



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum

Avdeling for helse – og idrettsfag

**4BACH**

Ingrid Anette Gaasø og Annelise Hagen Stenhaug

Veileder: Kari Kvigne

## Menn etter radikal prostatektomi – I liv og lyst

## Men after radical prostatectomy – In life and lust

Antall ord:

12 349

Bachelor i sykepleie 2011

2014

Samtykker til utlån hos biblioteket:

 JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

 JA NEI

«Jeg er i kategorien kreftoverlever, og det

er jeg kjempeglad for...

... men etter kreften kom hverdagen.

Problemer med seksuallivet... etterhvert

samlivsproblemer.

Sexlivet er jo ikke som det var... det er ikke

noe spontant lenger. Jeg må jo ha hjelp til

forskjellige ting og det gjør alt veldig

annerledes»

Mann, 49 år.

(NRK, 2014)

## **Sammendrag**

### **Tittel**

Menn etter radikal prostatektomi – I liv og lyst

*«Hvilke utfordringer står pasienter som har gjennomgått radikal prostatektomi ovenfor relatert til seksualitet, og hvordan kan vi som sykepleiere hjelpe pasientene og partner med å løse disse?»*

### **Hensikt og problemstilling**

Hensikten med oppgaven er å belyse hvordan en radikal prostatektomi påvirker en manns maskulinitet og seksualitet, og hvor viktig det er at vi som sykepleiere tar opp temaet seksualitet med mannen og hans partner.

### **Metode**

Oppgaven er en litteraturstudie og er basert på relevant faglitteratur, både pensum og andre bøker, og forskning på området. Forskningsartiklene er hovedsakelig funnet i høgskolens databaser og noen av søkeordene benyttet er: prostate cancer, life quality, spouse, PLISSIT, urinary incontinence, patient satisfaction, radical prostatectomy, sexuality, nursing, caregiving.

### **Oppsummering**

Prostatacancer hos menn handler om mer enn selve behandlingen, det handler også om livet etterpå og mulig inkontinens, impotens og problemer med seksualiteten. Dette vil også angå partner og kan gå utover samlivet. Mange vil oppleve skam. Vi som sykepleiere må bli flinkere til å tørre å ta opp temaet, men vi mangler hverdagsspråk om intimitet og føler vi har manglende kunnskap om temaet. For å tilnærme oss temaet seksualitet kan vi benytte PLISSIT-modellen samt møte pasientene med empati, forståelse og profesjonalitet. Det er viktig å ha kunnskap om hvilke eksistensielle kriser disse pasientene kan møte, og hvordan livet kan arte seg i etterkant for dem og partner.

## Innhold

Sammendrag.....	3
1 Innledning.....	6
1.1 Presentasjon og bakgrunn for valg av tema.....	6
1.1.1 Samfunnsperspektiv .....	7
1.1.2 Sykepleiefaglig relevans .....	7
1.2 Problemstilling.....	8
1.3 Presisering og avgrensing av oppgaven.....	8
1.4 Oppgavens disposisjon .....	9
2 Metode.....	11
2.1 Studietype .....	11
2.2 Litteratursøk.....	11
2.3 Kildekritikk og etisk vurdering.....	12
2.4 Presentasjon av funn i forskningen.....	13
2.4.1 Livskvalitet og kommunikasjon.....	13
2.4.2 Relasjonelle forhold mellom pasient og sykepleier .....	14
2.4.3 Maskulinitet .....	15
3 Teori .....	16
3.1 Cancer prostata .....	16
3.1.1 Symptomer og diagnostikk .....	16
3.1.2 Kurativ behandling.....	17
3.2 utfordringer for pasienten etter radikal prostatektomi .....	18
3.3 Seksualitet og seksuell helse.....	19
3.3.1 Menns seksualitet og maskulinitet .....	20
3.4 Benner og Wrubel: En presentasjon av sykepleieteorien .....	21
3.4.1 Benner og Wrubel: Det å være menneske.....	22
3.4.2 Benner og Wrubel: Stress og mestring .....	24
3.4.3 Benner og Wrubel: Mestring av symptomer.....	24
3.4.4 Benner og Wrubel: Mestring av sykdom .....	25
3.4.5 Benner og Wrubel: Sykepleiers omsorg for pasienten.....	25
3.5 Profesjonell kommunikasjon .....	26
3.5.1 PLISSIT - modellen .....	27
4 Drøfting .....	29

4.1 Retten til informasjon jamfør plikten til å informere .....	29
4.2 Hvordan tilnærme seg temaet forandret selvbilde og seksualitet .....	32
4.2.1 Hvordan anvende PLISSIT – modellen som kommunikasjonsmetode .....	35
4.3 Overleve og leve godt.....	36
5 Konklusjon .....	39
6 Litteraturliste .....	41
7 Vedlegg 1 .....	1

# 1 Innledning

I det nasjonale handlingsprogrammet for diagnostikk, behandling og oppfølging av prostatakreft (2013) står det mye om forebygging, symptomer og medisinsk behandling, men ikke noe om samliv og seksualitet. Kreft er mer enn medisin og diagnose. Det omfatter også den sykes opplevelse og mestring, sykdommens utfall og konsekvenser for de som rammes.

Denne oppgaven handler om hvordan vi som sykepleiere kan tilnærme oss temaet seksualitet med pasienter som har gjennomgått en radikal prostatektomi og deres partner.

I innledningen gir vi faglig og personlig begrunnelse for valgt tema og problemstilling, samt en disponering over oppgaven.

## 1.1 Presentasjon og bakgrunn for valg av tema

I vår siste praksis i sykepleierutdanningen var vi utplassert på henholdsvis urologisk avdeling og hjerteavdeling. I løpet av disse ti ukene begynte vi å reflektere over «hull» i kartleggingen av pasientene og sykepleiedokumentasjonen. Hjerterepasientene fikk informasjon og tilbud om kurs om livet etterpå. Dette omhandlet blant annet trening og kosthold, men ikke noe om seksualitet. Pasientene som hadde vært innlagt for radikal prostatektomi fikk mest informasjon om det aktuelle inngrepet. At pasienten kunne bli plaget med inkontinens i etterkant av operasjonen, var kun nevnt i en informasjonsbrosjyre som pasienten fikk utdelt. Hvor var informasjonen om seksualitet og samliv? Vi vet at begge disse pasientgruppene har symptomer etter behandlingen som kan gi konsekvenser for seksualitet og samliv. Under sykepleierutdanningen har fokus vært på helhetlig sykepleie, men seksualitet har knapt blitt nevnt. Vi mener at seksualitet og samliv er en viktig del av mennesket. Vi har valgt å fokusere på de urologiske pasientene, men temaet vi skriver om kan også trekkes inn til andre pasientgrupper.

Før denne oppgaven hadde ikke vi som sykepleierstudenter snakket med pasientene om dette. Vi har heller ikke observert at noen av sykepleierne i praksisfeltet har tatt opp temaet, verken med pasienter eller kollegaer. Programmet PULS på NRK den 10. mars 2014 handlet om akkurat dette (NRK, 2014). Sitatet fra forordet er fra en mann som har gjennomgått radikal prostatektomi. Dette programmet samt observasjoner i praksis gjorde at vi startet å reflektere over vår egen rolle. Hva kan vi som kommende sykepleiere gjøre for å lette situasjonen for disse pasientene og deres partnere?

Pasientene som har fått gjennomført radikal prostatektomi blir ofte både inkontinente og impotente i etterkant av operasjonen. I første omgang handler sykdommen om liv og død, og om kampen mot kreften. Men hva når pasienten er ferdigbehandlet og frisk, når senvirkningene kommer med impotens, inkontinens med mer. Hvilke konsekvenser får dette for hans mannlighet, hans identitet og følelsesmessige liv? Hvordan møter vi som sykepleiere disse pasientene når senvirkningene oppstår? Hva når de ikke lenger har kontroll over kroppslige basalfunksjoner og ikke lenger kan innfri forventningene til hva en mann skal være? Hvilke erfaringer gjøres når det intime må deles med andre?

Denne oppgaven har en konkret problemstilling som omhandler seksualitet, men arbeidet med denne kan også gjøre at vi som kommende sykepleiere blir flinkere til å ta opp andre vanskelige temaer.

### 1.1.1 Samfunnsperspektiv

Prostatakreft er den kreftformen med hyppigst forekommende tilfeller i Norge. Samtidig er det, etter brystkreft, den typen kreft flest overlever. Man dør som regel ikke *av* prostatakreften, men *med* den. I løpet av sin levetid vil om lag 1 av 8 menn få beskjed om at de har prostatakreft. De siste 60 årene har det vært en dobling i antall tilfeller av prostatakreft. Dette henger naturlig sammen med høyere levealder, men forekomsten av prostatakreft har blitt doblet i alle aldersgrupper (Kreftregisteret, 2011). Dette gjelder derfor en relativt stor del av befolkningen.

