunksjon (Kreftregisteret, 2019, s. 61). Erektile dysfunksjoner kan påvirke pasientenes seksuelle helse. Det er derfor viktig at sykepleiere tør å snakke med pasientene om dette.

Interessen for seksuell helse kommer også fra vår tidligere erfaring med undervisning av elever og lærere i den videregående skolen. Denne erfaringen tydeliggjorde at seksuell helse er tabubelagt, og vi opplevde at det var en positiv opplevelse for elever og lærere å sette ord på seksuelle problemstillinger.

1.2 Hensikt med oppgaven.

Hensikten er å belyse tematikken seksuell helse etter radikal prostatektomi for å øke kunnskapen om seksuelle konsekvenser og hva som er viktig for pasienten. Oppgaven vil gi innsikt i hvilke faktorer som kan være bidragsytende til en bedret seksuell helse, og som dermed får implikasjoner for sykepleieryrket.

1.3 Problemstilling.

Hvordan kan sykepleiere bidra til en bedret seksuell helse etter radikal prostatektomi?

1.4 Oppgavens disposisjon.

Oppgaven er delt inn i seks kapitler, henholdsvis innledning, teori, metode, resultater, diskusjon og konklusjon. I innledningen presenteres hensikten med oppgaven og valg av tema begrunnes. I teorikapitlet presenteres relevant teori for å belyse problemstillingen. Videre forklarer metodekapitlet metoden som anvendes, med en detaljert beskrivelse av hvordan kunnskapen er innhentet og tanker rundt dette arbeidet. Deretter presenteres hovedfunnene tematisk fra det innsamlende datamaterialet i en egen resultatdel. I diskusjonskapitlet diskuteres hovedfunnene fra resultatdelen opp mot teoridelen for å belyse problemstillingen. Avslutningsvis gis det en konklusjon på bakgrunn av diskusjonen, og en pekepinn på hva som kan være veien videre.

2.0 TEORI

I 2.0 presenteres relevant teori som kan bidra til å belyse problemstillingen. Først beskrives begrepene seksualitet og seksuell helse. Her vil også begrepene erektil dysfunksjon og psykososiale konsekvenser av radikal prostatektomi forklares. Videre belyses mestring og ulike sykepleierfaglige perspektiver knyttet til en seksuell sykdomssituasjon. Her presenteres også rollen til partneren som støttespiller. Avslutningsvis omtales helseveiledning og PLISSIT-modellen, som er et kommunikasjonsverktøy for seksuell helseveiledning.

2.1 Seksualitet og seksuell helse.

Seksualitet og seksuell helse er viktig for pasientens helse. Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer seksualitet på følgende måte:

...a central aspect of being human throughout life encompasses sex, gender identities and roles, sexual orientation, eroticism, pleasure, intimacy and reproduction.

Sexuality is experienced and expressed in thoughts, fantasies, desires, beliefs, attitudes, values, behaviours, practices, roles and relationships. While sexuality can include all of these dimensions, not all of them are always experienced or expressed.

Sexuality is influenced by the interaction of biological, psychological, social, economic, political, cultural, legal, historical, religious and spiritual factors. (WHO, 2006).

Videre definerer Verdens helseorganisasjon seksuell helse slik:

...a state of physical, emotional, mental and social well-being in relation to sexuality; it is not merely the absence of disease, dysfunction or infirmity. Sexual health requires a positive and respectful approach to sexuality and sexual relationships, as well as the possibility of having pleasurable and safe sexual experiences, free of coercion, discrimination and violence. For sexual health to be attained and maintained, the sexual rights of all persons must be respected, protected and fulfilled. (WHO, 2006).

Basert på Verdens helseorganisasjons definisjoner kan man se at seksualitet og seksuell helse henger sammen, og påvirker hverandre gjensidig. Seksuell praksis henger for eksempel sammen med muligheten for å oppleve nytelse i relasjon med andre, og vil kunne bli påvirket negativt ved sykdom. Hvilke verdier og kjønnsroller man forholder seg til, og hvordan kjønnsidentitet kommer til uttrykk, kan også være viktig for hvordan man tilnærmer seg sin egen seksualitet, og hvordan egen seksualitet samspiller med partnere. Ifølge Borg (2017, s. 121) er det veldig individuelt hva som oppfattes som seksuell aktivitet og hvilke deler av seksualiteten som vektlegges hos den enkelte. Seksualiteten har vi med oss hele livet og er en sentral del av mange menneskers identitet, selvbilde og livskvalitet. Det er viktig at sykepleiere anerkjenner at seksualitet er en del av pasientens helse (Borg, 2017, s. 121).

2.1.1 Erektile dysfunksjon (ED).

Fysiske endringer i urogenitalsonen hos pasienten kan få konsekvenser for hele pasientens seksualitet og seksuelle helse (Borg, 2017, s. 121). Det er kjent at radikal prostatektomi, altså fullstendig fjerning av prostatakjertelen, kan redusere menns evne til å oppnå ereksjon (Kreftregisteret, 2019, s. 61). Erektile dysfunksjon defineres som manglende evne til å oppnå eller vedlikeholde en tilstrekkelig ereksjon for å gjennomføre et samleie. Tilstanden må være til stede i minst 25 prosent av gangene seksuell aktivitet er ønskelig (NHI, 2018).

Definisjonen av erektil dysfunksjon er teknisk og smal sammenliknet med en bred definisjon av seksualitet og seksuell helse. Erektile dysfunksjon kan likevel ses i sammenheng med en bredere definisjon av seksualitet, fordi ereksjonsevne er sentralt i penetrativt samleie, som er vanlig seksuell praksis. Seksuell praksis og intimitet i et parforhold er forbundet med en positiv tilnærming til seksualitet, og er viktige aspekter i seksuell helse.

2.1.2 Psykososiale konsekvenser av radikal prostatektomi.

Prostataopererte pasienter vil ofte oppleve at de ikke kan uttrykke sin seksualitet på samme måte som tidligere (Borg, 2017, s. 125). Fysiske endringer kan bli en trussel mot selvbildet, og mange begynner å tvile på om noen kan finne dem attraktive og verdt å elske.

Prostataopererte menns manglende evne til å oppnå ereksjon gjør at de ofte kjenner seg avmaskuliniserte, og at deres seksuelle identitet er i krise (Borg, 2017, s. 125). Mannlig seksualfunksjon står sterkt i et stereotypisk bilde på mannlig identitet (Gjessing, 2017, s. 575). Svikt i seksuell helse kan føre til sorgreaksjoner, isolasjonstendenser og skyldfølelse. Det oppleves for mange som lettere å isolere seg selv emosjonelt og avstå fra fysisk kontakt, enn å prøve å mestre sin nye situasjon (Borg, 2017, s. 125).

2.2 Mestring.

I dagligtalen kan mange forstå ordet «mestring» synonymt med det å klare seg, å greie seg eller å få til noe. Livet er ifølge Reitan (2017, s. 88) en form for mestring i den forstand at vi utvikler oss, tilpasser oss og lærer oss nye ferdigheter. Det kan oppstå problemer med mestring når mennesker kommer i situasjoner som oppleves belastende. Problemer knyttet til seksuell helse vil kunne oppleves som belastende. Reitan hevder videre at det kreves aktiv og god mestring for å hjelpe pasienten med å tilpasse seg en ny virkelighet etter belastende situasjoner. En del av tilpasningen kan bestå av å vite forskjellen på hva en *må* leve med og det en selv kan være med på å endre.

Kreftpasienter rangerer håp og egen kontroll som de beste mestringsstrategiene (Reitan, 2017, s. 88). Reitan beskriver videre at alle mestringsstrategier som en pasient bruker har som formål å hjelpe vedkommende til å bevare følelser, selvbilde, opprettholde personlig kontroll og å finne mening. Dette er knyttet til de problemene og kravene pasienten står ovenfor, samt å styrke evnen til pasientens handling.

2.2.1 Sykepleiefaglige perspektiver.

I møte med pasienter kan sykepleiere ta i bruk emosjonsorientert mestring for å fremme pasientenes kontroll og håp. Emosjonsorientert mestring er en strategi som tar sikte på å endre opplevelsen av situasjonen, mer enn å endre selve situasjonen. Sykepleiere bør da medvirke til motstandsdyktighet ved å bevisstgjøre pasienten om hans aktive rolle i eget liv (Reitan, 2017, s. 89). Dette er i samsvar med Dorothea Orem's egenomsorgsteori om å styrke pasientens egne ressurser (Kristoffersen, 2016a, s. 19).

Dorothea Orem (1914-2007) er en kjent sykepleieteoretiker med stor innflytelse på sykepleietenkningen i mange land, deriblant Norge. Orem er blant annet kjent for sitt arbeid med helsesviktrelaterte egenomsorgsbehov, som oppstår ved svikt i normalfunksjon, helse og velvære. Dette innebærer behov for å forebygge ytterligere svikt, samt å regulere og kontrollere konsekvensene av svikten (gjengitt etter Kristoffersen, 2016b, s. 3). Svikt i seksualfunksjonen kan forstås som en form for helsesvikt, i tråd med WHO's (2006) definisjon av seksuell helse.

Ved svikt i seksualfunksjonen kan to av Orem's ulike helsesviktrelaterte egenomsorgsbehov være relevante. Det ene er behovet for bistand fra helsetjenesten og behovet for å justere selvbildet ved å akseptere situasjonen. Det andre er behovet for å lære å leve med sykdommen og konsekvenser av medisinsk behandling på en måte som fremmer personlig utvikling

(gjengitt etter Kristoffersen, 2016b, s. 5). Hvis pasienten ikke klarer å dekke disse behovene selv oppstår behovet for sykepleie. Sykepleierens oppgave vil da være å hjelpe pasienten med å ivareta disse behovene. Ideelt sett hevder Orem (gjengitt av Kristoffersen, 2016b, s. 8) at pasienten og sykepleieren bør ha komplementære roller, der handlingene til sammen dekker pasientens egenomsorg. Målet bør alltid være at pasienten skal utvikle sin kapasitet til å dekke behovene selv. Kristoffersen (2016a, s. 19) hevder derfor at Orems egenomsorgsteori kan betegnes som en mestringsmodell.

2.2.2 Partneren som støttespiller.

Selv om kreftpasienter beskriver egen kontroll som viktig for mestring kan de i vanskelige situasjoner søke hjelp, støtte og trøst hos sine nærmeste (Gro, 2017, s. 251). Pasientens nærmeste er ofte ektefelle eller partner. Partneren er ofte med som støttespiller i alle fasene av sykdommen, også livet etter kreften (Gro, 2017, s. 251). Gro (2017, s. 257) beskriver videre at pasienten vil trenge hjelp og støtte av ulikt omfang, alt etter grader av svekkelse og sykdommens utvikling. Partneren kan da gi nødvendige bidrag til å opprettholde pasientens identitet og stimulere til håp og livsglede. Dette vil være viktig i en ellers sykdomsfokusert hverdag.

2.3 Helseveiledning.

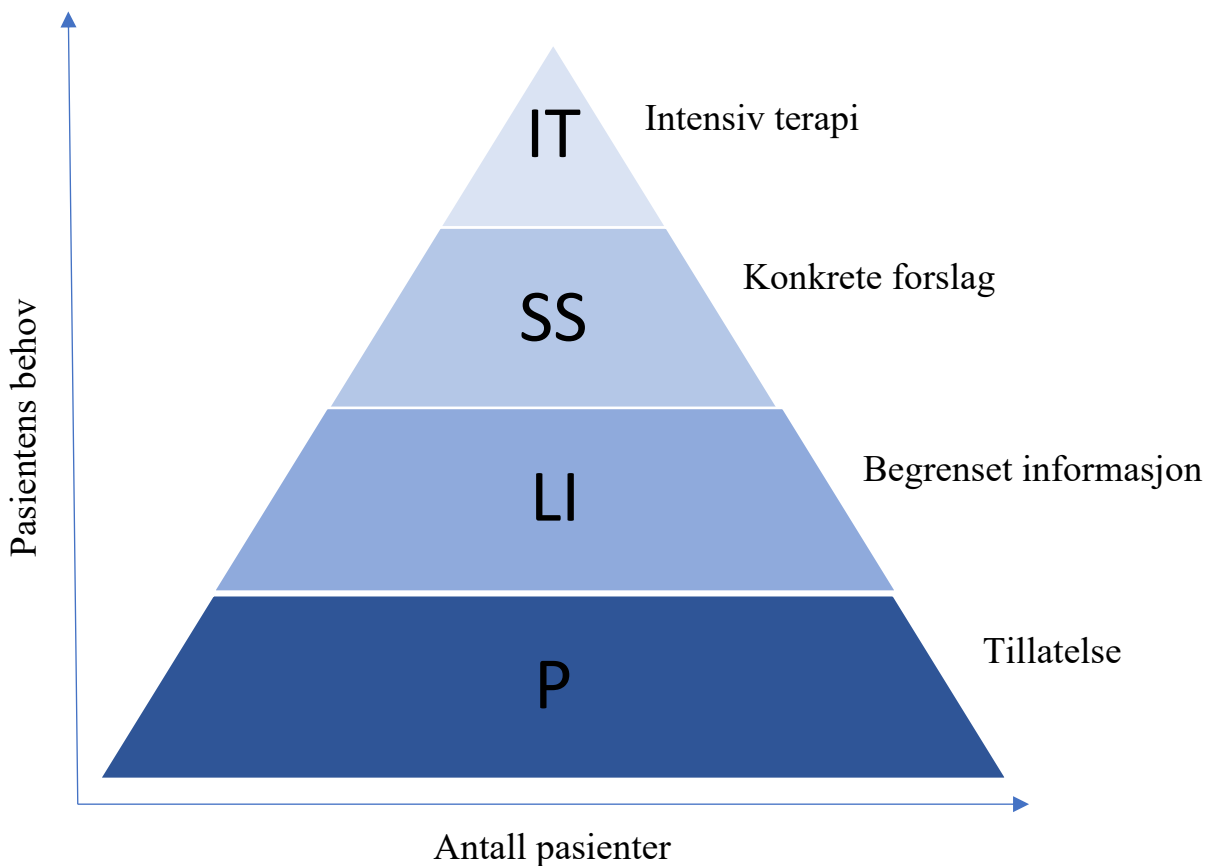
Helseveiledning er ifølge Christiansen (2013, s. 14) en prosess som skal hjelpe pasienten til å mestre en helse- eller sykdomsrelatert situasjon. Det er en sammensatt prosess bestående av pedagogikk, faglighet og kommunikasjon. Helseveiledning er en sykepleierkompetanse som skal sikre pasientens behov for kunnskap og forståelse, som er nødvendig for å ivareta egen helse (Kristoffersen, 2016a, s. 19). Dette er i tråd med pasientens rett til informasjon (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2).