### 1.1.2 Sykepleiefaglig relevans

En person som har gjennomgått radikal prostatektomi blir ofte impotent og inkontinent som følge av behandlingen. Dette vil direkte og indirekte få innvirkning på deres seksualliv. Potens hos menn symboliserer maskulinitet, så tap av denne vil føre til tap av manndom som igjen kan føre til at mannen føler seg utilstrekkelig og lite attraktiv som seksualpartner (Reitan, 2010).

Psykologen Abraham Maslow beskriver i sin behovspyramide fra 1968 menneskets grunnleggende behov i det som kalles behovshierarki. Han omtaler ikke seksualitet som eget behov, men Gamnes (2005) mener det likevel vil være rimelig å tolke Maslow dithen at seksualiteten kan være relevant i flere av behovsområdene fordi den er en viktig og integrert del av mennesket. Seksualitet handler om mer enn bare en kroppslig relasjon mellom to

mennesker. Det handler om nærhet. Nærhet til andre mennesker er en nødvendig forutsetning for god helse. Det tredje trinnet på Maslow sin pyramide omfatter sosiale behov, som nettopp nærhet, tilhørighet og kjærlighet.

Vi benytter oss av Benner og Wrubel sin sykepleieteori da de skriver om aspektene ved det å være menneske. De setter fokus på fire hovedpunkter; kroppslig viten, bakgrunnsforståelse, det å bry seg om noe eller noen og at man alltid er i en situasjon. Disse fire punktene vil alltid henge sammen og utgjør vårt syn på oss selv og verden. Videre skriver de om mestring av symptomer, mestring av sykdom og hvordan vi som sykepleiere kan forholde oss til dette.

I sykepleiedokumentasjonen kan man dokumentere pasientens seksualitet under punkt 9; Seksualitet og reproduksjon. Vår erfaring fra praksisperioden viser derimot at dette er et lite dokumentert punkt. Når vi har snakket med kollegaer om temaet i forkant av oppgaven har de fleste vist stor iver og interesse. De har sagt seg enig i at vi snakker altfor lite om seksualitet med pasientene, uavhengig av type sengepost/avdeling og sykdom. Mange sykepleiere stiller høye krav til egen kunnskap og profesjonalitet, noe som kan gjøre at de vegrer seg for å snakke om seksualitet. Men ved å unngå å snakke om seksuelle problemer med pasientene, styrker vi frykten om at denne delen av livet deres er et avsluttet kapittel (Reitan, 2010).

## 1.2 Problemstilling

En problemstilling er et spørsmål som er stilt med et bestemt formål og på en så presis måte at det lar seg undersøke (Dalland, 2012, s. 18). Uti fra vår bakgrunn for å velge tema har vi valgt denne problemstillingen:

*«Hvilke utfordringer står pasienter som har gjennomgått radikal prostatektomi ovenfor relatert til seksualitet, og hvordan kan vi som sykepleiere hjelpe pasientene og partner med å løse disse?»*

## 1.3 Presisering og avgrensning av oppgaven

Kreft er en livstruende sykdom som berører en rekke eksistensielle sider ved livet. Psykiske påkjenninger som frykt, angst, ensomhet og depresjon har det ikke vært plass til å gå nærmere inn på i denne oppgaven.



Denne oppgaven omhandler pasienter som blir innlagt for radikal prostatektomi hvor kreften blir kurativt behandlet, men pasienten allikevel må leve videre med utfordringene i hverdagen etter inngrepet. Vi har også tatt med teori generelt om prostatakraft for å få frem helheten. Vi har tatt utgangspunkt i et heterofilt parforhold hvor begge har norsk etnisk bakgrunn, dette på grunn av oppgavens omfang. Vi ser også at det kunne vært interessant å fordype seg videre i temaet og forskjellige kulturer.

Vi ser for oss at vi møter pasienten og hans partner på en urologisk avdeling i forbindelse med innleggelse pre og-postoperativt eller på urologisk poliklinikk i etterkant av innleggelsen, som vanlige sykepleiere eller som uroterapeuter. Pasientene kommer da til poliklinikken 14 dager etter for å fjerne agraffer og seponere kateter. Som sykepleiere ansatt på sykehuset møter vi pasienten over en kort periode. Behovet til disse pasientene på lengre sikt kan være langtidsterapi relatert til inkontinens, impotens og seksualitet.

Etter hvert som arbeidet med oppgaven skred frem fant vi mye spennende litteratur. Det er mye som kan skrives om kjønn, identitet og kultur, men på grunn av oppgavens omfang måtte vi begrense dette noe. Raewyn Connell har definert fire typer maskulinitet som står i et spesielt maktforhold til hverandre; hegemonisk, underordnet, medvirkende og marginalisert maskulinitet. Hadde oppgaven hatt større omfang er disse typene noe vi ville ha drøftet. Vi har derimot valgt å se mer generelt på hva som kan påvirke menns maskulinitet etter radikal prostatektomi. Det kan virke som vi generaliserer noe, men vi utdypet også at det er viktig at sykepleieren ser pasientens individuelle behov og viser forståelse for dens situasjon.

## **1.4 Oppgavens disposisjon**

I kapittel 1.0 presenterer vi bakgrunnen for vår valgte problemstilling, her viser vi hvorfor den er relevant for samfunnet og for oss som sykepleiere. Samtidig presenterer vi avgrensingen av oppgaven. I kapittel 2.0 har vi beskrevet metoden – fremgangsmåten for litteratursøket, samt begrunner vårt valg av litteratur. I kapittel 3.0 presenterer vi det teoretiske grunnlaget for oppgaven. Vi har beskrevet teorien rundt det vi synes er relevant for å kunne besvare problemstillingen vår. Vi tar først for oss prostatakraft for så å fordype oss i radikal prostatektomi, behandlingen og livet etterpå. Vi definerer begrepet seksualitet og skriver nærmere om menns seksualitet og maskulinitet. Til slutt i teorikapitlet presenterer vi sykepleieteoretikeren vi har valgt, Benner & Wrubel, og deres syn på omsorg, stress og mestring, og mestring av symptomer og sykdom. I kapittel 4.0 ser vi nærmere på

problemstillingen og drøfter denne på bakgrunn av teorien, forskning og egne erfaringer fra praksis. I kapittel 5.0 presenterer vi vår konklusjon.

## 2 Metode

Dalland (2012) bruker forfatteren og sosiologen Vilhelm Aubert sin definisjon på metode:

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

Metode er altså en presentasjon av hvordan vi har kommet frem til kunnskap som gir svar på vår problemstilling. Vi følger en viss retning mot et mål. Metoden sier oss noe om hvordan vi har gått til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Den hjelper oss også slik at vi kan samle den informasjonen vi trenger til undersøkelsen vår (Dalland, 2012).

### 2.1 Studietype

Denne oppgaven er et litteraturstudium hvor vi presenterer allerede eksisterende kunnskap som vi har hentet ved å søke i databaser (Støren, 2013). Vi har studert litteratur, systematisert den, samlet kunnskapen og vurdert den.

Litteraturen representerer ikke alltid den nyeste kunnskapen, derfor er fag- og forskningsartikler nødvendig for å kunne belyse problemstillingen (Dalland, 2012).

Man kan skille mellom kvantitative og kvalitative forskningsmetoder. Hensikten med kvalitativ metode er å samle inn data for å få sammenheng og helhet. Kvalitativ metode brukes der hvor man ikke kan få resultater i målbare enheter (Dalland, 2012). En kvalitativ metode er nyttig for oss da vi ønsket å finne ut hvordan livet etter radikal prostatektomi kan være, og om dette har konsekvenser for seksualliv, samliv og livskvalitet. En litteraturstudie regnes som en kvalitativ metode fordi vi da tolker hva andre har skrevet før oss. En kvantitativ metode vil gi oss data i form av målbare enheter, og vi kan tallfeste resultatene (Dalland, 2012). Dette kan være nyttig for denne oppgaven for å finne ut hvor mange som blir prostataoperert hvert år, samt hvor mange som vil slite med senskader etter behandlingen.

### 2.2 Litteratursøk

Vi har benyttet oss av en del pensumlitteratur, men har også funnet mye annen faglitteratur om sexologi som har relevans for oppgavens tema. Det har vært lite pensumlitteratur knyttet direkte mot dette temaet, men pensumlitteraturen dekker sider ved kommunikasjon,

sykdomslære, etikk og sykepleieprosessen som det har vært nyttig å bruke når vi har skrevet oppgaven.

Dette har vært et tema med lite eller ingen fokus i sykepleierutdanningen, men med våre grunnleggende kunnskaper om helhetlig sykepleie og kommunikasjon har vi kunnet trekke tråder videre inn i temaet som omhandler seksualitet og samliv.

I oppgaven har vi brukt litteratur fra høgskolens bibliotek, biblioteket til Sykehuset Innlandet, folkebibliotekene samt relevante artikkeldatabaser. Relevans er avgjørende for å kunne svare på problemstillingen vår (Dalland, 2012). Vi har gjort mange søk i Oria som vi har tilgang til fra høgskolens bibliotek samt Kunnskapsegget. Her har vi søkt etter litteratur vi ikke har hatt tittelen på. Vi har ved hjelp av aktuelle søkeord funnet artikler som tematiserer seksualitet og samliv, spesielt i litteratur som omhandler kreftsykepleie.

### **2.3 Kildekritikk og etisk vurdering**

En del av litteraturen vi har brukt er pensumlitteratur, som vi anser som vurdert av høgskolen som god nok, og litteratur vi har fått anbefalt av en sexolog. For å sikre at litteraturen er mest mulig oppdatert har vi tilstrebet å finne de nyeste utgavene av fagbøkene. Vi har også forsøkt å holde oss til litteratur som ikke er eldre enn 10 år. Noe av litteraturen, som for eksempel boken til Benner og Wrubel fra 1989, vil avvike fra dette, men vi har valgt å bruke denne fordi vi synes det er viktig med primærlitteratur.

Vi har benyttet både primærlitteratur og sekundærlitteratur i oppgaven. Nevnte bok av Benner & Wrubel er primærlitteratur, men for å kunne forstå den amerikanske teorien i et nordisk perspektiv, og for å utvide vår forståelse av begrepet omsorgsfilosofi, har vi valgt å bruke støttelitteratur fra både Marit Kirkevold og Trulte Konsmo, som begge har omtalt teorien.

Som nevnt vil ikke alltid faglitteratur inneholde den nyeste kunnskapen. Lærebøker vil heller ikke gi oss tilstrekkelig mulighet til å ha selvstendige synspunkter og påstander som vi kan underbygge (Støren, 2013). Valgte artikler er alle skrevet på engelsk og selv om vi anser oss selv som gode i språket, kan vi ikke se bort ifra språkmisforståelser. Tolking av funn kan være tungt stoff. I dette litteraturstudiet har vi tolket det forskeren har skrevet, som igjen har tolket hva sine informanter har skrevet. Det blir en lang vei mellom informantene og oss, dette kan føre til fortolkninger og er helt klart en svakhet.

Tidlig forsto vi at det ikke fantes mye norsk forskning om dette temaet, og vi fant engelske søkeord som «prostate cancer, life quality, spouse, PLISSIT, urinary incontinence, patient satisfaction, radical prostatectomy, sexuality, nursing, caregiving.»

Det har blitt benyttet få avgrensninger ved søkene siden valgte søkeord har begrenset søket på egenhånd, men kvalitet, årstall og forskning har blitt vurdert underveis. Vi har lest abstraktene først, for å få en pekepinn om det har vært av relevans for vår oppgave.

## **2.4 Presentasjon av funn i forskningen**

I oppgaven har vi benyttet oss av ti engelskspråklige forskningsartikler. Disse ble valgt på grunnlag av at de var relevante i oppgaven, både i teori og i drøfting. Vi mener også at de belyser temaet på ulike måter. Av de ti artiklene vi har funnet og anvendt, er det tre studier som er fra Norden, hvorav én doktoravhandling fra Norge.

Vi har valgt å støtte opp oppgaven med mye forskning, fordi vi i pensumlitteraturen ikke har mye litteratur som omhandler temaet spesifikt. Vi har vi valgt å presentere de valgte artiklene i et eget skjema som vedlegg til denne oppgaven. Dette har vi gjort fordi vi mener at det på denne måten blir mer oversiktlig for leseren samt oppgavens ordbegrensning. Vi vil i dette delkapittelet presentere funnene i forskningen.

Hovedfunnene i forskningen gikk på livskvalitet og kommunikasjon. Hvordan god eller manglende kommunikasjon om impotens, inkontinens og seksualiteten etter en radikal prostatektomi hadde innvirkning på livskvaliteten til både pasient og partner. Kommunikasjon var også svært sentralt i artiklene som omhandlet det relasjonelle forholdet mellom pasient og sykepleier. Her fant vi også forskning på PLISSIT-modellen og følelsene rundt bruken av denne. Vi har også tatt med en litteraturstudie av maskulinitetsteorier, og menns maskulinitet blir også hyppig nevnt i de andre artiklene som omhandler kommunikasjon.

### **2.4.1 Livskvalitet og kommunikasjon**

I den ene artikkelen har forskerne over en ti års periode sett på dødeligheten mellom de som valgte radikal prostatektomi på et tidlig stadie av cancer prostata, mot for de som valgte å se an – såkalt «watchful waiting». Ti års perspektivet i forskningen er viktig med tanke på at dette inngrepet kun er aktuelt for menn med forventet levetid på minst 10 år (Klepp, 2005). Konklusjonen var at de som hadde foretatt en radikal prostatektomi hadde redusert dødelighet

på grunn av prostatakreft med 50 %, og risikoen for fjernmetastaser med 37 % (Bill-Axelsson, et al., 2014).

Hele sju av artiklene omhandler kommunikasjon i en eller annen grad. Fire av artiklene omhandler de tre komplikasjonene vi har valgt å ha hovedfokus på i vår oppgave: inkontinens, impotens og ereksjonssvikt (Cockle-Hearne, et al., 2013; Ervik, 2012; McGlynn, et al, 2004; Rondorf-Klym & Colling, 2003), og det er ingen store sprik i funnene. De har alle konkludert med at disse komplikasjonene utgjør en potensiell eksistensiell krise i menns liv, og dermed er en trussel for livskvaliteten. Videre har de nevnt at det er viktig å gi tilpasset informasjon til disse pasientene. De har også nevnt at komplikasjonene etter en radikal prostatektomi kan føre til samlivsproblemer. To av artiklene har hatt fokus spesielt på partner, at de er en viktig, om ikke kanskje *den* viktigste, støttespilleren for mannen. De er da avhengig av å få like god informasjon som mannen (Ervik, 2012; Rondorf-Klym & Colling, 2003). Den nyeste av disse artiklene går i dybden i partnerforholdet og omhandler forskjellige måter partner kan støtte på, både i behandlingsløpet og etterpå, med for eksempel bruk av riktig type humor (Ervik, 2012).

#### **2.4.2 Relasjonelle forhold mellom pasient og sykepleier**

To av artiklene er kvalitativ forskning av hvordan helsepersonell, henholdsvis sykepleiere og sykepleiestudenter, forholder seg til det å snakke om seksualitet med pasientene (Huang, Tsai, Tseng, Li, & Lee, 2013; Saunamäki, Andersson & Engstrøm, 2009). Funnene i disse studiene samsvarer godt med hvordan de mannlige pasientene oppfatter sykepleierne (Cockle-Hearne, et al., 2013).

Vi har tatt med to artikler som omhandler PLISSIT-modellen. Den ene fordi den handler om sykepleierstudenters holdninger i bruk av den (Huang, Tsai, Tseng, Li, & Lee, 2013), og den andre fordi den omhandler PLISSIT-modellen i bruk ved kommunikasjon om seksualitet etter kreft (Hordern, 2008). Artikkelen skrevet av Amanda Hordern (2008) er en litteraturstudie av litteraturen rundt PLISSIT-modellen samt to andre metoder som kan brukes når man skal tematisere seksualitet med pasientene. Hun er kritisk til bruken av den, men vi har valgt å dra ut andre poeng hun har rundt kommunikasjon med kreftpasienter generelt. Vi har ikke valgt å være kritiske til PLISSIT-modellen da dette ikke er noe mål i seg selv i denne oppgaven. Dette fordi PLISSIT-modellen er den eneste modellen representert, vedrørende kommunikasjon rundt seksualitet, i vårt pensum. Den blir også brukt av Almås & Benestad i

sine bøker, og disse er anerkjente fagpersoner på sitt felt her i Norge i dag, og så vidt oss bekjent er dette den eneste modellen man bruker i Norge per nå.

### **2.4.3 Maskulinitet**

Vi har også valgt å bruke en litteraturstudie av Raewyn Connells teorier rundt maskulinitet (Wedgwood, 2009), dette for å få med essensen av det hun har skrevet og publisert. Raewyn Connell er en australsk samfunnsviter som i de senere årene har interessert seg spesielt for kjønnsforskning. I dag er hun en av de mest kjente innenfor mannsforskningen. Vi har også gjort funn i litteratur (Watson, 2000) som har underbygget hennes teorier.

## 3 Teori

En sykepleiers grunnlag skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert. Som sykepleiere har vi ansvar for fire grunnleggende ansvarsområder: å fremme helse, å forebygge sykdom, å gjenopprette helse og å lindre lidelse (ICN, 2011).

I teoridelen vil vi presentere det vi har funnet i litteraturen og forskning som kan belyse vår problemstilling.