I den nye forskriften om nasjonale retningslinjer for sykepleierutdanningen (2019, § 7-§ 8) er det også lagt særlig vekt på helseveiledning. Det kreves at studenten har kunnskap om undervisnings- og veiledningsmetoder (Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning, 2019, § 7). Det kreves også at studenten har evne til å anvende kunnskap om mestrings- og endringsprosesser i veiledning og undervisning av pasienter og deres pårørende (Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning, 2019, § 8).

2.3.1 PLISSIT-modellen.

Når sykepleiere skal veilede pasienter om seksualitet er den pedagogiske funksjonen sentral. Hovedmålsettingen ved seksuell veiledning vil være å hjelpe pasienten med å bevare seksuell helse uavhengig av årsaken til problemet og pasientens livssituasjon (Borg, 2017, s. 127). I lys av dette er kommunikasjon et av de viktigste arbeidsredskapene sykepleieren har. PLISSIT-modellen (figur 2.1) brukes innenfor seksuell veiledning. PLISSIT består av fire ulike trinn, og er en forkortelse som står for «Permission, Limited Information, Specific Suggestions og Intensive Therapy» (Borg, 2017, s. 127). På norsk kan dette oversettes til tillatelse, begrenset informasjon, konkrete forslag og intensiv terapi. De fleste pasientene vil finne seg på de laveste nivåene i modellen, og man vil bevege seg oppover i pyramiden etter problemets kompleksitet.

Figur 2.1: PLISSIT-modellen.



Det første trinnet i PLISSIT-modellen er **tillatelse**. Her kan sykepleieren oppmuntre til samtale for å få pasienten til å sette ord på seksuelle problemer. Det er pasienten som gir tillatelse til å snakke om seksualitet. Noen pasienter ønsker ikke å snakke om seksualitet. Dette må sykepleieren akseptere, men alle bør få tilbudet (Borg, 2017, s. 127).

Begrenset informasjon er trinn to. Borg (2017, s. 128) beskriver at sykepleieren da skal gi pasienten informasjon om sykdom, behandling og eventuelle konsekvenser for seksuell helse. Dette skal helst gjøres sammen med pasientens partner. Begrenset informasjon er viktig for å ikke overvelde pasienten. Informasjonen kan rydde opp i misforståelser og fantasier rundt kreftsykdommen og behandling. Her kan pasienten også stille enkle spørsmål.

Trinn tre handler om å gi pasienten **konkrete forslag** og råd for å mestre konkrete situasjoner. I møtet med pasienten og eventuelt pasientens partner er det viktig at sykepleieren finner løsninger som fremmer seksuell helse (Borg, 2017, s. 128). Eksempelvis kan dette være å fremme forslag som massasje, kroppskontakt eller en klem som erstatning for samleie. Dette innebærer også å informere om seksuelle hjelpemidler (Borg, 2017, s. 129).

Intensiv terapi er det fjerde og siste trinnet av pyramiden. Dette er bare aktuelt for et fåtall av pasientene, og er forbeholdt spesialister. Sykepleierens oppgave vil derfor være å henvise pasientene til spesialist, samt å motivere pasientene til å gjennomgå behandling. Hensikten er å hjelpe pasientene med alvorlige problemer som ikke kan løses på de lavere trinnene av PLISSIT-modellen (Borg, 2017, s. 130).

3.0 METODE

I 3.0 beskrives valg av metode. Deretter presenteres en detaljert beskrivelse av framgangsmåten for søkeprosessen etter forskningsartikler. Søkeprosessen inkluderer både innledende litteratursøk og systematisk litteratursøk. Det gis en beskrivelse av databasene som er benyttet, samt inklusjons- og eksklusjonskriterier. Avslutningsvis presenteres etiske overveielser og kvalitetssikring av forskningsartiklene.

3.1 Valg av metode.

Metoden som er anvendt i oppgaven er en litteraturstudie. En litteraturstudie er en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder. Magnus & Bakketeig beskriver at dette innebærer å samle inn litteratur, gå kritisk gjennom den og til slutt sammenfatte det hele (gjengitt i Thidemann, 2015, s. 79). Hensikten er å gi leseren en oppdatert og god forståelse av kunnskapen på det området som problemstillingen etterspør, og hvordan man har kommet fram til kunnskapen (Thidemann, 2015, s. 80).

Det er videre benyttet ulike metodetilnæringer i litteratursøket. I forskning er det ifølge Thidemann (2015, s. 79) ikke alltid slik at det er én metodisk tilnærming som anses som den eneste rette. Det kan være svakheter ved en metode som kan oppveies av sterke sider ved en annen metode. Det er derfor inkludert ulike metodetilnæringer i litteratursøket, henholdsvis en kombinasjon av kvalitative og kvantitative tilnæringer. Thidemann hevder videre at samsvar mellom data fra de ulike metodene gir et sterkt kunnskapsgrunnlag. Når en kombinasjon av ulike metoder gir samme resultat, er det et sterkt argument for at studiens resultater er gyldige, særlig hvis flere studier gir liknende svar.

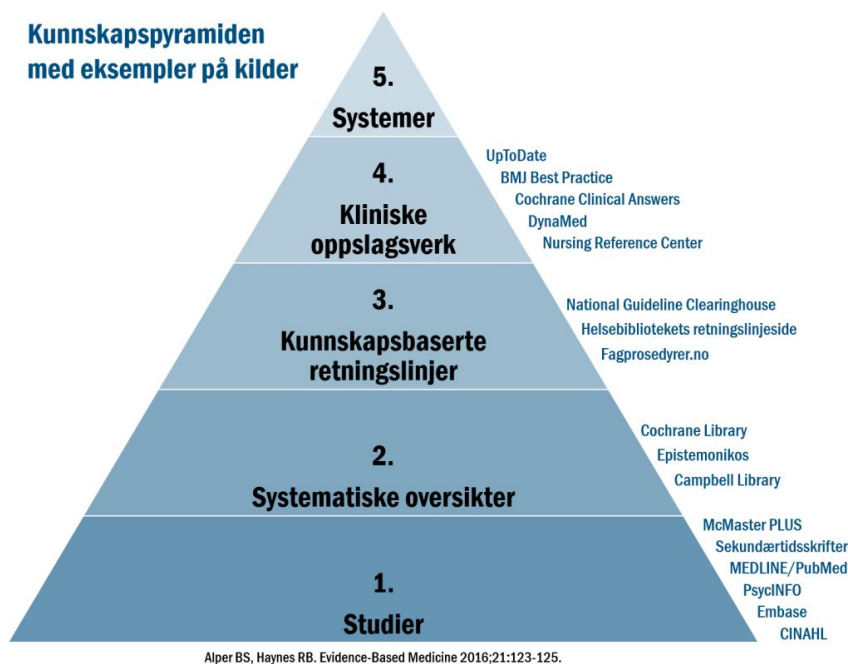
I litteratursøket vil det være størst fokus på den kvalitative metoden, som fokuserer på menneskelige egenskaper. De menneskelige egenskapene kan være erfaringer, opplevelser, meninger, tanker, forventninger, motiver og holdninger. Fokuset er å få fram ulike nyanser. Den kvantitative metoden brukes som et supplement for å få fram målbare og objektive data (Thidemann, 2015, s. 77-78). I tillegg benyttes det både enkeltstudier, oversiktsartikler og systematiske oversiktsartikler.

3.2 Innledende litteratursøk.

I den innledende fasen av kunnskapsinnhenting ble søkemotoren Oria benyttet. Oria er tilknyttet OsloMets universitetsbibliotek, og kan brukes når man ønsker å orientere seg i litteraturen. Søkeordene «prostate cancer» og «sexuality» ble benyttet. Søkene ga svært mange treff, og indikerte at dette er et tema det forskes mye på. I denne fasen av søkeprosessen var ikke hovedfokuset å søke målrettet, men søkeordene ga treff på artikkelen *Sexuality in men after prostate cancer surgery: a qualitative interview study* (Laursen, 2017). Artikkel klassifiseres som en nøkkelartikkel, fordi den er funnet i samtlige søk. Dette beskrives nærmere i det systematiske litteratursøket.

Videre ble UpToDate, som er et klinisk oppslagsverk på toppen av kunnskapspyramiden, benyttet (se figur 3.1). Søkeordene som da ble anvendt var «overview», «prostate cancer» og «sexuality». Dette ga treff på artikkelen *Overview of approach to prostate cancer survivors* (Skolarus, 2019). Artikkelen ga en god innføring i tematikken. Artikkelen er for øvrig benyttet i en av de mest sentrale pensumbøkene på sykepleierstudiet, *Klinisk sykepleie bind 2*. Dette er positivt, da det er rimelig å anta at det er strenge kvalitetskrav forbundet med forskningen som er inkludert i en pensumbok for sykepleierstudenter. Det er bevisst at søket ble gjort høyt og lavt i kunnskapspyramiden for å sammenlikne funnene, og for å få en generell oversikt over emnet.

Figur 3.1: Kunnskapspyramiden med eksempler på kilder.



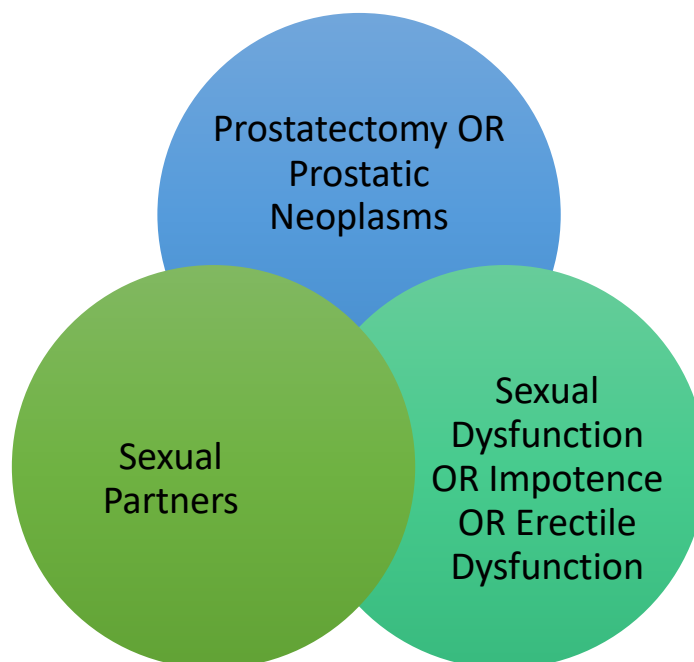
(Helsebiblioteket, 2016).

Litteraturen for øvrig beskriver ofte hvordan pasientens partner blir påvirket eller hvor viktig funksjonen som støttespiller er i relasjon til pasienten. Det ble derfor søkt etter oversiktsartikler i Oria relatert til søkeordene «prostate cancer», «sexuality» og «couple». De anvendte begrensningene var «Publisert 2010-2020», «Språk: engelsk, dansk, svensk, norsk språk», «Oversiktsartikler/omtaler», «Fagfelle-vurderte tidsskrift» og «Couples». Det første treffet, *A systematic review of characteristics of couple-based intervention studies addressing sexuality following cancer* (Jonsdottir et al., 2018), vekket interesse. Artikkelen undersøker systematisk parbaserte intervensjonsstudier som adresserer seksualitet etter kreft. Basert på det innledende litteratursøket ble det derfor vurdert som hensiktsmessig å finne flere artikler som inkluderte par.

3.3 Systematisk litteratursøk.

Det innledende litteratursøket ble etterfulgt av et systematisk litteratursøk. «Et systematisk litteratursøk er planlagt, begrunnet, dokumentert og etterprøvbart.» (Thidemann, 2019, s. 82). Det innledende søket gjorde det enklere å komme fram til relevante søkeord for oppgavens problemstilling. Det ble hentet inspirasjon fra rammeverket PICO til å strukturere søket. PICO står for **P** (patient/problem), **I** (intervention), **C** (comparison) og **O** (outcome). Det ga til slutt søkeordene i figur 3.2.

Figur 3.2: Tankeprosessen rundt det strukturerte søket.



Søkeordene er tilpasset emneordsystemet i hver enkelt database. Ved bruk av emneordsystemet får man bedre kontroll over søket (Thidemann, 2015, s. 87). Tidligere i studiet har databasen Cinahl blitt mye brukt. Cinahl er en database med hovedvekt på sykepleie og kvalitativ forskning. Det var derfor naturlig å benytte denne databasen. I tillegg er Medline, en database som dekker medisin og sykepleie, benyttet. Medline er den mest brukte databasen for helsepersonell (Thidemann, 2015, s. 85). Epistemonikos, som er en database for systematiske oversikter, metaanalyser og enkeltstudier, er også tatt i bruk. Målet var å finne et bredt utvalg av artikler, fra enkeltstudier til systematiske oversikter, slik at funnene skulle få større tyngde. Fokuset har vært å innhente informasjon fra flere kilder.

Søkestrategien bestod i første trinn av å se om titlene i søket kunne være relevante for oppgavens problemstilling. Den videre analysen bestod av å lese sammendraget. Hvis artikkelen virket lovende ble formålet med studien undersøkt, og det ble vurdert om metoden anvendt i studien var relevant. Det var viktig at studien overholdt oppgavens inklusjonskriterier og etiske standarder. Deretter ble studiens hovedfunn og konklusjon undersøkt. Det ble også vurdert forløpende om artikkelen var relevant for oppgavens problemstilling eller ikke.

3.3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.