### 3.1 Cancer prostata

Prostata kalles også blærehalskjertelen og har størrelse og form omtrent som en kastanje. Den ligger under urinblæren og omgir begynnelsen av urethra. Kjertelen skiller ut en væske som bidrar til spermienes bevegelsesevne.

I 2011 var det nesten 5000 tilfeller av cancer prostata i Norge. Dette gjør cancer prostata til den mest vanlige kreftformen hos menn (Kreftregisteret, 2014). En av åtte norske menn får diagnosen prostatakreft før de fyller 75 år, mens en av 60 dør av sykdommen (Kvåle, et al., 2007). Som nevnt i innledningen vil dette bety at mange dør *med* cancer prostata og ikke *av* sykdommen.

#### 3.1.1 Symptomer og diagnostikk

Prostatakreft gir som oftest ingen symptomer i tidlige stadier. En tumormarkør som heter PSA (prostata spesifikt antigen) er viktig i forbindelse med diagnostikken. PSA er et enzym som dannes i prostata og normalt utskilles via prostatagangene til urinrøret. Enzymets oppgave er å hindre at proteinene i sædvæsken koagulerer slik at sædvæsken holder seg flytende. Det lekkes små mengder av dette enzymet over i blodet, men ved stor cellevekst vil kapillærnettverket rundt prostatakjertelen ta opp enzymet og dermed vil serumverdiene øke. Dette kan da måles i en blodprøve lenge før pasienten får symptomer fra sin prostatakreft (Berg & Fosså, 2010). Det utføres også en rektal eksplorasjon ved helsesjekk hvor legen palperer prostatakjertelen rett innenfor analåpningen fortil. Dersom kjertelen er knudrete og hard bør pasienten henvises videre til spesialist for biopsi ultralydveiledet via rektum.



Etter hvert som tumor vokser vil den gi symptomer i form av blæretømmingsvansker fordi veksten løfter opp blærebunnen. Når utløpet da løftes vil også tømmingen bli dårligere og det oppstår resturin. Dette er også vanlig ved benign prostatahyperplasi (BPH) slik at noen ganger kan smerter fra skjelettmetastaser være første symptom på sykdom. Disse metastasene sitter ofte i bekkenet, ryggen eller ribbeinene. En svært stor kjertel kan også klemme av mot rektum slik at det forekommer obstipasjon (Larsen, 2011).

Flere får diagnosen nå enn før, dette på grunn av bedre måter og diagnostisere på, samt at menn har blitt flinkere til å gå til legen nå enn tidligere (Watson, 2000).

### 3.1.2 Kurativ behandling

I tilfeller hvor svulsten er lokalisert til prostata uten spredning og da altså ikke har vokst gjennom prostatakapselen, vil man som oftest foretrekke radikal prostatektomi. Dette inngrepet er kun aktuelt for menn med forventet levetid på minst 10 år (Klepp, 2005). Da fjernes hele kjertelen og ofte begge sædblæreene. Urinblæren kobles direkte inn på urethra ved hjelp av en anastomose. Denne operasjonen gjøres gjennom åpen operasjon eller laparoskopisk (kikkhullskirurgi). Ved urologisk avdeling på Sykehuset Innlandet HF Hamar har de nylig fått en Da Vinci robot som skal korte ned antall liggedøgn, redusere blødninger samt minske smerter (Sykehuset Innlandet HF, 2014). Pasienten må ved et slikt inngrep informeres om risikoen for impotens og urininkontinens (Berg & Fosså, 2010). Klepp skriver at det er realistisk at det er omkring 10-20 % av pasientene som får varig urinlekkasje etter radikal prostatektomi. Han skriver videre at minst 50-60 % av de som var seksuelt potente før operasjonen blir impotente etter inngrepet (2005, s. 233).

I noen tilfeller vil stråling være et alternativ, særlig der urologen har mistanke om at man ikke får fjernet alle kreftcellene ved hjelp av kirurgi. Stråling kan gi skade til omliggende vev (eks. rektum), men metodene er stadig under utvikling slik at man kan stråle mer nøyaktig mot svulsten. De fleste typer prostatakraft er avhengig av testosteron for å vokse og utvikle seg, og ved å fjerne testosteronets virkning kan man bremse progresjonen av sykdommen (Berg & Fosså, 2010). Denne hormonbehandlingen vil ikke kurere pasienten, og da vi skriver om pasienter som er kurativt behandlet går vi ikke nærmere inn på verken stråle- eller hormonbehandling.

## 3.2 utfordringer for pasienten etter radikal prostatektomi

Å få en kreftdiagnose vil føre med seg en krise da det å leve med en potensielt dødelig sykdom er utfordrende og vanskelig. Det er også viktig å være klar over de kroppslige forandringene man kan stå ovenfor etter behandling for cancer prostata. Behandlingen kan ramme seksuallivet samt at urinfunksjonen kan bli redusert (Berg & Fosså, 2010). Man kan ikke anslå nøyaktig hvem som vil få disse problemene, men studier viser at 62 % oppga noe urinlekkasje ett år etter operasjonen og at 85 % sjelden eller aldri hadde nok ereksjon til å gjennomføre samleie (Bill-Axelsson, et al., 2014).

Ereksjonssvikt defineres som: «en vedvarende mangel på å bevare penis tilstrekkelig erigert til å kunne gjennomføre vaginalt eller analt samleie» (Aars, 2011, s. 79). Å oppleve ereksjonssvikt over lengre tid kan være et slag i ansiktet mot evnen til det å fungere som en mann. Fjerning av prostata vil gjøre mannen steril fordi sæd ikke kommer ut gjennom urethra. Dette vil gi mannen såkalte tørre utløsninger (Aars, 2011).

Inngrepet fører også til inkontinens for en periode, hvor lenge perioden varer varierer fra mann til mann. Det finnes flere typer inkontinens: Alt fra få dråper som medfører flekker og lukt på klærne til en ekstremvariant hvor en ikke har kontroll på tømme-funksjonen overhodet. Studier viser at menn synes det er mer problematisk å være inkontinent enn kvinner (Isaksen, 2001). Isaksen stiller spørsmål om dette skyldes at kravene om kroppslig kontroll i større grad er i den maskuline identitet (2001). Frykten for inkontinens handler for mange om angsten for å miste verdighet. De er forberedt på og redd for andre menneskers reaksjoner når de konfronteres med kroppsprodukter som voksne mennesker vanligvis prøver å holde skjult for andres blikk. Inkontinens er en særlig belastning nettopp fordi det er mange skam- og tabubelagte aspekter knyttet opp til tap av kontroll. Isaksen (2001) viser til at opprettelsen av et bakrom på apotek hvor de inkontinente kan få diskret behandling når de kommer med sine intime og private plager er et uttrykk for den personlige og dypt private skammen som ofte er knyttet til vissheten om å kunne komme til å spre sjenerende lukter og flekker. Dette handler om en skam hvor de blir avkledd, at andre ser sider ved dem selv som de helst ønsker å skjule. De frykter de andres blikk, at de skal vekke avsky og forakt. I siste instans handler det om frykten for å tape verdighet og ære (Wyller, 2001).

### 3.3 Seksualitet og seksuell helse

Når man snakker om seksualitet er det viktig med en begrepsavklaring, da det brukes mange begreper som kan tillegges ulikt innhold.

Begrepet seksualitet stammer fra det latinske ordet *sexus*, som betyr kjønn. Opp gjennom historien har kjønn som begrep hatt ulik betydning. Kjønn har for eksempel vært knyttet til kropp, handlinger, sosial konstruksjon, formeringsevne, makt og underkastelse.

Mange tenker på ordet *sex* da de hører seksualitet, men der *sex* viser til den seksuelle omgangen som involverer kjønnsorganer, har begrepet seksualitet en bredere mening. I det dagligdage referer seksualitet til alle aspekter ved det å være en seksuell person, det er ikke knyttet kun til menneskets erotiske aktiviteter (Gamnes, 2005).

Vi kan snakke om seksualitetens seks R-er:

- Relasjon – seksualitet som mellommenneskelige forhold, det skaper samhørighet, pardannelse og tilhørighet.
- Respekt – Seksualitet som et innblikk i egne og andres grenser.
- Relaksasjon – Seksualitet som en kilde til avspenning og avslapping, både fysisk og psykisk.
- Rekreasjon – Seksualitet som nytelse og glede.
- Rehabilitering – Seksualitet er oppbyggende.
- Reproduksjon – Seksualitet som forplantning (Gamnes, 2005).

Verdens helseorganisasjon, WHO, definerer seksualitet som:

... en integrert del av ethvert menneskes personlighet; mann, kvinne og barn. Seksualiteten er et grunnbehov som utgjør et aspekt av å være menneske, og som ikke kan skilles fra andre livsaspekter. Seksualitet er ikke det samme som samleie eller evnen til å oppnå orgasme, og er heller ikke summen av hele vårt erotiske liv. Alt dette kan være en del av vår seksualitet, men behøver ikke å være det. Seksualitet omfatter så mye mer, den finnes i energien som driver oss til å søke kjærlighet, kontakt, varme og nærhet. Den uttrykkes i det vi føler, hvordan vi beveger oss, hvordan vi berører andre og selv blir berørt. Seksualiteten handler om å være sensuell, så vel som å være seksuell. Seksualiteten påvirker altså våre tanker, følelser, handlinger, og vårt samspill med andre mennesker (WHO, 1975).