Et av oppgavens inklusjonskriterier er at studiene ikke skal være eldre enn ti år gamle, det vil si fra senest 2010. Dette begrunnes med at funnene skal være mest mulig oppdaterte, slik at oppgaven kan basere seg på den nyeste forskningen på området, så langt det lar seg gjøre. Det er kun benyttet forskning skrevet på norsk, svensk, dansk eller engelsk, for å sikre at forskningen er forståelig og håndterbar. Videre er det kun benyttet forskning fra land som er overførbare til norske forhold, for at det skal være relevant for oppgavens problemstilling. Hvorvidt studiene er overførbare til norske forhold er vurdert enkeltvis. Et annet inklusjonskriterium er at studiene må være fagfelleverderte og publiserte i seriøse tidsskrift.

I søkeprosessen ble enkelte artikler ekskludert, fordi de ikke var relevante for oppgavens problemstilling eller ikke møtte oppgavens inklusjonskrav. Ekskluderte artikler fokuserte blant annet på andre former for behandling, og flere studier var fra land der en rekke forhold ikke er overførbare til norske forhold. Enkelte artikler var heller ikke fagfelleverderte, da dette ikke er en funksjon man kan begrense i Medline. Søket ga til slutt syv artikler av relevans for oppgavens problemstilling.

3.3.3 Søk i Medline.

Søkeordene benyttet er «Prostatic Neoplasms» OR «Prostatectomy» AND «Qualitative Research» AND «Sexual Dysfunction, Physiological». Alle søkeordene har i tillegg funksjonene «explode» og «include all subheadings». Søket er begrenset med funksjonene «Abstract», «Male», «Language: Danish, English, Norwegian or Swedish» og «Year: 2010-current». Dette ga 16 treff. Artikkelen *Everyday life after a radical prostatectomy – A qualitative study of men under 65 years of age* (Wennick et al., 2017) ble valgt. Studien undersøker hvordan menn under 65 år opplever hverdagen ett år etter radikal prostatektomi. Studien er gjort i Sverige, og er relevant for å belyse oppgavens problemstilling.

I det samme søket ble artikkelen *Sexuality in men after prostate cancer surgery: a qualitative interview study* (Laursen, 2017) også inkludert. Artikkelen kan betegnes som en nøkkelartikkel, fordi den er funnet i samtlige av søkene. Den ble funnet både i innledende søk og via systematiske søk. Studien undersøker hvilken effekt kirurgisk behandling av prostatakraft har hatt på menns seksualitet. Studien er gjort i Danmark og er relevant for oppgavens problemstilling.

Artikkelen *Men's Experience with Penile Rehabilitation Following Radical Prostatectomy: A Qualitative Study with the Goal of Informing a Therapeutic Intervention* (Nelson et al., 2015b) ble også inkludert fra samme søk. Studien undersøker hvordan menn opplever erektil rehabilitering, erektil dysfunksjon og penisinjeksjoner etter radikal prostatektomi. Studien er fra USA, og er relevant for å belyse oppgavens problemstilling.

3.3.4 Søk i Cinahl.

Det er anvendt søkeordene «Prostatic Neoplasms» (explode) OR «Prostatectomy» (explode) OR «Prostatectomy, Radical» AND «Sexual Dysfunction, Male» (explode) OR «Impotence». Søket ble begrenset til «Peer Reviewed», «Year: 2010-2020», «Sex: Male», «Language: Danish, English, Norwegian, Swedish» og «Clinical Queries: Qualitative – best balance». Søket ga 27 treff. Alle de kvalitative artiklene som ble funnet i Medline ga også treff her. Dette er med på å styrke vårt søk. I dette søket ble *Exploring the Impact of Prostate Cancer on Men's Sexual Well-being* (Letts, Tamlyn & Byers, 2010) inkludert. Denne studien undersøker hvilken innvirkning prostatakraft og behandling har på en bred definisjon av menns seksuelle helse. Dette er i tråd med vårt teorikapittel, og relevant for oppgavens problemstilling. Studien er fra Canada.

Det samme søket ga også treff på *Impaired sexual function and prostate cancer: a mixed method investigation into the experiences of men and their partners* (O'Shaughnessy, Ireland, Pelentsov, Thomas & Esterman, 2013). Studien undersøker problemer knyttet til seksuell funksjon og parforhold etter diagnose av og behandling for prostatakraft. Denne studien ble også funnet senere i *Klinisk sykepleie bind 2*. Studien er fra Australia og er relevant for oppgavens problemstilling.

Det ble gjort et siste søk i Cinahl for å finne en god kvantitativ artikkel. Søkeordene som da ble benyttet var «Prostatic Neoplasms» (explode) OR «Prostatectomy» (explode) OR «Prostatectomy, Radical» AND «Sexual Dysfunction, Male» OR «Impotence» AND «Sexual Partners». Søket ble begrenset til «Peer Reviewed», «Year: 2010-2020», «Sex: Male» og «Language: Danish, English, Norwegian, Swedish». Søket ga 20 treff. Artikkelen *Suitable sexual health care according to men with prostate cancer and their partners* (Palacios et al., 2018) ble inkludert. Studien undersøker hvilket helsepersonell og hvilken tid som anses som best egnet til å diskutere seksuelle og relasjonelle endringer etter prostatakraftbehandling, i henhold til pasientens og partnerens synspunkt. Studien er gjort i Nederland og er relevant for oppgavens problemstilling.

3.3.5 Søk i Epistemonikos.

Søkeordene benyttet er ((sexual* OR erectile dysfunction) AND (prostat*)), med begrensningene «last 10 years», «systematic review» og «interventions». Søket ga 29 treff, og inkluderte oversiktsartikkelen *Couple-based interventions following prostate cancer treatment: a narrative review* (Nelson, Emanu & Avildsen, 2015a). Artikkelen vurderer seks studiers psykososiale intervensjoner, som adresserer minst ett seksuelt og ett samlivsrelatert problem. Studien består av randomiserte kontrollstudier. Studien er gjennomført i USA og er relevant for oppgavens problemstilling.

3.4 Etiske overveielser og kvalitetssikring.

Det er utført etiske overveielser og kvalitetssikring av hver enkelt studie. Det er utelukkende benyttet artikler som overholder akademiske normer for kildehenvisninger, hvor anonymiteten til respondentene og intervjuobjektene er ivaretatt. Det er undersøkt at alle studiene som er benyttet har fulgt etiske retningslinjer, noen formelt sett gjennom etiske komiteer og internasjonale retningslinjer, mens andre studier har ivaretatt etiske standarder

gjennom for eksempel informert samtykke. Kvalitetsvurderingen er inspirert av Thidemann (2015, s. 89). Dette er ivaretatt gjennom inklusjonskriteriene. En detaljert oversikt finnes i vedlagt litteratormatrise (se vedlegg 1).

4.0 RESULTATER

Resultatene fra forskningsartiklene viser at seksuelle komplikasjoner etter radikal prostatektomi er svært vanlig. Fem hovedtemaer knyttet til pasientens seksuelle helse går igjen: Fysiske endringer i mannens genitalia, psykososiale komplikasjoner, redefinering av seksualitet og samliv, behov for korrekt informasjon og behov for støtte og intervensjoner.

4.1 Fysiske endringer i mannens genitalia.

Erekttil dysfunksjon er den vanligste komplikasjonen etter radikal prostatektomi, og oppstår rett etter operasjon (Skolarus, 2019, s. 9; Palacios et al., 2018, s. 4171). Før behandling hadde ca. 30 prosent av pasientene moderat til alvorlig erekttil dysfunksjon. Etter behandling hadde ca. 80 prosent moderat til alvorlig erekttil dysfunksjon (Palacios et al., 2018, s. 4171).

For flesteparten av mennene er tap av ereksjon den mest alvorlige endringen i seksualfunksjonen postoperativt (Letts et al., 2010, s. 499). Mennene kan også oppleve negative endringer i deres evne til å oppnå orgasme (Skolarus, 2019, s. 10). En annen traumatisk opplevelse etter operasjon er at penis ofte blir forkortet. Dette skyldes mikrovaskulær hypoksisk skade og avkorting av urinrøret (Skolarus, 2019, s. 10; Laursen, 2017, s. 123). Generelt rapporterer mennene en negativ opplevelse av seksuell tilfredsstillelse (Letts et al., 2010, s. 498).

4.2 Psykososiale komplikasjoner.

Det er økt risiko for å utvikle eller oppleve negative følelser relatert til prostatakraft. Hvis pasientene i tillegg opplever seksuelle bivirkninger øker risikoen for psykososiale komplikasjoner (Skolarus, 2019, s. 13). Psykisk stress gjelder også mennenes partnere, som kan rapportere større grad av negative følelser enn pasientene selv (Skolarus, 2019, s. 14).

4.2.1 Mannlig identitet og maskulinitet.

Det er mange følelser knyttet til erekttil dysfunksjon og seksuell dysfunksjon. Disse begrepene brukes ofte synonymt med hverandre i forskningsartiklene. Blant annet er følelser som tap, frustrasjon, skam, angst, skuffelse og svekket manndomsfølelse vanlige (Nelson et al., 2015b, s. 1650; O'Shaughnessy et al., 2013, s. 3495). Wennick et al. (2017, s. 109) og Laursens (2017, s. 123) funn viser også at noen menn innser at de assosierer mandigheten deres med

den erektille evnen. Den nye situasjonen gir noen identitetsproblemer, og andre føler seg nesten kvinnelige (Wennick et al., 2017, s. 109). En annen studie viser riktignok at flesteparten av mennene ikke opplever at maskuliniteten deres blir påvirket av de seksuelle endringene (Letts et al., 2010, s. 499).

4.2.2 Parforhold og samliv.

Mennene opplever at endret selvilde, tap av manndomsfølelse, skyldfølelse og manglende erektil evne fører til samlivsproblemer (Wennick et al., 2017, s. 109; Laursen, 2017, s. 123). Erekttil dysfunksjon fører også til unngåelse av seksuelle situasjoner, og påvirker livskvaliteten negativt (Nelson et al., 2015b, s. 1650; O'Shaughnessy et al., 2013, s. 3495; Skolarus, 2019, s. 6). Mange menn føler seg isolerte fordi de føler at de ikke kan snakke med partneren om sine erfaringer (Letts et al., 2010, s. 501).

Partnere blir også påvirket av seksuelle bivirkninger, som igjen påvirker parforholdet (Skolarus, 2019, s. 15). Når parene ikke lenger kan nyte intimiteten og nærheten som samleie gir, fører det til at paret opplever et stort tap som begge sørger over (Laursen, 2017, s. 123). I forhold hvor parene ikke er vant til å snakke åpent om slike problemer fører det til misforståelser og feiltolkninger (Laursen, 2017, s. 123). Noen av partnerne tror også at problemet er at mannen ikke lenger finner dem attraktive (Wennick et al., 2017, s. 109). 50 prosent av partnerne opplever å ha vansker med å håndtere den endrede situasjonen knyttet til pasientens seksualitet (Palacios et al., 2018, s. 4172).

Seksuell dysfunksjon er så alvorlig for noen par at det har ført til samlivsbrudd (Wennick et al., 2017, s. 109). Mennene er bekymret for parforholdet på grunn av manglende samleie og at partnerne skal forlate dem. Denne bekymringen blir dempet hvis partnerne forsikrer dem om at de aksepterer endringene, eller hvis mannen opplever manglende seksuell interesse fra partneren. Dette reduserer presset de føler for «å prestere» (Letts et al., 2010, s. 500).

Et annet problem som påvirker parforholdet er tap av spontanitet i sexlivet. De fleste menn rapporterte at de var fornøyde eller veldig fornøyde med det seksuelle forholdet deres før behandlingen (Letts et al., 2010, s. 497). Etter behandling fører tap av spontanitet til manglende kontroll på sexlivet. Manglende kontroll får mennene til å føle seg mindre mandige. Flere menn har aldri måttet planlegge eller diskutere samleie før. Det har alltid skjedd spontant (Laursen, 2017, s. 122). Tap av spontaniteten er så alvorlig at selv med medisinsk behandling opplever mennene redusert sexlyst (Wennick et al., 2017, 109). En

beskrev også at det er nedverdiggende å måtte medisinere seg selv, fordi han mener sex skal inneholde en naturlig ereksjon og penetrering. Han har mistet sin seksuelle lyst (Laursen, 2017, s. 123). En annen studie viser imidlertid at 80 prosent av mennene ikke opplever noen endringer i deres seksuelle lyst, selv med de samme ereksjonsproblemene (Letts et al., 2010, s. 497). Det er flere menn som angrer på behandlingen på grunn av seksuell dysfunksjon. De fleste som angrer er de som har fått utført prostektomi (O'Shaughnessy et al., 2013, s. 3496).

4.3 Redefinering av seksualitet og samliv.

Partnere bistår ofte i å vedlikeholde livskvalitet (Skolarus, 2019, s. 15). Menn i stabile forhold som har funnet nye former for intimitet håndterer de seksuelle endringene bedre (Wennick et al., 2017, 109). Enkelte par har suksess med å erstatte deres tidligere sexliv med berøring og nærhet. Å snakke om deres seksuelle problemer har også en positiv effekt (Laursen, 2017, s. 124). Viktige betingelser for et positivt sexliv består av forståelse, intimitet, omsorg, respekt og følelsen av å bli sett på som en mann (Laursen, 2017, s. 124). Andre måter å omstille seg på innebærer blant annet å utvikle et mer vennskapelig enn ekteskapelig forhold. Begge er fornøyde, og mannen føler at kona forstår han. Et annet par sover nå hver for seg, noe de synes er en god løsning (Wennick et al., 2017, 109). Støtten fra partneren er gunstig for mennene (Nelson et al., 2015b, s. 1652).

4.4 Behov for korrekt informasjon.

Mennene opplever en intens frustrasjon og sinne over manglende preoperativ informasjon. Et av temaene de savner informasjon om er risikoen for å utvikle erektil dysfunksjon. De fleste mennene er klar over at operasjonen kan påvirke den erektilen evnen, men de føler at de ble lovet at den erektilen evnen skulle komme tilbake kort tid etter operasjonen (Nelson et al., 2015b, s. 1650; Letts et al., 2010, s. 502). De er ofte frustrert og skuffet når ereksjonsevnen aldri forbedrer seg (Letts et al., 2010, s. 502).

Flesteparten av mennene tør ikke å ta initiativ til å snakke med legen sin om seksuelle problemer. Flere menn sier også at legen deres ikke er villig til å diskutere slike problemer. Når pasienten tar opp seksuelle problemer, avslutter legen samtalen, legen responderer ikke

på spørsmål, forlater rommet eller endrer samtaleemnet. Denne manglende kvaliteten på omsorgen de fikk hos legene, gjorde mennene sinte (Letts et al., 2010, s. 503).