Videre definerer WHO (1975) god seksuell helse som fravær av sykdom og dysfunksjon, men også en tilstand av fysisk, emosjonell, mental og sosial velvære i relasjon til seksualitet. God seksuell helse krever en positiv og respektfull tilnærming til seksualitet og muligheter for gode og trygge seksuelle opplevelser.

Vi har nevnt Abraham Maslow sin behovspyramide i innledningen.

Maslow omtaler ikke seksualitet som et eget behov i sin behovshierarki, men man kan tolke det slik at seksualitet virker inn på flere av nivåene i hierarkiet, seksualitet er en integrert del av mennesket. Seksualitet kan være knyttet til de fysiologiske behovene samtidig som den er nær behovet for trygghet, kjærlighet og tilhørighet. Det å leve ut sin seksualitet kan betraktes som å realisere sitt menneskelige potensial (Gannes, 2005).

Med utgangspunkt i denne behovspyramiden vet vi at når de grunnleggende fysiske behovene er stilt, er sentrale psykologiske motiver et ønske om å oppnå kjærlighet og bekreftelse (Almås & Benestad, 1997).

### **3.3.1 Menns seksualitet og maskulinitet**

Almås og Benestad (1997) beskriver begrepene kjønnsidentitet og kjønnsstilhørighet.

Kjønnsidentitet er den individuelle opplevelsen av å være kjønn. Denne opplevelsen får vi gjennom vårt eget kroppsbilde og vår egen kroppsopplevelse. Søken etter identitet er en grunnleggende del av utviklingsprosessen. Begrepet kjønnsstilhørighet går ut på å tilhøre en kategori – individet kan selv oppleve seg som tilhørende til det mannlige eller kvinnelige kjønn, og dette er styrt av bekreftelse fra omgivelsene rundt oss. Skillet mellom kjønnsidentitet og kjønnsstilhørighet referer derfor til forskjellen mellom kjønnsidentitet som en personlighetsegenskap og kjønnsstilhørighet som en bekreftet relasjon (Almås & Benestad, 1997). De fleste av oss vil oppleve kjønnsidentiteten som stabil gjennom hele livet, men ulike typer livskriser, som for eksempel cancer prostata samt muligens aldringsprosessen kan forandre individets opplevelse av den.

«Rolle» er et annet ord som ofte blir brukt for identitet, og blir ofte forstått som det sosiale samspillet mellom individet og dets omgivelser. Den feminine kjønnsrollen har blitt ilagt kvinnen egenskaper som å være ettergivende, munter, sjenert, lokal, varm, parat til å trøste og glad i barn. Den maskuline kjønnsrollen er forbundet med at mannen er atletisk, uavhengig, ledertype, dominant, ambisiøs og aggressiv. I dagens samfunn har disse rollene etter hvert smeltet mer sammen, og man kan tillate seg å leve ut flere roller (Almås & Benestad, 1997)

### 3.4 Benner og Wrubel: En presentasjon av sykepleieteorien

Fra Florence Nightingale opprettet den første systematiske sykepleierutdanningen, og frem til ca. 1950-tallet var sykepleierens kunnskapsutvikling og kunnskapsformidling preget av mer konkrete handlinger. Det meste ble lært videre ved hjelp av praksis. Det er etter 1950 – tallet at det meste av litteraturen om sykepleieteorier er blitt publisert, og det er også i løpet av disse årene det har skjedd en markant utvikling av teoriene. Sykepleieteoriene på 50-60 tallet ble utviklet på et tidspunkt hvor den moderne legevitenskapen hadde vunnet frem. Sykepleierne ønsket anerkjennelse som en selvstendig profesjon samt mer kontroll og innflytelse på eget fag (Kirkevold, 2012 ). De senere årene har det også blitt mer fokus på at det er ikke bare hva man gjør som er viktig, men på hvilken måte det blir gjort.

Benner og Wrubels sykepleieteori kom ut i 1989, og er dermed en av de nyeste teoriene. Teorien er også nytenkende i og med at den tar klar avstand og oppgjør med et logisk-positivistisk verdens – og vitenskapssyn (Kirkevold, 2012). Benner og Wrubel bygger på den hermeneutiske teorien i tilknytning til den filosofiske retningen fenomenologi.

Den hermeneutisk fenomenologiske måten å tenke på setter fokus på at mennesket er et meningsdannende vesen. Dette betyr at vi opplever verden gjennom våre tolkinger av hva noe vil bety for oss selv og andre. Eksempel: En manns manglende ereksjon vil bli tolket ut fra hvilken mening eller betydning vi tror det har, da kan man igjen tenke seg at den uteblivende ereksjonen kan tolkes forskjellig av en mann og en kvinne. Mannen vil føle på at maskuliniteten står på spill, mens kvinnen kan tolke det som at hun ikke er attraktiv lenger. Videre settes det fokus på at mennesket tar standpunkt til hva slags person man er. «Jeg kan ikke få ereksjon lenger, derfor er jeg ikke en mann» og «den manglende ereksjonen min er på grunn av sykdommen min» er to forskjellige måter å vise selvforståelse på. Hva slags selvforståelse man har, vil være avgjørende for hvordan man tolker det som skjer og for hvordan man handler.

Vår oppfattelse av meningen påvirkes av hvilken kontekst vi lever i, det vil si at språk, den historie og den kultur vi hører til, spiller inn (Konsmo, 1995).

Vi kan si at Benner og Wrubel har en holistisk tilnærming. Holisme er en filosofisk retning der essensen er helhetsforståelse av mennesket, at alle deler av menneskets natur må tilgodeses. Et fenomen kan ikke beskrives utelukkende ut ifra hvordan én kroppsdel fungerer,

man må se helheten – at mennesket er mer enn en fysisk kropp, vi består av en bakgrunn, tanker, engstelse, skam med mer (Odland, 2008).

Målet med Benner og Wrubels teori er å vise at:

- Omsorg er primærkilden til både stress og mestring i menneskers opplevelse av sykdom.
- Omsorg er det mest grunnleggende innen sykepleiepraksis.
- Omsorgsfull sykepleiepraksis har positiv påvirkning på sykdommens resultater (Konsmo, 1995).

Vi ser at et viktig stikkord i denne teorien er omsorg. Med dette mener Benner og Wrubel at det er det man bryr seg om som definerer en som person (Konsmo, 1995).

Vi vil ta for oss hvordan Benner og Wrubel definerer de forskjellige fasene som kan oppstå i livet:

### **3.4.1 Benner og Wrubel: Det å være menneske**

Benner og Wrubel (1989) skriver mye om hva det vil si å være et menneske. De har et holistisk menneskesyn, man kan ikke se kropp og sinn adskilt eller skille personen og situasjonen. De mener det å ha et dualistisk menneskesyn skaper mer lidelse, og med deres teori ønsker de å skape bevissthet rundt det rådende menneskesynet og ta et oppgjør med dette (Konsmo, 1995).

De sentrale begrepene i deres menneskesyn er delt i fire:

- Kroppslig viten
- Bakgrunnsforståelse
- Det man bryr seg om og hvilken mening man legger i tingene (omsorg)
- At man alltid er i en situasjon

Videre mener de at disse fire faktorene henger sammen og vil påvirke hverandre (Benner & Wrubel, 1989).

Som første aspekt ved det å være menneske, skriver Benner og Wrubel (1989) om vår kroppslige viten, at vi bruker den til å kjenne igjen noen eller noe, til å utføre handlingen vi

ikke tenker så mye over, handlinger vi nærmest gjør på autopilot; som å stå opp om morgenen dusje og kle på seg. Det er først når denne kroppslige viten ikke fungerer så bra at man legger merke til den. Vi tar den for gitt og det er derfor vanskelig å tenke over den før noe skjer og den bryter sammen.

Videre mener Benner og Wrubel (1989) at bakgrunnsforståelsen er et viktig aspekt ved å være menneske. Kildene til bakgrunnsforståelse får vi fra vår kultur, den familien vi tilhører og de erfaringene vi gjør oss gjennom livet. Fordi vi har kroppslig viten fanger vi opp bakgrunnsforståelse helt fra vi er nyfødte. Bakgrunnsforståelsen utvikles gjennom hele livet og kan sammenlignes med lyset, du ser det ikke men du ser det som belyses. Bakgrunnsforståelsen gir derfor en kollektiv måte å forstå verden på.