Mennene forteller at de setter pris på å få korrekt informasjon om de seksuelle endringene og aktuelle hjelpemidler, slik at de kan diskutere dette med legen sin (Letts et al., 2010, s. 503; Nelson et al., 2015b, s. 1650). Flere menn sier også at de eneste som faktisk har spurt om deres seksuelle funksjon er vedkommende som intervjuet dem under studien. De rapporterer at det var en positiv opplevelse å kunne diskutere åpent om sine seksuelle endringer, og at det var dette de hadde håpet å få gjøre med legen sin (Letts et al., 2010, s. 503).

4.5 Behov for støtte og intervensjoner.

Det er en stor andel menn som ikke tør å søke hjelp for sine seksuelle plager. Det er derfor behov for proaktiv screening for å identifisere seksuelle helseplager (Skolarus, 2019, s. 9). Partnere uttrykker også en bekymring for at mennene ikke tilpasser seg de nye endringene, og mener derfor at mennene vil ha nytte av mer psykososial støtte (O'Shaughnessy et al., 2013, s. 3495). Å ta opp parforhold og samlivsproblemer er særlig viktig for å komplementere en biologisk tilnærming til seksuell bedring. Skolarus (2019, s. 9) anbefaler å løse dette tverrfaglig.

En måte å kartlegge pasientens seksuelle utfordringer (gjengitt fra Skolarus, 2019, s. 15) kan være å bruke Szymanski, Wei, Dunn & Sandas EPIC-skjema (Expanded Prostate Cancer Index Composite), som er et internasjonalt anerkjent kartleggingsverktøy for prostatakreftpasienter. Pasientene rapporterer da alvorlighetsgraden av blant annet seksuelle bivirkninger relatert til behandling (se vedlegg 2).

Nelson et al. (2015a, s. 232) antyder at menn med prostatakraft kan ha nytte av undervisning og støtte relatert til behandling av erektil dysfunksjon, mens deres partnere kan ha utbytte av intervensjoner som adresserer parforhold. Halvparten av mennene mener også at det er helt avgjørende å involvere partneren i seksuell veiledning (Palacios et al., 2018, s. 4173). Ved spørsmål om hvordan møtet med helsepersonell skal foregå velger de fleste pasienter fysiske oppfølgingstimer (Wennick et al., 2017, 109). Jonsdottir et al. (2018, s. 765-766) viser at fysiske møter mellom par og helsepersonell gir gode resultater for parforholdet. I møtet bør man fokusere på kommunikasjonsstrategier for å dele følelser. Resultatene viser bedre kommunikasjonsferdigheter, økt intimitet, økt seksuell funksjon og økt seksuell aktivitet.

De mennene som har vanskeligheter med seksuell kommunikasjon med partneren, eksperimenterte også mindre med medisinsk behandling (Letts et al., 2010, s. 501). Tidlig medisinsk behandling kan redusere erektil dysfunksjon på lang sikt. Penisrehabiliterende programmer kan også hjelpe disse pasientene (Skolarus, 2019, s. 9).

Penisrehabiliterende programmer tar i bruk PDE-5-hemmere, vakuumpumper, intrauretrale suppositorier, intrakavernøse injeksjoner (prostaglandiner) eller kirurgisk plasserte proteser (Skolarus, 2019, s. 9-10). De fleste mennene rapporter angst og frykt da de først skulle bruke injeksjoner, PDE5-hemmere og vakuumpumper. Mange tenker på prosessen som barbarisk, unormal, brutal og det mest ydmykende de noen gang har gjort (Nelson et al., 2015b, s. 1651; Letts et al., 2010, s. 501). De negative følelsene relatert til behandlingen fører til unngåelse. Andre beskrev at med en gang de overkom frykten så var behandlingen fantastisk og «en livredder». De mennene som fokuserer på et langtidsperspektiv har også større motivasjon til å gjennomføre behandlingen (Nelson et al., 2015b, s. 1651).

5.0 DISKUSJON

I 5.0 diskuteres hovedfunnene fra resultatdelen opp mot teoridelen for å belyse problemstillingen: Hvordan kan sykepleiere bidra til en bedret seksuell helse etter radikal prostatektomi? I delkapittel 5.1 legges premisset for hvordan vi kan forstå hva som er viktig for pasienten i relasjon til bedring av seksuell helse. Deretter diskuteres det hvordan sykepleiere kan adressere pasientenes seksuelle konsekvenser i delkapittel 5.2. I delkapittel 5.3 drøftes det hvordan sykepleiere kan ivareta behovet for korrekt informasjon. Videre diskuteres det hvordan sykepleiere kan bidra til bedring når pasientene opplever fysiske endringer i genitalia i delkapittel 5.4. I delkapittel 5.5 kommer det en redegjørelse for hvordan sykepleiere kan bidra til bedret seksuell helse når pasientene opplever psykososiale komplikasjoner og et behov for redefinering av seksualitet og samliv. Behovet for støtte og intervensjoner vil diskuteres i delkapitlene 5.4 og 5.5. Videre diskuteres det kort om behovet for seksuell hjelp utover sykepleieres kompetanseområde i delkapittel 5.6. Avslutningsvis diskuteres metodologiske begrensinger i en metodediskusjon.

5.1 Seksuell helse – Hva er viktig for pasienten?

For å diskutere hvordan sykepleiere kan bidra til en bedret seksuell helse etter radikal prostatektomi kan det være hensiktsmessig å se nærmere på hva som kan forstås som «bedret». I denne sammenhengen kan bedring forstås som en positiv endring i lys av pasientens ønsker og behov. Bedret seksuell helse er ingen målbar egenskap, så hvorvidt den seksuelle helsen bedres vil være opp til pasienten å bedømme, fordi det er en personlig og sårbar del av pasientens helse.

Borg (2017, s. 120) og samtlige studier har vist at den seksuelle helsen og seksualiteten kan bli skadelidende etter radikal prostatektomi. Det er derfor viktig å utforske hvordan sykepleiere kan bidra til at pasientene opplever en bedret seksuell helse. Hvordan sykepleiere bør bidra avhenger trolig av de seksuelle problemenes art, fordi hvilken del av seksualiteten som vektlegges hos den enkelte er helt individuelt. For noen vil kanskje evnen til å oppnå ereksjon være det viktigste, mens for andre kan seksuelle konsekvenser for parforholdet være primærfokus.

Funnene fra forskningsartiklene viser at det særlig er noen temaer som er framtrødende. Hovedkategoriene er fysiske endringer i mannens genitalia, psykososiale komplikasjoner,

redefinering av seksualitet og samliv, behov for korrekt informasjon og behov for støtte og intervensjoner, og gir et tematisk innblikk i hva som er viktig for flere av prostatapasientenes seksuelle helse. For at sykepleiere kan bidra til en bedret seksuell helse bør man besitte kunnskap om pasientgruppens seksuelle komplikasjoner. Kunnskap fra forskningsartiklene kan være betydningsfullt for å forstå kompleksiteten av de seksuelle konsekvensene etter radikal prostatektomi. Hvis sykepleiere forstår denne kompleksiteten, vil det trolig også kunne øke forståelsen av hvor viktig seksuell helse er for en rekke prostatapasienter.

5.2 Hvordan kan sykepleiere adressere pasientenes seksuelle konsekvenser?

En mulig faktor som kan være bidragsytende for en bedret seksuell helse er å strukturere samtalen med pasientene etter PLISSIT-modellen (Borg, 2017, s. 127). PLISSIT-modellen kan hjelpe sykepleiere med å adressere pasientens seksuelle konsekvenser. Den er også egnet som et kommunikasjonsverktøy, fordi den tillater stor grad av fleksibilitet. Det er pasientens behov som er utgangspunktet for hva man vil fokusere på i samtalen. Innad i pasientgruppen kan det være store forskjeller, hvor pasienter med liknende problemer kan påvirkes forskjellig. Det at pasientgruppen er såpass heterogen vil kunne vanskeliggjøre arbeidet med å utforme «en mal» for et riktig behandlingstilbud. Et riktig behandlingstilbud er ikke nødvendigvis ensbetydende med at alle pasienter skal få lik behandling. I Norge er det et viktig prinsipp å tilstrebe likhet i helse i befolkningen. Det kan derfor være behov for en samtalestruktur som tilpasses den enkelte pasients behov. Dette kan i praksis bety at man må bruke mer ressurser på en pasient sammenlignet med en annen, avhengig av deres seksuelle konsekvenser. Det er her snakk om resultatlikhet og ikke formallikhet (Lian & Westin, 2009, s. 315). Dette samsvarer godt med PLISSIT-modellens ulike trinn, som reflekterer behov for hjelp og ressursallokering.

Sykepleiere må anerkjenne at seksualitet er viktig for pasientens helse, og det er derfor nødvendig å tilby seksuell rehabilitering (Borg, 2017, s. 121). Seksualitet og seksuell helse bør tas opp ved alle kontroller etter prostatakraftbehandling (Gjessing, 2017, s. 584). Alle pasienter bør få tilbud om å adressere seksuelle spørsmål. Siden seksuell helse er en del av pasientens helse for øvrig har pasienten også rett til behandling for eventuelle plager som påvirker hans seksualitet (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 2-1b). Med utgangspunkt i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere vil det også være en uetisk tjenesteforsømmelse å unnlate å ta opp seksuell helse, fordi pasienten har krav på helhetlig omsorg (Norsk

sykepleierforbund [NSF], 2011, s. 8). Dette fører sykepleiere inn på det første trinnet i PLISSIT-modellen, som omhandler tillatelse (Borg, 2017, s. 127). Mange pasienter ser ut til å vegre seg for å ta opp seksuelle problemer, selv med helsepersonell (Skolarus, 2019, s. 9). Det kan dermed virke som at pasienten må gi seg selv tillatelse, på lik linje med at sykepleieren også må innhente pasientens tillatelse for å prate om seksualitet.

Skolarus (2019, s. 9) anbefaler også et tilbud om proaktiv screening hvor for eksempel et EPIC-skjema kan være et egnet kartleggingsverktøy, som utgangspunkt for videre samtale. EPIC-skjemaet gir pasienten muligheten til å ta opp seksuelle problemer, uten å bryte tabuet det kan være å starte en samtale om seksuell helse. Pasienten kan blant annet adressere alvorlighetsgraden ved manglende seksuell funksjon på en skala fra null til fire, der null er ingen problem og fire er et stort problem (se vedlegg 2). Sykepleier kan da få et innblikk i hvor alvorlig den manglende seksuelle funksjonen er. Herfra kan en mulig løsning være å gå videre med å undersøke hva pasienten mener er viktigst for sin seksuelle funksjon. For å snakke med pasienten om seksualitet er det viktig at sykepleieren har en aksepterende og lyttende holdning i kombinasjon med trygghet og kunnskap. Seksualitet er et følsomt tema, og det er viktig at sykepleieren viser interesse og setter av tid (Gjessing, 2017, s. 582). Sykepleieren kan tilrettelegge for samtale ved å stille åpne spørsmål, og lytte aktivt og empatisk. Det viktigste er likevel at sykepleieren tilbyr pasientene seksuell helseveiledning, slik at *alle* får tilbudet om å adressere seksuelle konsekvenser av radikal prostatektomi.

5.3 Ivaretagelse av behovet for korrekt informasjon.

Når sykepleieren har innhentet tillatelse og fått informasjon om pasientens seksuelle komplikasjoner, kan man gå videre til å gi pasienten informasjon, som er trinn to i PLISSIT-modellen (Borg, 2017, s. 128). Som beskrevet i delkapittel 4.4 er det flere studier som viser til stor frustrasjon og sinne hos pasientene knyttet til misforståelser og dårlig informasjon (Nelson et al., 2015b, s. 1650; Letts et al., 2010, s. 502). Funnene er også i tråd med vår erfaring fra urologisk avdeling, der flere sykepleiere bagatelliserer risikoen for erektil dysfunksjon. Det vil derfor være naturlig å oppklare misforståelser og misforhold mellom forventninger og virkelighet. Pasienten kan også stille sykepleieren enkle spørsmål.

Det å få korrekt informasjon har flere pasienter løftet fram som svært viktig (Letts et al., 2010, s. 503; Nelson et al., 2015b, s. 1650). Korrekt informasjon kan trolig virke

bidragsytende til en bedret seksuell helse. Det innebærer at sykepleieren gir realistisk informasjon. Dette er i tråd med lovverket og pasientens rett til informasjon (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2). Pasienten har rett til informasjon som er relevant for at han kan bruke sin medbestemmelsesrett og treffe de beslutninger om videre behandling som er riktig ut fra hans behov. Medbestemmelsesretten kan også bidra til en følelse av egen kontroll, som kreftpasienter rangerer som en effektiv mestringsstrategi (Reitan, 2017, s. 88). Å ivareta behovet for korrekt informasjon er viktig uavhengig av hvilke seksuelle komplikasjoner pasienten opplever.

Å gi pasienten korrekt- og realistisk informasjon på en god måte kan være krevende. Det kan være en hårfin balanse mellom realistisk informasjon og håpløshet. Å overvelde pasienten med informasjon, som tar for seg de negative aspektene ved radikal prostatektomi, kan ta fra pasienten håpet om bedring av seksuell helse. Det er uheldig siden håp rangeres som en effektiv mestringsstrategi av kreftpasienter (Reitan, 2017, s. 88). På den ene siden kan det være en risiko for pasientens motivasjon hvis behandlingen av seksuelle komplikasjoner ikke fører til ønsket resultat, og man ikke gir pasienten realistisk informasjon på forhånd. Flere pasienter er for eksempel ofte frustrerte og skuffet når ereksjonsevnen aldri forbedrer seg (Letts et al., 2010, s. 502). På den andre siden kan realistisk informasjon føre til at pasienten kun fokuserer på det negative, fremfor å fokusere på mulighetene og det som er positivt. Enkelte pasienter beskriver eksempelvis at sexlivet deres var over postoperativt (Letts et al., 2010, s. 502). Det kan igjen føre til at pasientene ikke opplever bedring i seksuell helse.

Det viktigste for pasientene ser likevel ut til å være å få korrekt informasjon, slik at de kan få muligheten til å diskutere de seksuelle endringene sine.

Well, I could deal with it . . . if somebody would have told you eh? It is just like dropping off, stepping off a cliff, and they say 'Well, you are going to fall down'. But nobody said anything, nobody said a word, it seems like, 'well you'll find out' (Letts et al., 2010, s. 502).

Å diskutere åpent om sine seksuelle endringer rapporterte pasientene som en positiv opplevelse (Letts et al., 2010, s. 503). Sykepleieren vil kunne bidra til en slik positiv opplevelse, ved å gi pasienten korrekt og realistisk informasjon. Positive opplevelser knyttet til seksuelle endringer vil trolig kunne bidra til bedret seksuell helse.

5.4 Hvordan kan sykepleiere bidra til bedring når pasientene opplever fysiske endringer i genitalia?

Som beskrevet i delkapittel 2.1.1 kan fysiske endringer i pasientens urogenitalsone få konsekvenser for hele pasientens seksualitet og seksuelle helse (Borg, 2017, s. 121). Dette viser også flere studier der pasientene beskriver manglende orgasme, forkortet penis og ereksjonsproblemer som utfordrende for seksualfunksjonen (Skolarus, 2019, s. 10; Laursen, 2017, s. 123). Tap av ereksjon klassifiseres som den mest alvorlige endringen i seksualfunksjonen postoperativt (Letts et al., 2010, s. 499). Her er det viktig å legge merke til ordet *alvorlig*. Erektile dysfunksjon er en kjent komplikasjon etter radikal prostatektomi, og 70-80 prosent av mennene har store problemer med seksualfunksjonen og den erektile funksjonen postoperativt (Kreftregisteret, 2019, s. 61; Palacios et al., 2018, s. 4171). Dette er altså *alvorlig* for mange menn. Ordet *alvorlig* kan forstås som noe som er av stor betydning for pasientene – noe som er *viktig*. Det er derfor essensielt at sykepleiere tar erektile dysfunksjon på alvor, og anerkjenner at dette er viktig for pasientenes seksuelle helse. Sykepleiere bør derfor bidra til å fremme en bedret seksuell helse ved å hjelpe pasientene med de erektile konsekvensene av radikal prostatektomi.

I tråd med delkapittel 5.3 og trinn to av PLISSIT-modellen (Borg, 2017, s. 128) vil det være naturlig å gi pasienten informasjon om hvordan radikal prostatektomi påvirker ereksjonsevnen og den seksuelle helsen. Sykepleieren kan for eksempel forklare pasienten at det ikke er uvanlig med erektile dysfunksjon, og at svært få vil oppleve ereksjon rett etter operasjon (Kreftforeningen, 2020; Gjessing, 2017, s. 583; Skolarus, 2019, s. 9; Palacios et al., 2018, s. 4171). Erektile dysfunksjon viser seg også gjennom pasientenes behov for støtte og intervensjoner. Nelson et al. (2015a, s. 238) hevder at mennene som hadde mottatt behandling for prostatakreft ville ha mest nytte av intervensjoner som ga undervisning om behandling av erektile dysfunksjon, altså penisrehabiliterende programmer.

Penisrehabiliterende programmer kan være en mulig faktor som kan være bidragsytende til en bedret seksuell helse. Sykepleieren må da ta i bruk helseveiledning for å undervise pasienten, i tråd med den nye forskriften om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanningen (2019, § 7-§ 8). Dette skal sikre pasientens behov for kunnskap og forståelse som er nødvendig for å ivareta egen helse (Kristoffersen, 2016a, s. 19). Dette er også i tråd med PLISSIT-modellens trinn tre, konkrete forslag og råd (Borg, 2017, s. 128). Skolarus (2019, s. 9) hevder at tidlig oppstart av penisrehabiliterende programmer og medisinsk behandling kan hjelpe pasientenes

ereksjonsevne på lang sikt. Medisinsk behandling må utføres i samråd med lege. De mennene som ønsker seksuell rehabilitering, bør få råd om hvor viktig det er med seksuelle tanker og å stimulere seg selv. Seksuell stimulering vil øke blodsirkulasjonen til erektilt vev, noe som er en forutsetning for ereksjon (Gjessing, 2017, s. 583). Ereksjonsevnen blir ofte beskrevet som «use it or lose it» (Gjessing, 2017, s. 583). Det er derfor viktig å begynne med penisrehabiliterende programmer så fort som mulig.

Sykepleieren kan da anbefale vakuumpumpe, som ved hjelp av vakuum trekker blod til penis, noe som er viktig for ereksjonsevnen (Gjessing, 2017, s. 583). Det anbefales også PDE5-hemmere (Viagra, Cialis, Levitra), som er ereksjonsfremkallende legemidler. Det kreves seksuell lyst for å få ereksjon av disse legemidlene (Gjessing, 2017, s. 583). Noen ønsker også at sykepleieren gir dem opplæring i intrakavernøse injeksjoner, altså injeksjoner i svampegemet i penis, som kan gi god ereksjon. Det er da viktig å informere pasienten om at ereksjonen kan oppstå uten seksuell stimulans eller seksuell lyst (Gjessing, 2017, s. 584). Dette kan oppleves som rart og unaturlig, og flere studier viser at pasienter har behov for støtte og trygghet (Nelson et al., 2015b, s. 1651; Letts et al., 2010, s. 501). Det er hensiktsmessig at pasienten trener ereksjonsevnen sin selv (Gjessing, 2017, s. 583).

Selv ved hjelp av penisrehabiliterende programmer er det ingen garanti for at den erektile funksjonen kommer tilbake. Det kan da være gunstig å ta i bruk emosjonsorienterte mestringsstrategier. Poenget er å hjelpe pasienten med å endre opplevelsen av situasjonen, mer enn å endre selve situasjonen, som kanskje ikke like lett lar seg endre (Reitan, 2017, s. 88). Det vil da være naturlig å bevege seg inn på hva pasienten trolig *må* leve med, og hva pasienten selv kan endre. Dette gjenspeiles også i ett av Orems helsesviktrelaterte egenomsorgsbehov, som kan forstås som behovet for å lære å leve med de seksuelle konsekvensene etter radikal prostatektomi på en måte som fremmer personlig utvikling (gjengitt etter Kristoffersen, 2016b, s. 5). Sykepleieren bør da hjelpe pasienten med å dekke dette behovet, hvis han ikke er i stand til å dekke det selv. Erektile dysfunksjon kan være noe pasienten må lære seg å leve med, og det kan da være hensiktsmessig å presentere pasienten for en bred definisjon av seksualitet og seksuell helse, i tråd med WHO's (2006) definisjoner.

Funnene i Laursen (2017, s. 123) tyder på at en rekke pasienter har en smal og teknisk forståelse av egen seksualitet der flere forbinder seksualitet med samleie, og samleie med penetrering. Det kan være uheldig siden den seksuelle helsen er kompleks og påvirkes av flere faktorer enn ereksjonsevnen. Sykepleieren kan da bidra til å utvide pasientens seksuelle

horisont med å inkludere psykososiale aspekter i helseveiledningen. I WHO's (2006) definisjon av seksualitet, som henger sammen med definisjonen av seksuell helse, inkluderes ord som nytelse, mannlig identitet, intimitet, samliv og parforhold. Den seksuelle veiledningen bør ta opp disse begrepene og forklare samspillet mellom dem. Det bør også avklares i hvilken grad dette er relevant for pasienten. Informasjonen som blir gitt må selvfølgelig tilpasses hver enkelt pasient, og det er viktig å huske at alle har unike behov.

Å tilby pasienten penisrehabiliterende programmer i tillegg til å presentere en bred definisjon av seksualitet og mestringsstrategier kan virke som et paradoks. Grunnen til det er fordi en bredere tilnærming til seksualitet og en mestringsstrategi som fokuserer på å akseptere situasjonen trolig vil forsøke å se forbi pasientens erektil dysfunksjon. Seksuell helse og seksualitet er mer enn bare erektil funksjon. Det kan også tenkes at et ensidig fokus på en biologisk og medisinsk behandling er til hinder for læring om seksualitet som et bredt begrep, og hvilke muligheter som finnes for pasienten dersom han omfavner et bredere syn på egen seksualitet. Funnene viser imidlertid at mange pasienter ønsker å få muligheten til å bedre egen ereksjonsevne, og denne muligheten gis gjennom penisrehabiliterende programmer og at sykepleiere tar erektil dysfunksjon på alvor.

5.5 Hvordan kan sykepleiere bidra til bedret seksuell helse når pasientene opplever psykososiale komplikasjoner og et behov for redefinering av seksualitet og samliv?

Å inkludere psykososiale sider ved seksualiteten i helseveiledning vil trolig være viktig for å gi pasienten helhetlig omsorg. Dette reflekteres også i pasientens følelser. Typiske følelser knyttet til erektil dysfunksjon viser seg å være tap av manndomsfølelse og skyldfølelse, som igjen kan føre til endret selvbilde og samlivsproblemer (Wennick et al., 2017, s. 109; Laursen 2017, s. 123; Nelson et al., 2015b, s. 1650; O'Shaughnessy et al., 2013, s. 3495). Derimot skriver Letts et al. (2010, s. 499) at menn ikke opplever at deres maskulinitet, altså manndomsfølelse, ble påvirket av seksuelle endringer. Altså kan man se at menn reagerer ulikt på seksuelle konsekvenser av radikal prostatektomi. For noen er psykososiale komplikasjoner så alvorlige at deres seksuelle identitet er i krise (Borg 2017, s. 125). Psykososiale komplikasjoner vil derfor kunne skape et behov for sykepleie.

Redusert selvbilde og krise i den seksuelle identiteten vil kunne true pasientenes seksuelle helse, i tråd med WHO's (2006) definisjon. Dette kan skape et behov for å justere selvbildet

ved å akseptere situasjonen, som er ett av Orems egenomsorgsbehov (gjengitt etter Kristoffersen, 2016b, s. 5). Sykepleieren kan da bidra til å bedre den seksuelle helsen ved å benytte mestringsstrategier, som kan hjelpe pasienten med å justere selvbildet, øke personlig kontroll og finne ny mening (Reitan, 2017, s. 88). En mulig løsning kan da være at sykepleieren informerer pasienten om hvordan koblingen ereksjonsevne mellom maskulinitet kan være selvdestruktiv og ødeleggende for selvbildet. Sykepleieren kan råde pasienten til en frikobling fra denne tankegangen, slik at pasienten kan se hans seksualitet i et større og mer positivt perspektiv. Dette er i tråd med PLISSIT-modellens nivå tre, konkrete forslag og råd (Borg, 2017, s. 129).

Dersom pasienten har en partner ser det ut til å være hensiktsmessig at vedkommende er til stede under samtalen om seksualitet (Borg, 2017, s. 128; Gjessing, 2017, s. 583). Dette samsvarer med funnene i Palacios et al. (2018, s. 4173), som viser at en stor andel av pasientene ønsker at partneren skal være til stede. Pasientens endring i seksuell helse kan påvirke pasientens parforhold og dermed også pasientens partner (Wennick et al., 2017, s. 109; Laursen, 2017, s. 123). Grov (2017, s. 251) skriver at kreftpasienter søker støtte hos sine nærmeste i vanskelige situasjoner. Videre kan partneren gi nødvendige bidrag til å opprettholde pasientens identitet og stimulere til håp og livsglede (Grov, 2017, s. 257). Det kan likevel være utfordrende å inkludere pasientens partner, siden spørsmål om autonomi og taushetsplikt aktualiseres. Det kreves derfor samtykke fra pasienten for å inkludere partneren (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-6).

Funnene fra flere studier viser også at erektil dysfunksjon kan føre til unngåelse av seksuelle situasjoner og tap av intimitet (Nelson et al., 2015b, s. 1650; O'Shaughnessy et al., 2013, s. 3495; Skolarus, 2019, s. 6). Seksuelle situasjoner kan tolkes som handlinger som kan føre til seksuell aktivitet med partneren. Tap av intimitet mellom partnere oppleves som et stort tap som begge sørger over (Borg, 2017, s. 125; Laursen, 2017, s. 123). Palacios et al. (2018, s. 4172) viser at halvparten av partnerne har vansker med å håndtere den endrede situasjonen knyttet til pasientens seksualitet. Seksuell unngåelse støttes også av Borg (2017, s. 125) som beskriver at pasienter får isolasjonstendenser, både fysisk og emosjonelt. Å isolere seg selv beskrives som lettere enn å mestre den nye situasjonen. Letts et al. (2010, s. 501) viser også at menn isolerer seg selv, og føler at de ikke kan snakke med partneren om seksuelle problemer. Selvisolering og tilbaketrekning fra partneren fører til kommunikasjonssvikt og misforståelser blant par som ikke er komfortable med å diskutere seksualitet (Laursen, 2017, s. 123).

My wife said, “you don’t get turned on by me anymore” and how (swearing) fun is that? I try to explain to her that it’s not a matter of not getting turned on, but that it’s difficult (Wennick et al., 2017, 109).

Tap av intimitet, kommunikasjonssvikt og misforståelser viser seg altså å være problematisk for flere par. Hvordan kan sykepleiere hjelpe disse parene? En mulig løsning kan være at sykepleieren bidrar med intervensjoner som tar utgangspunkt i å bedre kommunikasjonsferdighetene hos parene. Dette reflekteres også i hovedfunnet om pasientens behov for støtte og intervensjoner. Jonsdottir et al. (2018, s. 765-766) hevder at parintervensjonene som fokuserte på å lære parene å dele følelser ga gode resultater. Intervensjonene tok utgangspunkt i at parene skulle akseptere endringer i seksualiteten, gjøre tilpasninger i forholdet og omstille seg i forhold til seksuell aktivitet. Sykepleieren kan da bidra til en bedret seksuell helse ved å eksempelvis belyse nærhet og berøring som mulige forslag til å finne ny mening (Laursen, 2017, s. 124; Wennick et al., 2017, s. 109; Borg 2017, s. 129).