Det tredje aspektet som kjennetegner et menneske er at vi er involvert i verden ut ifra det vi bryr oss om. Vi forholder oss til mennesker, objekter, verden generelt. Det som vi bryr oss om og fyller våre liv med beskriver oss som personer. Det kan være store eller små ting, og det kan være på godt og vondt. Hvordan man beskriver seg selv i forhold til andre er kvalitativt, man kan ikke måle hvor mye man bryr seg om noe. Derfor må man se på hvilken måte man er involvert. Blir man trygg og avslappet i nærheten av den andre personen, eller utrygg og redd? Det er altså ikke bare de sidene i livet vi er fornøyde med som definerer oss som mennesker, men også de sidene ved livet som gir oss sorg og bekymring. Det er mulig i større eller mindre grad å gjøre forandringer i forhold til hva man bryr seg om og på hvilke måter man bryr seg om dette (Benner & Wrubel, 1989; Kongsmo, 1995).

Det fjerde og siste aspektet er at man alltid er i en kontekst – man er alltid i en situasjon. En situasjon har alltid en kontekst. Kontekst er den sosiale, kulturelle og historiske sammenhengen for en bestemt situasjon vi har vært i, er i nå eller vil komme i senere. Konteksten er den personlige og kulturelle historien vår som har formet oss til å bli den vi er, bakgrunnsforståelsen vår. Kontekst er altså et videre begrep enn situasjon. Situasjonen er farget av de menneskene som skaper situasjonen. For å kunne forstå hvordan et menneske tenker, må man forstå hvilken sosial, kulturell og historisk kontekst det er i. Benner og Wrubel (1989) tar et bevisst oppgjør med sentrale tenkemåter i den vestlige kultur med sin teori. De mener at vårt syn på mennesket i dag er et resultat av kulturell arv, dermed setter de vår tenkning i kontekst.

Vanligvis er vi i situasjoner på en måte hvor vi handler uten at vi tenker bevisst over det. Situasjonen kan oppta og forplikte oss på en avgjørende måte fordi vi involverer oss ut fra det som vi bryr oss om (Konsmo, 1995).

### **3.4.2 Benner og Wrubel: Stress og mestring**

Når man står i fare for å miste noe man bryr seg om eller man ikke får til noe man virkelig vil, oppstår det stress og dette igjen kan føre til uhelse hvis det ikke blir mestret. Hvordan man takler dette stresset kalles mestring. Målet med mestring er å finne mening igjen, og dette finnes det ingen universell fasit på. Man kan mestre stress ved å gjøre noe direkte, som å ta opp problemet eller søke hjelp. Man kan også skaffe seg informasjon ved å lese eller snakke med andre mennesker som kan hjelpe til å forstå og finne en mening med det som skjer. Benner og Wrubel (1989) mener at mestring ikke bare handler om hvordan man takler situasjonen eller hvordan livet endrer seg på grunn av dette. Det handler vel så mye om personlig utvikling gjennom innarbeiding av nye forståelsesmåter. Videre mener de at hvilken mening en pasient legger i sin sykdom og situasjon, ofte er knyttet til hvilke konsekvenser sykdommen vil få for personer de bryr seg om. På denne måten kan for eksempel en partner være en kilde både til styrke og bekymring. Hvilke sosial kontekst man er i har mye å si for hvordan man takler sykdom. Støtte fra familie og venner er ofte svært viktig, men noen ganger kan også forholdet til partner eller familie være vanskelig. Manglende tilhørighet er en av de største truslene mot mestring (Benner & Wrubel, 1989).

### **3.4.3 Benner og Wrubel: Mestring av symptomer**

Benner og Wrubel (1989) ser ikke kun på symptomer som noe somatisk. De peker på at forholdet mellom sykdom og symptomer ikke er så lett som man ofte tror. Man kan fremdeles ha symptomer etter at sykdommen er «reparert». Pårørende kan også ha symptomer. De kan få angst på grunn av situasjonen de er i. Benner og Wrubel (1989) understreker viktigheten av at det er viktig at sykepleieren behandler symptomene hos pårørende samtidig som de observerer pasienten. De mener videre at omsorg er et mål i seg selv, fordi omsorg og respekt har positiv virkning på hvordan pasienten og de pårørende opplever og mestrer situasjonen.

Symptomer opptrer forskjellig fra menneske til menneske (Benner & Wrubel, 1989). En person som har gjennomgått radikal prostatektomi vil være kurert for kreftsykdommen, men



symptomene i form av endret kroppsbilde og problemer med seksualiteten er der allikevel. Benner og Wrubel (1989) mener at symptomets mening er relatert til spørsmål av mer eksistensiell art – «Hvorfor må akkurat jeg gjennomgå dette?» - og til hvilke konsekvenser symptomene gir personens liv. Det kan for eksempel fungere som en påminnelse om at man er avhengig av andre eller være et bilde på hvordan man ser sin egen verdi og styrke (Konsmo, 1995).

#### **3.4.4 Benner og Wrubel: Mestring av sykdom**

Benner og Wrubel (1989) ser på forskjellen mellom det å ha en patologisk sykdom og pasientens opplevelse av å være syk. Å ha en sykdom er å ha en skade på celle-, vevs- eller organnivå. Å være syk er den menneskelige følelsen av å ha tapt eller nedsatt funksjon, og må alltid anses som reell uansett om man finner patologiske funn eller ikke. Bare det å ha noen rundt seg som forstår opplevelsen av det å være syk kan hjelpe til å mestre sykdommen bedre (Benner & Wrubel, 1989). En sykepleier som har generell kunnskap om en sykdom og hvordan den oppleves, i tillegg til å forstå den enkelte pasient sin opplevelse, er i en unik posisjon til å hjelpe pasienter. Dette innebærer å ha en kunnskap om pasientens bakgrunn ved hjelp av kartlegging, forstå hva pasienten bryr seg om, hva som blir hindret av sykdommen i livet til pasienten og hvilken mening pasienten selv legger i sine symptomer. Alt dette vil hjelpe sykepleieren med å se pasienten i kontekst (Konsmo, 1995).

#### **3.4.5 Benner og Wrubel: Sykepleiers omsorg for pasienten**

Benner og Wrubel (1989) har mye fokus på omsorg i sin teori, og de mener at omsorg er en grunnleggende og nødvendig del av sykepleien. En forutsetning for at sykepleieren skal kunne gi omsorg til pasienten er at vi bryr oss om pasienten og involverer oss i hans situasjon og forholdene rundt ham. Uten å vise empati vil vi overse de trekkene ved situasjonen som er avgjørende, og kan overse tegn på at tilstanden forandrer seg.

Å vise empati i form av å føle sorg og sinne på vegne av pasientene er ingen form for omtenkksomhet. Empatien kan imidlertid være et mønster sykepleieren kan innta for å utvikle omtenkksomhet. Når omtenkksomheten er utviklet kan man som sykepleier komme på bølgelengde med pasienten og få tak i det enestående ved nettopp enkeltindividet (Benner & Wrubel, 1989).

### 3.5 Profesjonell kommunikasjon

Kommunikasjonsprosessen er bygget på gjensidighet mellom partene da en både gir og mottar informasjon (Reitan, 2010). God kommunikasjon er nødvendig for å kunne utforske og kartlegge pasientens situasjon. Vi kommuniserer ikke på samme måte på jobben som vi gjør i dagliglivet. På jobben er vi fagpersonell som kommuniserer med personer som trenger vår hjelp og assistanse. Begrepet «profesjonell» kommer av det latinske ordet for yrke eller erverv: *professio*. Profesjonell kommunikasjon er da kommunikasjon som hører ens yrke til, i vår sammenheng yrkesrollen som sykepleier (Eide & Eide, 2011).

Som sykepleiere må vi utøve god profesjonell kommunikasjon for å ivareta pasienten som er i en sårbar situasjon, og som trenger vår hjelp og omsorg. For å utøve god profesjonell kommunikasjon må den være faglig velfundert og til hjelp for pasienten. Det forventes at vi som helsepersonell kommuniserer på en måte som er faglig begrunnet og har som formål å være hjelpende for pasienten. Profesjonell, helsefaglig kommunikasjon er basert på yrkets verdigrunnlag. I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere står det at grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet, og at sykepleie baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter (ICN, 2011). For å oppnå dette er det sentralt å utøve god profesjonell kommunikasjon i møte med pasienter, vise respekt ved å involvere pasienten og la pasienten få innflytelse ved samtaler og beslutninger. Ved å involvere pasienten vil vi bevare pasientens autonomi og likeverd (Eide & Eide, 2011).