Nelson (2015a, s. 232) hevder derimot at pasienten og partneren bør ha ulike intervensjoner for å håndtere den nye situasjonen. Partneren fikk mer utbytte av intervensjoner som adresserte parforholdet, mens pasienten fikk mest utbytte av intervensjoner som adresserte erektil dysfunksjon. Det interessante er likevel at intervensjonene rettet mot erektil dysfunksjon hadde liten effekt på parforholdet. Det ser dermed ut til at intervensjonene som anvendes kun har effekt på det spesifikke området intervensjonen gjelder. Derfor bør effektive intervensjoner være tilpasset den enkelte pasients behov (Nelson et al., 2015a, s. 239). Det vil si at en intervensjon må være målrettet. Det kan dermed virke som at pasienten og hans partner burde få målrettede intervensjoner hver for seg og sammen, avhengig av intervensjonens mål. Vellykkede intervensjoner kan være en forutsetning for en positiv redefinering av seksuell helse, som reflekteres i hovedfunnet «redefinering av seksualitet og samliv».

I forskningsartiklene er det tydelig at noen har større vanskeligheter med å få til en positiv redefinering enn andre. Hva avgjør om pasienten og hans partner får til dette eller ikke? Det kan virke som at de pasientene som innehar høy emosjonell kompetanse fra før har større sannsynlighet for å få til en positiv redefinering – å finne ny mening. Dersom pasienten forstår at seksualitet er et bredere begrep enn evnen til å oppnå ereksjon, ser det ut til å være

en positiv faktor for redefinerings. Dette kan være en tolkning av funnene til Wennick et al. (2017, s. 109), «I can still use my hands, fingers, mouth ... and that is often actually what women prefer». En utvidet forståelse av seksualitetsbegrepet kommer også til syne hos Laursen (2017):

Sex – there’s many things to it, you might say. To me, sex is not only about sleeping together. It’s just as much about feeling masculine and being able to see oneself as a man. (s. 124)

We also do a lot of touching, for example lying belly-to-back – it feels very sexual without actual intercourse but it’s very loving and reassuring. Also, you know, taking care to give a hug during the day – that means a lot. I guess that’s a common experience. (s. 124)

Hvordan pasientene håndterer endringer i deres seksualitet ser ut til å være knyttet til hvordan de tilnærmer seg problemløsning generelt, og hvilke normer de har vokst opp med og forholder seg til (Laursen, 2017, s. 123). Laursen skriver videre at i tillegg til samleie, er forståelse, intimitet, omsorg, å føle seg respektert og sett på som en mann viktige ingredienser i et positivt berikende seksualliv. Disse kvalitetene kan pasienten ha stor grad av trygghet på fra før, som et avklart forhold til egen mandighet, i tillegg til normer og problemløsningsferdigheter. Andre egenskaper, som graden av intimitet, forståelse og omsorg kan være betinget av partnerskapet. Hvis mannen lever i et forhold hvor han kjenner lite på respekt, forståelse og omsorg kan det virke som at det kan motvirke redefinerings (Laursen, 2017, s. 123). Nelson et al. (2015b, s. 1652) understreker også at støtten fra partneren er hjelpsom for mennene, men i hvilken grad mannen mottar støtte fra partneren er en faktor som han i liten grad kan påvirke selv. Det er derfor viktig at sykepleieren gir pasienten støtte og relevante intervensjoner for å bidra til en bedret seksuell helse, særlig der psykososiale konsekvenser kan virke som en tydelig trussel mot pasientens selvbylde og parforhold.

5.6 Behov for seksuell hjelp utover sykepleiers kompetanseområde.

Alvorlige seksuelle problemer kan potensielt være utenfor sykepleierens kompetanseområde, og i tråd med de yrkesetiske retningslinjene må sykepleiere erkjenne grensen for egen

kompetanse og yrkesutøvelse (NSF, 2011, s. 7). En rekke prostatapasienter sliter med så omfattende seksuelle problemer at flere menn har uttrykt et ønske om å få snakke med en spesialist (Palacios et al., 2018, s. 4172). Problemstillinger kan være ønske om avansert behandling med penisprotese, hjelp til å håndtere selvmordstanker, problemer med selvbildet eller parterapi (Gjessing, 2017, s. 584). Pasienten kan da ha behov for intensiv terapi, som er PLISSIT-modellens siste trinn. Intensiv terapi er forbeholdt spesialister (Borg, 2017, s. 130). Sykepleieren kan da bidra til bedring i seksuell helse ved å henvise pasienten videre til en spesialist, slik at han får best mulig hjelp for sine seksuelle problemer. Spesialister kan eksempelvis være psykolog, psykiater, urolog eller en spesialist i sexologisk rådgivning (Gjessing, 2017, s. 584).

5.7 Metodediskusjon.

Vi har diskutert ulike intervensjoner i forbindelse med fysiske og psykososiale komplikasjoner. Samtidig er det en kjensgjerning at litteraturen tar opp intervensjoner i liten grad. I det systematiske søket var det en del kvalitativ forskning som fokuserte på ulike pasientopplevelser knyttet til seksuell helse, men lite målrettede intervensjoner der en evaluerer ulike tiltak opp mot hverandre for å se hvor de har best effekt. Søk som inkluderte ord som «nursing» og «interventions» ga få treff, og eventuelle treff møtte ikke oppgavens inklusjonskriterier. Det kan muligens også ha en sammenheng med svakheter i databasesystemet, for eksempel at noen MeSH-ord mangler. Det kan virke som at målrettede intervensjoner bør forskes mer på.

Det er flere metodologiske begrensninger i forskningsfeltet som bør adresseres. Det er derfor interessant å se nærmere på ulike sider som kan problematisere funn generelt i litteraturen. Et interessant aspekt, som blant annet fremheves i Nelson et al. (2015a, s. 239), er at det ofte ikke er et inklusjonskriterium at pasienten eller paret rapporterer lite tilfredshet i forholdet som utgangspunkt før intervensjonen. Det er som regel helt tilfeldig i hvilken grad populasjonen er tilfreds eller ikke ved utgangspunktet, fordi det ofte ikke blir målt. Det er da vanskelig å si i hvilken grad intervensjonene har effekt eller ikke. I en av studiene som gjennomgås av Nelson et al. (2015a, s. 239) ser man til og med at intervensjonen gjorde paret mer oppmerksom på problemene de hadde, som førte til dårligere kommunikasjon og lavere tilfredshet.

Et annet interessant punkt er at det kan være vanskelig å sammenlikne studier, eller si noe entydig om validiteten til en studie, hvis de forsøker å måle vagt definerte begreper som *livskvalitet* eller *tilfredshet*. Hva respondentene legger slike begrep kan variere. Et annet eksempel er begrepet *seksuelle bekymringer*, som Jonsdottir et al. (2018, s. 766) problematiserer som utfallsmål. Jo bredere begreper man bruker, jo flere potensielle feilkilder kan de inneholde. Det er utfordrende å kvantifisere kvalitative egenskaper. Dette kan være en årsak til at studier ofte fokuserer på erektil dysfunksjon, siden dette er enklere å måle. Selv om erektil dysfunksjon lar seg definere smalt og teknisk, har det egne utfordringer da det ekskluderer psykososiale sider ved seksualiteten.

Et annet aspekt som kan gjøre det vanskelig å konkludere med noe entydig er pasientenes varierende alder, slik flere studier inkluderer (Letts et al., 2010, s. 495; Palacios et al., 2018, s. 4171; Nelson et al., 2015b, s. 1650). Det er bevisst at alder ikke har vært et inklusjonskriterium i denne oppgaven, fordi medianalderen for prostatakreftdiagnose er 70 år. Det rammer derfor naturligvis flest eldre menn. Likevel ser vi at alderen i flere studier kan variere fra 45 til 90 år. En pasient i midten av 40-årene og en pasient i 90-årene vil sannsynligvis vektlegge forskjellige aspekter ved seksualiteten. Det er også et sentralt poeng at den naturlige erektil funksjonen gradvis svekkes med alderen uavhengig av kirurgiske inngrep. Dette kan være med på å avklare menns seksuelle forventninger, da en mann i midten av 40-årene kan ha mange «gode år» igjen med erektil funksjon, sammenlignet med en mann i 90-årene.

Det er også verdt å legge merke til at noen studier inkluderer respondenter som befinner seg i ulike stadier postoperativt, med et stort tidsspenn fra tre måneder til fem år (Nelson et al., 2015a, s. 240; Letts et al., 2010, s. 494). Det er rimelig å anta at komplikasjoner knyttet til erektil dysfunksjon og psykososiale konsekvenser vil variere i dette tidsrommet, og at de dermed egentlig ikke er sammenliknbare.

Noen studier inkluderer også pasienter som er behandlet forskjellig eller med en kombinasjon av ulike behandlinger, for eksempel med strålebehandling og kirurgi (Letts et al., 2010, s. 491; O'Shaughnessy et al., 2013, s. 3493; Nelson et al., 2015a, s. 233; Palacios et al., 2018, 4170). Dette kan være problematisk da det kan variere hvor sterke de seksuelle komplikasjonene relatert til behandlingene er, og ulike seksuelle komplikasjoner kan inntreffe på ulike tidspunkt. Hovedregelen er at erektil dysfunksjon vil være verst rett etter et kirurgisk inngrep, mens ved strålebehandling vil det inntreffe gradvis over år (Helsedirektoratet, 2009).

Likevel har det vært bevisst at vi ikke har hatt et inklusjonskriterium om at studiene kun må omhandle radikal prostatektomi, fordi pasientene fortsatt kan kjenne på de samme seksuelle konsekvensene av behandling. Det presenteres også i figur 3.2 i oppgavens metodedel. Det er vurdert enkeltvis hvorvidt de seksuelle konsekvensene kan sammenlignes med seksuelle konsekvenser av radikal prostatektomi.

Det er også verdt å merke seg at flere studier, bevisst eller ubevisst, ekskluderer homofile pasienter (Laursen, 2017, s. 121; Jonsdottir et al., 2017, s. 764; Letts et al., 2010, s. 495; O'Shaghnessy et al., 2013, s. 3499). Dette er uheldig med tanke på at kreft rammer alle, uavhengig av legning. Vi ser også at flere studier har lite fokus på enslige (Laursen, 2017, s. 121.; Wennick et al., 2017, s. 108; Letts et al., 2010, s. 493). Enslige mangler den støtten en partner kan gi, og det er dermed grunn til å mistenke at de kan være ekstra utsatte for psykososiale komplikasjoner. Ingen av studiene inkluderte eller ekskluderte bevisst pasienter fra ulike kulturer, så det er dermed tilfeldig i hvilken grad denne heterogene gruppen er representert. Det er imidlertid kjent at flerkulturell sykepleie er et viktig kompetanseområde, og det vil være en rimelig antakelse at kultursensitive intervensjoner kan være fordelaktig i møte med denne gruppen. Det er derfor behov for egne studier som kan gi oss mer kunnskap om intervensjoner til disse gruppene. Å velge én gruppe, for eksempel heterofile norske menn, å forske på kan være hensiktsmessig siden det gjør populasjonen mer homogen. Dette kan igjen gjøre det lettere å trekke entydige konklusjoner på bakgrunn av funnene. Det er likevel viktig å understreke at dette vil være en svakhet dersom det blir malen for *all* seksuell veiledning.

Teorien og funnene i forskningsartiklene sammenfaller i stor grad. Likevel er det et faktum at om vi hadde valgt eller funnet andre artikler, brukt andre søkeord eller vektlagt andre teorier, ville det muligens formet vår oppfatning av tematikken. Det kan eksempelvis være problematisk at litteratursøkets metodologiske tyngde ligger på kvalitative studier, hvor enkeltstudiene består av få respondenter (se vedlegg 1). På bakgrunn av disse studiene kan det derfor være vanskelig å trekke en entydig konklusjon. Samtidig ser vi at flere av studiene peker i samme retning. Kombinert med at informasjonen er hentet fra ulike kilder, gir det oss en trygghet om at studiene er egnet til å utforske tematikken. Dermed kan studiene bidra med å belyse vår problemstilling. Det er heller ikke overkommelig å lese *alle* studiene som kan være relevante og gode, da dette er et stort forskningsområde.

6.0 KONKLUSJON

Seksuell helse er en del av pasientens øvrige helse, og er viktig for både pasienten og hans partner. Seksuell helse og seksualitet kan imidlertid ofte bli skadelidende etter radikal prostatektomi. Slike postoperative komplikasjoner hos prostatakreftpasienter vil, som følge av bedre behandling og økende overlevelse, forekomme hyppigere i årene som kommer. Dette aktualiserer problemstillingen: Hvordan kan sykepleiere bidra til en bedret seksuell helse etter radikal prostatektomi? Tilnærmet alle sykepleiere er enige om at det er viktig å adressere pasienters seksuelle helse, men bare tjue prosent tar opp tematikken med sine pasienter. Dermed er det altså et misforhold på åtti prosent. På bakgrunn av dette gapet kan man konkludere med at pasienters seksuelle helse blir nedprioritert, og dette resulterer i at pasienters behov for hjelp til en bedret seksuell helse ikke blir møtt. Hensikten har derfor, blant annet, vært å øke kunnskapen om seksuelle konsekvenser, slik at dette kan gi innsikt i hvilke faktorer som kan være bidragsyttende til en bedret seksuell helse og som dermed får implikasjoner for sykepleieryrket.

Oppsummert innebærer pasientenes behov hjelp til å håndtere fysiske endringer, psykososiale komplikasjoner, redefinering av seksualitet og samliv, korrekt informasjon, støtte og intervensjoner. Sykepleiere bør derfor bidra til å hjelpe pasientene med å dekke disse behovene, slik at de kan oppleve bedring i sin seksuelle helse. Sykepleiere kan bidra med å kartlegge og adressere pasientenes seksuelle konsekvenser av radikal prostatektomi. Deretter kan sykepleiere bidra med korrekt og tilpasset informasjon. Avhengig av pasientenes seksuelle konsekvenser og behov, bør sykepleiere tilpasse egnede intervensjoner for å bedre den seksuelle helsen. Eksempler på intervensjoner kan være penisrehabiliterende programmer og emosjonsorienterte mestringsstrategier, som tar sikte på å utvide pasientens forståelse av seksualitetsbegrepet.

Det er verdt å legge merke til at det mangler studier som gir gode svar på hvilke intervensjoner som er mest hensiktsmessige for å møte pasientenes ulike seksuelle behov, og for å bidra til en bedret seksuell helse. Det er også flere metodologiske utfordringer knyttet til forskningsfeltet, som gjør det vanskelig å sammenlikne ulike studier og trekke entydige konklusjoner på bakgrunn av dem. Pasienter operert for prostatakraft er en svært heterogen populasjon, og det er derfor en svakhet ved forskningen at intervensjoner for homofile, enslige og pasienter fra ulike kulturer ikke adresseres. Prostatakraft kan ramme alle menn. Oppsummert kan det derfor tyde på at ulike intervensjoner bør forskes mer på.

Avslutningsvis kan en konkludere med at det er viktig at sykepleiere tar opp spørsmål knyttet til seksualitet med pasientene, med mål om å bedre den seksuelle helsen etter radikal prostatektomi. Dette er pasientens rett og sykepleierens plikt. På bakgrunn av usikkerhet vedrørende effektiviteten ved dagens intervensjoner, er det imidlertid usikkert hvilken framgangsmåte som er mest hensiktsmessig når sykepleiere skal ta opp denne tematikken. Vi har valgt å vektlegge PLISSIT-modellen, siden dette er en veletablert metode i dag, men det er usikkert om man kan konkludere med at dette er «best practice». Hvordan sykepleiere kan bidra til en bedret seksuell helse etter radikal prostatektomi bør derfor være et viktig faglig utviklingsområde også i fremtiden.

LITTERATURLISTE

- Borg, T. (2017). Seksualitet. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient – Utfordring – Handling* (4.utg, s. 120-131). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Christiansen, B. (2013). Helseveiledning – hva menes? I B. Christiansen (Red.), *Helseveiledning* (s. 13-29). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning. (2019). Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning (FOR-2019-03-15-412). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-412>
- Gjessing, R. (2017). Sykepleieutfordringer ved kreft i mannlige kjønnsorganer. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient – Utfordring – Handling* (4.utg, s. 575-587). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Grov, E. K. (2017). Pårørende. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient – Utfordring – Handling* (4.utg, s. 252-266). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Helsebiblioteket. (2016, 27. april). Kildevalg. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/kildevalg>
- Helsedirektoratet. (2009, 1. desember). Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av prostatakreft. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/prostatakreft/6-behandling-med-kurativ-int/6.3-stralebehandling>
- Jonsdottir, J. I., Jonsdottir, H. & Klinke, M. E. (2018). A systematic review of characteristics of couple-based intervention studies addressing sexuality following cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 74(4), 760-773. <https://doi.org/10.1111/jan.13470>
- Kreftforeningen. (2020, 13. mars). Prostatakreft – cancer prostatae. Hentet fra <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/prostatakreft/>
- Kreftregisteret. (2019). *Årsrapport 2018 med resultater og forbedringstiltak fra Nasjonalt kvalitetsregister for prostatakreft*. Hentet fra <https://www.kreftregisteret.no/globalassets/publikasjoner-og-rapporter/arsrapporter/publisert-2019/arsrapport-2018-prostatakreft.pdf>
- Kristoffersen, N. J. (2016a). Sykepleiefagets teoretiske utvikling – en historisk reise. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. -A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3.utg, bind 3, s. 15-80). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016b). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. -A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Arbeidsbok Grunnleggende sykepleie* (3.utg, bind 3, s. 1-12). Oslo: Gyldendal akademisk. Hentet fra <http://grunnleggende-sykepleie.com/index.asp?id=149871>
- 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>

- Letts, C., Tamlyn, K. & Byers, E. S. (2010). Exploring the Impact of Prostate Cancer on Men's Sexual Well-Being. *Journal of Psychosocial Oncology*, 28(5), 490-510. <https://doi.org/10.1080/07347332.2010.498457>
- Lian, O. S. & Westin, S. (2009). Bidrar helsetjenesten til sosiale ulikheter i helse? I J. G. Mæland, J. I. Elstad, Ø. Næss & S. Westin (Red.), *Sosial epidemiologi – sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt* (s. 315-336). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Nelson, C. J., Emanu, J. C. & Avildsen, I. (2015a). Couples-based interventions following prostate cancer treatment: a narrative review. *Translational Andrology and Urology*, 4(2), 232-242. <https://doi.org/10.3978/j.issn.2223-4683.2015.04.04>
- Nelson, C. J., Lacey, S., Kenowitz, J., Pessin, H., Shuk, E. & Mulhall, J. P. (2015b). Men's Experience with Penile Rehabilitation Following Radical Prostatectomy: A Qualitative study with the Goal of Informing a Therapeutic Intervention. *Psychooncology*, 24(12), 1646-1654. <https://doi.org/10.1002/pon.3771>
- Norsk helseinformatikk AS. (2018, 16. januar). Erekttil dysfunksjon – impotens. Hentet fra <https://nhi.no/sykdommer/mann/seksuelle-tema/erekttil-dysfunksjon-impotens/?page=1>
- Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere – ICNs etiske regler*. Hentet fra <https://www.nsf.no/Content/2182990/seefile>
- O'Shaughnessy, P. K., Ireland, C., Pelentsov, L., Thomas, L. A. & Esterman, A. J. (2013). Impaired sexual function and prostate cancer: a mixed method investigation into the experiences of men and their partners. *Journal of Clinical Nursing*, 22(23-24), 3492-3502. <https://doi.org/10.1111/jocn.12190>
- Oslo Universitetssykehus. (2018, 07. september). Register for Radikal prostatektomi. Hentet fra <https://oslo-universitetssykehus.no/personvern/informasjonsportal-for-deg-som-har-avgitt-bredt-samtykke/register-for-radikal-prostatektomi#radikal-prostatektomi-ved-oslo-universitetssykehus>
- Palacios, L. A. G., Krouwel, E. M., den Oudsten, B. L., den Ouden, M. E. M., Kloens, G. J., van Duijn, G., . . . Elzevier, H. W. (2018). Suitable sexual health care according to men with prostate cancer and their partners. *Supportive Care in Cancer*, 26, 4169-4176. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4290-2>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Reitan, A. M. (2017). Psykologisk krise og mestringsmuligheter. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient – Utfordring – Handling* (4.utg, s. 82-103). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Skolarus, T. A. (2019). Overview of approach to prostate cancer survivors. I L. Nekhlyudov, J. P. Richie, D. M. F. Savarese (Red.), *Up To Date*. Hentet 17. mars 2020 fra https://www.uptodate.com/contents/overview-of-approach-to-prostate-cancer-survivors?search=Overview%20of%20approach%20to%20prostate%20cancer%20survivors&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
- Thidemann, I. -J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (1.utg). Oslo: Universitetsforlaget.

- Thidemann, I. -J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2.utg). Oslo: Universitetsforlaget.
- Verdens helseorganisasjon. (2006). Sexual health. Hentet fra https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_2
- Wennick, A., Jönsson, A.-K., Bratt, O. & Stenzelius, K. (2017). Everyday life after a radical prostatectomy – A qualitative study of men under 65 years of age. *European Journal of Oncology Nursing*, 30, 107-112. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2017.08.008>

OBS: Hvis hyperkoblingene ikke vil åpnes, kan man lime linken inn i nettleser.

VEDLEGG 1: LITTERATURMATRISE

Litteraturmatrise						
Forfatter(e) Publiseringsår Tittel på artikkel Tidsskrift Land	Type studie Metode Utvalg populasjon	Hensikten med studien	Hovedfunn/k onklusjon	Kvalitetsvur dering	Etiske overveie lser	Komme ntarer
<p>Jonsdottir, J. I., Jonsdottir, H. & Klinke, M. E. (2018). A systematic review of characteristics of couple-based intervention studies addressing sexuality following cancer. <i>Journal of Advanced Nursing</i>, 74(4), 760-773. https://doi.org/10.1111/jan.13470</p> <p>Island</p>	<p>Systematisk oversiktsartikkel.</p> <p>Elektronisk søk av kvantitative intervensjonssstudier i databasene PubMed, CINAHL og PsychINFO (2009-2016).</p> <p>14 studier er inkludert.</p> <p>Totalt 1726 personer (863 par).</p>	<p>Å beskrive kjennetegn ved parbaserte intervensjonsstudier som adresserer seksualitet etter kreft.</p>	<p>Det var ingen klar konsensus om hvordan parbaserte intervensjon best skulle struktureres.</p>	<p>Informasjonen er relevant for vår problemstilling.</p> <p>Artikkel er publisert i <i>Journal of Advanced Nursing</i> som er et velkjent månedlig fagfelleverdt tidsskrift for sykepleiere.</p> <p>Informasjonen er av ny dato, og ble publisert i 2018.</p> <p>Forfatterne er anerkjente fagfolk og forskere innenfor sykepleie og sexologi på Island.</p> <p>Artikkelen er skrevet for andre sykepleiere/forskere.</p>	<p>Artikkelen overholder akademiske normer for kildehenvisning.</p> <p>Studien overholder anonymitet.</p>	<p>Fire studier inkluderte par av samme kjønn.</p> <p>Studiene ble gjennomført i USA, Canada, Australia og England.</p>
<p>Nelson, C. J., Lacey, S., Kenowitz, J., Pessin, H., Shuk, E. & Mulhall, J. P. (2015).</p>	<p>En kvalitativ studie.</p>	<p>Å undersøke menns erfaringer</p>	<p>Menns frustrasjon rundt erektil dysfunksjon</p>	<p>Informasjonen er relevant for vår</p>	<p>Studiet er godkjent av det</p>	

<p>Men's Experience with Penile Rehabilitation Following Radical Prostatotomy: A Qualitative study with the Goal of Informing a Therapeutic Intervention. <i>Psychooncology</i>, 24(12), 1646-1654. https://doi.org/10.1002/pon.3771</p> <p>USA</p>	<p>Fokusgruppe med et semi-strukturelt format.</p> <p>Totalt 30 menn.</p>	<p>med erektil rehabilitering, erektil dysfunksjon og penisinjeksjoner, og for å få tilbakemeldinger på anbefalte intervensjoner.</p>	<p>kan føre til unngåelse av seksuelle situasjoner og behandling av erektil dysfunksjon. Dette påvirker negativt på hvorvidt menn klarer å overholde et erektil rehabilitering program.</p>	<p>problemstilling.</p> <p>Artikkelen er publisert i <i>Psychooncology</i> som er et månedlig fagfellevurdert medisinsk tidsskrift.</p> <p>Artikkelen er av nyere dato, og ble publisert i 2015.</p> <p>Forfatterne er anerkjente fagfolk innenfor psykiatri og urologi ved Memorial Sloan Kettering Center i New York.</p> <p>Artikkelen er skrevet for helsepersonell med tilknytning til de psykologiske aspektene ved onkologi.</p>	<p>institusjonelle vurderingsstyret ved Memorial Sloan Kettering Cancer Center, New York, USA.</p> <p>Artikkelen overholder akademiske normer for kildehenvisning.</p> <p>Studiet var frivillig.</p> <p>Anonymiteten er overholdt.</p> <p>Deltakerne ble informert om observatører i forkant av fokusgruppene.</p>	
<p>O'Shaughnessy, P. K., Ireland, C., Pelentsov, L., Thomas, L. A. & Esterman, A. J. (2013). Impaired sexual function and prostate cancer: a mixed method investigation into the experiences of men and their partners. <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 22(23-24), 3492-3502.</p>	<p>En blandet studie. Basert på kvalitativ studie og internettbaseret undersøkelse.</p> <p>Den kvalitative studien besto</p>	<p>Å utforske problemer relatert til seksuell funksjonen og parforhold, for menn og deres koner eller partnere, etter diagnose</p>	<p>Menn er ikke i stand til å tydelig identifisere utfordringene prostatakreft medfører, spesielt endringer som omhandler deres maskulinitet.</p>	<p>Informasjonen er relevant for vår problemstilling.</p> <p>Artikkelen er publisert i <i>Journal of Clinical Nursing</i> som er et</p>	<p>Studien ble godkjent av the research and ethics committee of the University of South</p>	

<p>https://doi.org/10.1111/jocn.12190</p> <p>Australia</p>	<p>av fokusgrupper og parintervju.</p> <p>Internettundersøkelsen besto av 70 spørsmål til menn og partnere, og var basert på den kvalitative studien.</p> <p>Fokusgruppene: Det var fire fokusgrupper bestående av tilsammen 26 menn.</p> <p>Parintervju: Det var totalt tre par som ble intervjuet.</p> <p>Internettundersøkelsen: Det var 115 menn og 35 partnere som besvarte spørsmålene.</p>	<p>og behandling for prostatakreft.</p>		<p>velrennert vitenskapelig og fagfellevurdert tidsskrift for sykepleiere.</p> <p>Artikkelen er under 10 år gammel, og ble publisert i 2013.</p> <p>Alle forfatterne er anerkjente fagfolk og forskere ved School of Nursing and Midwifery i Sør-Australia.</p> <p>Artikkelen er skrevet for annet helsepersonell med interesse for seksualitet og kroniske sykepasienter.</p>	<p>Australia.</p> <p>Artikkelen overholder de akademiske normene for kildehenvisning.</p> <p>Anonymiteten er overholdt.</p> <p>Deltakelse i studien er frivillig</p> <p>Deltakerne av fokusgruppene fikk et informert samtykkeeskjema.</p> <p>Spørsmålene i internettundersøkelsen ble godkjent av seks eksperter innenfor fagfeltet prostatakreft.</p>	
<p>Palacios, L. A. G., Krouwel, E. M., den Oudsten, B. L., den Ouden, M. E. M., Kloens, G. J., van Duijn, G., . . . Elzevier, H. W. (2018). Suitable sexual health care</p>	<p>En kvantitativ studie.</p> <p>Tverrsnittundersøkelse, såkalt cross-</p>	<p>Å avgjøre hvilket helsepersonell og hvilken tid som anses som mest egnet til å</p>	<p>Under oppfølgingskonsultasjoner rettes det lite oppmerksomhet mot virkningen av behandlingsin</p>	<p>Informasjonen er relevant for vår problemstilling.</p>	<p>Studiet er godkjent av the Institutional Review Board</p>	