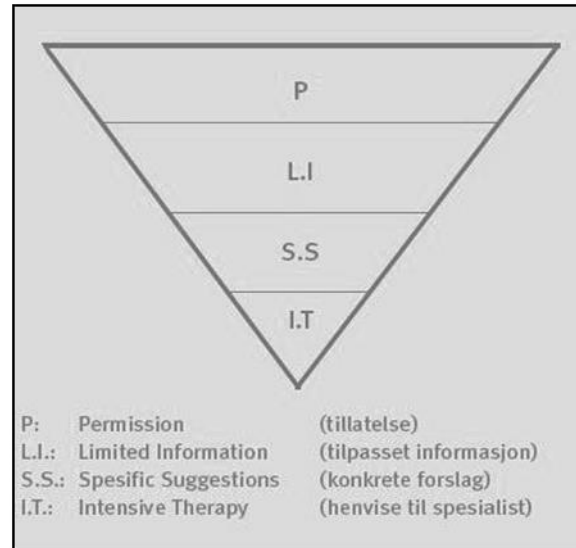
Erfarne sykepleiere har gjerne et trenet blikk, ofte referert til som det kliniske blikk, og ser fort hvilke behov pasienten kan ha. Dette «blikket» krever at sykepleier har empati, fagkunnskap og en vilje til å handle til det beste for den andre. For å kommunisere profesjonelt er det en forutsetning at sykepleieren setter seg inn i pasientens situasjon og forstår følelser og reaksjoner som kan oppstå i situasjonen pasienten er i. I profesjonell sammenheng må også sykepleier signalisere tilbake til pasienten at den følelsesmessige forståelsen av den andre er forstått.

Sykepleierens fagkunnskaper er svært viktig. At man har kunnskaper om sykdommer, medisiner, dosering, virkning og bivirkninger er helt sentralt for å kunne leve seg inn i pasientens situasjon. Uten tilstrekkelig fagkunnskap vil man ikke kunne være i stand til å oppdage det som er viktig for pasienten (Eide & Eide, 2011).

Fagkunnskap og kommunikasjon henger nøye sammen, det hjelper ikke å ha gode kommunikasjonsferdigheter hvis man ikke vet hva pasientens behov er. For at sykepleieren skal kunne hjelpe pasienten til å løse eller forholde seg bedre til sine helseproblemer vil sykepleieprosessen være en problemløsende metode. Gjennom sykepleieprosessen vil vi kunne identifisere problemet, stille diagnose, fastsette mål, utarbeide plan for arbeidet, gjennomføre planen og evaluere resultatet. Gjennom denne prosessen må sykepleier involvere pasienten i beslutninger som blir tatt, delaktiggjøre pasienten i prosessen for å oppnå best mulig resultat (Eide & Eide, 2011).

### 3.5.1 PLISSIT - modellen

Den amerikanske psykoterapeuten Jack Annon skapte i 1976 en kognitiv atferdsmodell for å assistere de som opplevde seksuell dysfunksjon (White & Heath, 2002). Modellen har siden dette blitt tilpasset og brukt i sykepleielitteraturen for å representere de forskjellige nivåene av psykoseksuell omsorg som pasientene behøver. Psykoseksuell er et begrep som betegner de opplevelsesmessige og atferdsmessige sider av kjønnslivet.



Figur 1.

P – står for Permission og står for å gi tillatelse til å snakke om seksualitet. Indirekte eller direkte gjør man det klart at det er greit å være seksuell og at det er lov å snakke om det.

LI – står for Limited Information, begrenset informasjon. På dette nivået kan man gi generell og ikke-spesialisert informasjon om seksualitet eller seksuell helse som er relatert til hvorfor

pasienten oppsøker helsehjelp i utgangspunktet.

SS – Specific Suggestions kan innebære at man kommer med konkrete forslag til tiltak. Det er på dette nivået helsehjelpen blir mer spesialisert, ved at for eksempel en sexolog kommer inn i bildet. På dette nivået beveger man seg inn i grenseland mellom rådgivning og terapi.

IT – Intensive Therapy, her kommer behovet for mer spesialisert kunnskap inn. På dette nivået finner vi gjerne psykoterapeuter, kirurger og helsepersonell med spisskompetanse på den aktuelle tilstanden.

PLISSIT-modellen består som nevnt av fire trinn og hvert trinn krever økende fagkunnskap.

Modellen blir brukt som et verktøy for å vurdere på hvilket nivå en befinner seg som behandler av et gitt problem, og om man trenger mer spisskompetanse for å løse dette problemet (Almås, 2004).

## 4 Drøfting

I dette kapittelet skal vi drøfte problemstillingen opp mot teorien og forskningen vi har funnet. Første del av problemstillingen, hvilke problemstillinger en pasient som har gjennomgått radikal prostektomi står ovenfor relatert til seksualitet, har vi besvart i teoridelen. Vi vil dra med oss dette inn i drøftingen og gå enda dypere i hvordan sykepleieren kan hjelpe pasient og partner med å løse disse problemene.

Vi har i teorien nevnt Maslows pyramide over grunnleggende behov og hvorfor vi mener seksualitet er en del av denne. Han omtaler riktignok ikke seksualitet som et eget behov. Aars (2011) mener at dette kan være fordi han anså seksualitet som en integrert del av flere av de grunnleggende behovene. En annen teori Aars (2011) har er at forståelsen for seksualitet som en del av vår helse har kommet mer på agendaen de siste tiårene, mens Maslow skrev sin teori på 60-tallet. Vi mener begge disse momentene må vektlegges. Vi mener det er godt begrunnet at seksualitet er en del av de grunnleggende behov, og god sykepleie er å ta alle grunnleggende behov i betraktning.

### 4.1 Retten til informasjon jamfør plikten til å informere

Moral er regler og retningslinjer for hva som er rett og galt, godt eller dårlig, i det daglige liv og da særlig i forhold til andre mennesker. Etikk er teori om moral. Moral lærer vi tidlig, helt fra vi blir født og lenge før vi får noe begrep om etiske teorier. Som sykepleier tar vi med oss lært moral inn i yrket, men det er også nødvendig med den etiske teorien rundt. Ikke bare for å følge lovverket, men også for å kunne ha evnen til etisk refleksjon. For oss er det viktig med etisk teori for å kunne belyse moralske problemer man møter i yrket daglig. Dette trenger ikke bare å være store spørsmål om liv og død, men også små faglig-moralske konflikter og problemer som har med verdier og holdninger å gjøre. Temaet skal behandles med respekt og varhet, evnen til å se, til å tie og til å lytte (Støre Brinchmann, 2008). Forskning viser at en positiv og respektfull holdning fra sykepleiers side i spørsmål om seksualitet har en støttende funksjon i forhold til å oppnå god seksuell helse hos pasientene (Saunamäki, Andersson, & Engström, 2009).

En av de viktigste oppgavene til sykepleieren er å gi informasjon og veiledning. Man må finne ut hva pasienten har behov for og informere på en slik måte at informasjonen oppleves relevant (Eide & Eide, 2011). Forskning viser at det er viktig for pasientens livskvalitet i

etterkant av radikal prostatektomi at de er informert om konsekvensene og mulige bivirkninger som kan oppstå etter behandlingen (McGlynn, et al., 2004). Ingen mennesker er like og livskvaliteten påvirkes også derfor ulikt hos den enkelte. Pasientrettighetsloven sikrer at alle pasienter har rett til informasjon. Den sier at pasienten skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i egen situasjon. Videre skal også pasienten informeres om risikoer og bivirkninger av behandlingen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001). Loven gir dermed føringer for nettopp det som forskning viser er svært viktig. Vi som sykepleiere er her i en nøkkelrolle når det gjelder å informere og undervise pasientene om de potensielle langtidseffektene ved prostatakraft.

Svensk forskning viser at 90 % av sykepleiere visste hvordan sykdom og behandling påvirker pasienters seksualliv og 2/3 var enige i at det var deres ansvar å ta opp temaet seksualitet og gi anledning for at pasientene kunne prate om dette. Likevel var det 80 % av de spurte sykepleierne som ikke tok seg tid til å snakke om dette temaet, og 60 % følte seg ikke kompetente til å ta opp dette temaet (Saunamäki, Andersson, & Engström, 2009). Benner og Wrubel (1989) sier at sykepleieren må ha gode kunnskaper om sykdommen, dens følger og behandlingsformer. Når sykepleieren har dette, kan hun hjelpe pasienten til å akseptere sykdommen. Informasjonen må gis på riktig sted og i riktige mengder, slik at man ikke skremmer pasienten eller tar fra han håpet (Konsmo, 1995). For det fleste er seksualitet noe de deler med en annen, og målet for all seksuell veiledning må derfor være å få pasienten og eventuell partner til å snakke sammen om seksualiteten (Schjølberg, 2010).