<p>according to men with prostate cancer and their partners. <i>Supportive Care in Cancer</i>, 26, 4169-4176. https://doi.org/10.1007/s00520-018-4290-2</p> <p>Nederland.</p>	<p>sectional survey.</p> <p>Totalt 253 menn og 174 partnere.</p>	<p>diskutere seksuelle og relasjonelle endringer etter prostatakreftbehandling i henhold til pasientens og partnerens synspunkt.</p>	<p>dusert seksuell dysfunksjon i parforholdet mellom pasienten og partneren.</p> <p>En standard konsultasjon med en urolog-sexolog tre måneder etter behandling for å diskutere seksuelle og relasjonelle problemer regnes som mest foretrukket.</p>	<p>Artikkelen er publisert i <i>Supportive Care in Cancer</i> som er et fagfellevurdert medisinsk tidsskrift som dekker forskning innenfor kreftomsorg.</p> <p>Studien er av ny dato, og artikkelen ble publisert i 2018.</p> <p>Forfatterne er anerkjente fagfolk og forskere innenfor urologi, psykologi og medisinsk statistikk i Nederland.</p> <p>Artikkelen er skrevet for helsepersonell innenfor kreftomsorg.</p>	<p>ved Leiden University Medical Center.</p> <p>Artikkelen overholder de akademiske normene for kildehenvisning.</p> <p>Anonymiteten er overholdt.</p> <p>Alle deltakerne har fått utlevert et informasjonsskriv med samtykkeerklæring.</p>	
<p>Nelson, C. J., Emanu, J. C. & Avildsen, I. (2015). Couples-based interventions following prostate cancer treatment: a narrative review. <i>Translational Andrology and Urology</i>, 4 (2), 232-242. https://doi.org/10.3978/j.issn.2223-4683.2015.04.04</p> <p>USA</p>	<p>Oversiktsartikkel.</p> <p>Randomisert kontrollert studie (RCT).</p> <p>Artikkel 1: 235 dyader. Artikkel 2: 25 menn + 25 par. Artikkel 3: 112 par. Artikkel 4: 71 par. Artikkel 5: 189 par.</p>	<p>Å gjennomgå og å kritisk evaluere viktige intervensjonsstudier som forsøkte å adressere relasjonell og seksuell intimitet etter prostatakreftbehandling.</p>	<p>Blandede resultater.</p> <p>Det er nødvendig med intervensjoner basert på innovative teoretiske tilnærminger, så vel som studieutfordringer som adresserer metodologiske begrensninger.</p>	<p>Informasjonen er relevant for vår problemstilling.</p> <p>Artikkelen er publisert i <i>Translational Andrology and Urology</i> som er et seriøst akademisk fagfellevurdert tidsskrift.</p> <p>Artikkelen er under 10</p>	<p>Artikkelen overholder de akademiske normene for kildehenvisning.</p> <p>Anonymiteten er overholdt.</p>	

	Artikkel 6: 20 par.			<p>år gammel, og ble publisert i 2015.</p> <p>Forfatterne er anerkjente fagfolk innenfor psykiatri og urologi ved Memorial Sloan Kettering Center i New York.</p> <p>Artikkelen er skrevet for helsepersone ll.</p>		
<p>Letts, C., Tamlyn, K., Byers, E. S. (2010). Exploring the Impact of Prostate Cancer on Men's Sexual Well-Being. <i>Journal of Psychosocial Oncology</i>, 28(5), 490-510. https://doi.org/10.1080/07347332.2010.498457</p> <p>Canada</p>	<p>Kvalitativ studie</p> <p>Semistrukturerte intervjuer. Svarene ble kategorisert tematisk og analysert.</p> <p>19 menn.</p>	<p>Å forstå hvordan prostatakreft og behandling hadde på menns seksuelle velvære sett i et bredt perspektiv.</p>	<p>Antyder at noen, men ikke alle aspekter ved menns seksualitet ble påvirket av behandlingen.</p> <p>Individuelle forskjeller.</p> <p>Etter behandling rapporterte de fleste ingen endring i opplevelsen av kjærlighet, kvalitet på romantiske forhold, selvbilde og begjær.</p> <p>Mennene opplevde negative endringer i evnen til å oppnå ereksjon, orgasme og seksuell</p>	<p>Informasjonen er relevant for vår problemstilling.</p> <p>Artikkelen er publisert i <i>Journal of Psychosocial Oncology</i>, et seriøst fagfellevurdert tidsskrift.</p> <p>Artikkelen er publisert i 2010.</p> <p>Artikkelen er skrevet av kompetente fagfolk.</p> <p>Artikkelen er skrevet for helsepersone ll.</p>	<p>Artikkelen overholder de akademiske normene for kildehenvisning.</p> <p>Anonymiteten er overholdt.</p> <p>Deltakerne fikk flere forespørsler på om de ville delta i studien. Det var frivillig å delta, og de fikk muligheten til å stille evt</p>	<p>Deltakerne ble intervjuet 1-5 år postoperativt, så det er god grunn til å tro at det er store individuelle forskjeller basert på dette. Dette debatteres ikke i artikkelen.</p>

			<p>tilfredsstillelse.</p> <p>Partnernes manglende interesse for sex fungerte som en buffer for stress knyttet til samleie.</p> <p>Manglende effekt av medisinsk behandling for ED var skuffende.</p> <p>Kommunikasjon med partner om endret seksualfunksjon hjalp for tilpasning.</p> <p>Mennene opplevde å få lite eller misvisende informasjon om ED, og at HP var lite interessert i deres problem.</p>		spørsmål.	
<p>Skolarus, T. A. (2019). Overview of approach to prostate cancer survivors. I L. Nekhlyudov, J. P. Richie, D. M. F. Savarese (red.). <i>Up To Date</i>. Hentet fra https://www.uptodate.com/contents/overview-of-approach-to-prostate-cancer-survivors?search=overview%20of%20approach%20to%20prostate%20cancer%20survivors&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1</p> <p>USA.</p>	Oversiktsartikkel basert på 111 studier.	Å få oversikt over tilnærmingen til prostatakreftpasienter.	<p>Seksuell dysfunksjon: Inkludert tap av intimitet er vanlig, forårsaket av fysiske og psykososiale faktorer.</p> <p>Parforhold kan føre til redusert stress knyttet til seksuell funksjon/dysfunksjon.</p> <p>Å adressere parforholdet er viktig i tillegg til</p>	<p>Informasjonen er relevant for vår problemstilling.</p> <p>Artikkelen er publisert i <i>Up To Date</i>, et seriøst klinisk oppslagsverk. UpToDate er på toppen av kunnskapsspyramiden.</p> <p>Artikkelen er av ny dato, og</p>	<p>Artikkelen overholder de akademiske normene for kildehenvisning.</p> <p>Anonymiteten er overholdt.</p>	

			<p>medisinsk behandling for seksuell bedring. Dette bør løses tverrfaglig.</p> <p>Erektildysfunksjon: Vanlig til og med to-tre år etter operasjon. Mange menn har ikke prøvd behandling.</p> <p>Orgasmisk dysfunksjon: Umiddelbart etter operasjon. Begrenset hjelp finnes.</p> <p>Penisforandringer: Mikrovaskulære hypoksisk skade kan føre til fibrose og penis kan krympe.</p> <p>Psykologiske effekter: Depresjon og angst er vanlig, særlig hvis man har seksuelle bivirkninger.</p> <p>Partere kan oppleve mer emosjonell stress enn pasientene.</p> <p>Livskvalitet blir påvirket, ikke bare rett etter operasjon, men ofte over lengre tid.</p>	<p>oppdatert i 2019.</p> <p>Artikkelen er skrevet av kompetente fagfolk.</p> <p>Artikkelen er skrevet for helsepersonell.</p>		
--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

			Selvhjelp kan være effektivt for å lindre plagene.			
<p>Laursen, B. S. (2017). Sexuality in men after prostate cancer surgery: a qualitative interview study. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i>, 31, 120-127. https://doi.org/10.1111/scs.12328</p> <p>Danmark.</p>	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>Semistrukturerte intervjuer med fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming.</p> <p>Fire menn.</p>	<p>Å se på effekten av radikal prostatekomi på menns seksualitet.</p>	<p>Manglende kontroll over egen seksualitet.</p> <p>Svekket selvbilde.</p> <p>Svekket intime relasjoner.</p> <p>Redefinere seksualitet. Kommunikasjon med partneren er viktig.</p>	<p>Informasjonen er relevant for vår problemstilling.</p> <p>Artikkelen er publisert i <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i>, et seriøst fagfellevervurdert tidsskrift.</p> <p>Artikkelen er publisert i 2017.</p> <p>Artikkelen er skrevet av Birgitte Schantz Laursen, Professor, tilknyttet Aalborg universitet.</p> <p>Artikkelen er skrevet for helsepersonell/forskere.</p>	<p>Følger Helsinki erklæringens etiske retningslinjer.</p> <p>Artikkelen overholder de akademiske normene for kildehenvisning.</p> <p>Anonymiteten er overholdt.</p> <p>Deltakelse er frivillig.</p> <p>Deltakerne gitt skriftlig samtykke.</p>	<p>Bare heterofile (eksplisitt).</p>
<p>Wennick, A., Jönsson, A.-K., Bratt, O., Stenzelius, K. (2017). Everyday life after a radical prostatectomy – A qualitative study of men under 65 years of age. <i>European Journal of Oncology Nursing</i>, 30, 107-112. http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2017.08.008</p> <p>Sverige.</p>	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>Tematisk innholdsanalyse.</p> <p>19 menn.</p>	<p>Å se på hvordan menn under 65 år opplever hverdagen ett år etter radikal prostatekomi.</p>	<p>Menn føler de betaler en pris for overlevelse.</p> <p>Inkontinens og seksuell dysfunksjon.</p> <p>Redusert selvbilde, tap av manndom.</p> <p>Menn i stabile forhold og som hadde nye tilnærminger</p>	<p>Informasjonen er relevant for vår problemstilling.</p> <p>Artikkelen er publisert i <i>European Journal of Oncology Nursing</i>, et seriøst fagfellevervurdert tidsskrift.</p>	<p>Godkjent av etisk komité. Følger etiske retningslinjer.</p> <p>Artikkelen overholder de akademiske normene for</p>	

			<p>til seksualitet taklet overgangen bedre.</p> <p>Mennene følte seg lite verdsatt av samfunnet og helsevesenet som pasientgruppe . De savnet også muligheten til å diskutere sine erfaringer i møte med andre likesinnede.</p> <p>De ville gjærne ha flere kontrolltimer for å snakke om problemene sine.</p>	<p>Artikkelen er publisert i 2017.</p> <p>Artikkelen er skrevet av kompetente fagfolk, tilknyttet svenske universiteter.</p> <p>Artikkelen er skrevet for helsepersoner og forskere.</p>	<p>kildehen visning.</p> <p>Anony miteten er overhol dt.</p> <p>Deltake lse er frivillig.</p> <p>Samtyk ke ble innhente t.</p>	
--	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Kvalitetsvurderingen er i tråd med Thidemann (2017, s. 89).

Thidemann, I.-J. (2017). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (1.utg). Oslo: Universitetsforlaget.

VEDLEGG 2: EXPANDED PROSTATE CANCER INDEX COMPOSITE (EPIC)

Expanded Prostate Cancer Index Composite for Clinical Practice (EPIC-CP)

A clinical tool to measure urinary, bowel, sexual and vitality/hormonal health Date: _____

Patients: Please answer the following questions by checking the appropriate checkbox. All questions are about your health and symptoms in the LAST FOUR WEEKS. Select one answer for each question.

1. Overall, how much of a problem has your urinary function been for you?
 - No problem
 - Very small problem
 - Small problem
 - Moderate problem
 - Big problem
2. Which of the following best describes your urinary control?
 - 0 Total control
 - 1 Occasional dribbling
 - 2 Frequent dribbling
 - 4 No urinary control
3. How many pads or adult diapers per day have you been using for urinary leakage?
 - 0 None
 - 1 One pad per day
 - 2 Two pads per day
 - 4 Three or more pads per day
4. How big a problem, if any, has urinary dripping or leakage been for you?
 - 0 No problem
 - 1 Very small problem
 - 2 Small problem
 - 3 Moderate problem
 - 4 Big problem

Clinicians: Add the answers from questions 2-4 to calculate the Urinary Incontinence Symptom Score (out of 12): _____

	No problem	Very small problem	Small problem	Moderate problem	Big problem
5. How big a problem, if any, has each of the following been for you?					
a. Pain or burning with urination	0	1	2	3	4
b. Weak urine stream/incomplete bladder emptying	0	1	2	3	4
c. Need to urinate frequently	0	1	2	3	4

Clinicians: Add the answers from questions 5a-5c to calculate the Urinary Irritation/Obstruction Symptom Score (out of 12): _____

	No problem	Very small problem	Small problem	Moderate problem	Big problem
6. How big a problem, if any, has each of the following been for you?					
a. Rectal pain or urgency of bowel movements	0	1	2	3	4
b. Increased frequency of your bowel movements	0	1	2	3	4
c. Overall problems with your bowel habits	0	1	2	3	4

Clinicians: Add the answers from questions 6a-6c to calculate the Bowel Symptom Score (out of 12): _____

7. How would you rate your ability to reach orgasm (climax)?
 - 0 Very good
 - 1 Good
 - 2 Fair
 - 3 Poor
 - 4 Very poor to none
8. How would you describe the usual quality of your erections?
 - 0 Firm enough for intercourse
 - 1 Firm enough for masturbation and foreplay only
 - 2 Not firm enough for any sexual activity
 - 4 None at all
9. Overall, how much of a problem has your sexual function or lack of sexual function been for you?
 - 0 No problem
 - 1 Very small problem
 - 2 Small problem
 - 3 Moderate problem
 - 4 Big problem

Clinicians: Add the answers from questions 7-9 to calculate the Sexual Symptom Score (out of 12): _____

	No problem	Very small problem	Small problem	Moderate problem	Big problem
10. How big a problem, if any, has each of the following been for you?					
a. Hot flashes or breast tenderness/enlargement	0	1	2	3	4
b. Feeling depressed	0	1	2	3	4
c. Lack of energy	0	1	2	3	4

Clinicians: Add the answers from questions 10a-10c to calculate the Vitality/Hormonal Symptom Score (out of 12): _____

Clinicians: Add the five domain summary scores to calculate the Overall Prostate Cancer Quality-of-Life Score (out of 60): _____