I teorien nevner vi at pasienter som får lite informasjon før behandlingen ser ut til å takle bivirkningene i etterkant dårligere enn de som får god informasjon. Dette er noe vi lett kan forstå, men likevel er det ikke fokus på å gi informasjon om seksualiteten etter kreft, hverken i forkant eller etterkant av behandlingen. En studie viser at det å overleve kreften ofte overskygger seksualiteten (Hordern, 2008). Når man får en kreftdiagnose er både pasienten og vi som sykepleiere mer opptatt av behandlingsforløpet og overlevelsesprosenten. I forordet har vi et sitat fra en kreftoverlevende. Han er glad for at han overlevde kreften, men så kom hverdagen og den var tøffere enn han trodde den skulle bli. Dette kan komme av at han ikke hadde fått god nok informasjon på forhånd. Her kan vi tenke oss at det er viktig å ha fokus på både pasient og eventuell partner sammen, at de får informasjonen sammen er viktig for å unngå misforståelser og forhindre at fantasien løper løpsk. Benner & Wrubel (1989) sier at det er hvordan mennesket tolker situasjonen som er avgjørende for hvordan han takler den. Ved å

møte pasienten og partner med respekt og empati åpner vi for samtaler rundt seksualitet og viser omsorg.

Alle sykepleiere skal jobbe ut ifra de etiske retningslinjene. Dette innebærer blant annet at vi skal fremme helse og forebygge sykdom (ICN, 2011). Et godt seksualliv betyr mye for god psykisk helse og velvære hos oss alle (Aars, 2011), da gjelder dette selvfølgelig også våre pasienter. De etiske retningslinjene omhandler også pårørende. Deres rett til informasjon skal bli ivarettatt (ICN, 2011). Seksualitet er som nevnt i teoridelen noe som angår alle mennesker, uansett kjønn og alder, og den berører alle plan av vår menneskelige eksistens (Aars, 2011). Hvis man unnlater å gi informasjon til denne gruppen pasienter yter man etter vår mening ikke helhetlig sykepleie, og i ytterste konsekvens vil det si at sykepleieren bryter med § 10 i Helsepersonelloven som omhandler informasjon til pasienter (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999).

Når en pasient får diagnosen prostatakreft, kommer han til samtale hos urolog som informerer om forskjellige behandlingsformer og mulige komplikasjoner ved disse. Forskning viser at i denne fasen av behandlingen er pasienten bekymret over diagnosen og det viktigste for dem er at kreften blir fjernet. Informasjon om mulig urininkontinens blir gitt av urolog, men veldig få husker at dette ble nevnt (McGlynn, et al., 2004). Sykepleieren vil da kunne ha en viktig rolle ved at de møter pasienten oftere og er tilstede gjennom hele sykehusinnleggelsen. På denne måten har vi som sykepleiere muligheten til å repetere informasjon. Eide & Eide (2011) sier at et menneske i krise må få gjentatt informasjonen for at han skal få det med seg. Vi vil kunne forberede pasientene på forhånd om forløpet da vi møter pasienten hele veien og kan gi forklaring på de kroppslige forandringene (Benner & Wrubel, 1989). I noen tilfeller vil informasjonen som blir gitt føre til store emosjonelle reaksjoner. Relasjonen mellom pasienten og den som informerer har derfor stor betydning for hvordan pasienten mottar informasjonen. Her er det viktig at man innehar gode kommunikasjonsferdigheter. Gjennom dialog vokser det frem mening og forståelse som bygger på hverandres bidrag og dette krever aktiv deltakelse der begge parter setter seg inn i hverandres sted. Hvis man skal oppnå en felles forståelse for hvordan pasienten opplever sin sykdom, er det ikke nok at pasienten forstår sykepleierens budskap, sykepleieren må også forstå hvordan pasienten opplever sin sykdom. Pasienten er også avhengig av informasjon for å kunne ta kvalifiserte valg. Derfor må sykepleieren anvende profesjonell kommunikasjon som gjør det mulig å forske og bringe fram innholdet i det pasienten kommuniserer (Reitan, 2010).

## 4.2 Hvordan tilnærme seg temaet forandret selvbilde og seksualitet

Slår man opp i en synonymordbok på ordet maskulinitet står det: «mandig, viril, se *kraftig*; mannhaftig, se *ukvinnelig*.» Synonymet til ordet impotent er *kraft(es)løs*...

(Kunnskapsforlaget, 2003)

Raewyn Connell mener at man skal være forsiktig med å konkludere med at alle menn er like (Wedgwood, 2009). Videre mener hun at maskuliniteten er i forandring, og hun er kritisk til den standardiserte fremvisningen av kjønnsroller i forskningen. Jonathan Waltson har skrevet boken «Male Bodies, health, culture and identity» (2000) og støtter opp om mye av det Connell mener. Han mener at voksenlivet er en prosess, men at disse prosessene på ingen måte er satt på forhånd. Med det tolker vi at vi ikke skal ha forventning om at alle menn reagerer likt. Waltson sier videre at den profesjonelle oppfatningen av menn ofte er at de er uproblematisk og uforanderlig. Denne tankegangen kan være en mulig årsak til at helsepersonell snakker så lite om seksualitet som de gjør. Vi deler muligens denne enkle, litt gammeldagse, oppfatningen om at menn er styrt av kroppslige funksjoner og testosteron.

Vi har nevnt i teorien at flere får diagnosen cancer prostata. Grunnen til dette er bedre diagnostisering og at menn generelt er i en utvikling der de har fått et mer åpent syn på sin egen helse i motsetning til før. Før ventet gjerne menn lenger med å gå til legen. Watson nevner også at det er hevdet at det er i helseinteresse for menn å endre, forlate eller motstå aspekter ved maskulinitet (2000).

Fra praksis har vi sett at menn innlagt på sykehus kanskje ikke er så bluferdige som vi trodde. Kateterposer blir lagt på bordene, og morgenkåpene forblir åpne. De fleste ligger på flermannsstuer hvor alle har kateter og det blir fort mye fleiping rundt dette. Humoren kan til tider bli grov. Humor kan fort bli tydd til som en metode for å ufarliggjøre temaet seksualitet. Bente Ervik siterer en pasient i sin doktoravhandling: «... som mannlig kreftpasient trenger man humor, mot og ei kone som konstant presser deg fremover» (2012, s. 49). Hun presiserer bruken av humor i parforholdet, hvor viktig det er for begge parter etter å ha vært i kontakt med helsevesenet over lang tid. Partner brukte gjerne humor for å vise at hun så partneren sin, i forhold til bruk av bleier for eksempel. Men det var viktig i bruken av humor at mannen følte han hadde kontroll og at det ikke ble en måte å unngå temaet på. Ervik (2012) har også gjort litteraturfunn på bruken av humor mellom pasienter og helsepersonell, og konkludert med at det er viktig med et tillitsforhold før humor kan bli brukt. Dette er nøyaktig samme oppfatning



som Benner og Wrubel har (1989). Dette vil vi si oss enige i. Vi skal kjenne en pasient ganske godt før vi bruker humor, humor skal ikke bli misbrukt, men samtidig – riktig bruk av humor kan hjelpe oss å snakke lettere om temaet.

Vi har brukt Almås og Benestad sin definisjon av kjønnsidentitet og kjønnsroller i teoridelen. De nevner, i likhet med Connell, at disse rollene smelter mer og mer sammen i dagens samfunn (Almås & Benestad, 1997; Wedgwood, 2009). Det ser ut som mennesker i dag i mindre grad ser ut til å identifisere seg med den tradisjonelle rollen. Men det finnes fremdeles menn som passer til beskrivelsen den maskuline rollen, for å ikke glemme at cancer prostata kan oppfattes som en livskrise som igjen kan føre til en trussel mot kjønnsidentiteten. Det må vi som sykepleiere kunne ha evnen til å forstå og ta hensyn til.

Etter en radikal prostatektomi kan selvbildet til pasienten forandres til det negative. Dette er en følelse som kan vedvare i kortere eller lengre tid. Hvordan pasienten takler dette er avhengig av den enkeltes ressurser til å mestre nye situasjoner, og den støtten den enkelte får og opplever fra sine nærmeste (Schjølberg, 2010).

I teorien har vi beskrevet Benner og Wrubel (1989) sin teori om de fire aspektene ved det å være menneske. Den kroppslige viten er noe man ikke tenker over før man får en dysfunksjon, som impotens og inkontinens. Dette kan føre til skam og nedsatt evne til å fungere like seksuelt som før. Partner og samliv er noe mannen bryr seg om og han kan oppleve sorg og bekymring når dette ikke fungerer som før. Ifølge Benner og Wrubel (1989) råder det en gjensidig påvirkning mellom situasjonen og det en person bryr seg om. Problemene i seksuallivet vil plutselig få stor oppmerksomhet og vil forsterke den følelsesmessige byrden til både mannen og hans partner. Benner og Wrubel (1989) skriver om det å reforhandle hva man bryr seg om. For at en sykepleier skal kunne hjelpe med dette er det viktig at hun har et bearbeidet forhold til sykdommen og innehar grundig kunnskap på området. Benner og Wrubel (1989) sier at sykepleier skal måtte forstå at sykdommen også kan ramme henne, men det vil ikke være mulig i dette tilfellet for en kvinnelig sykepleier. Allikevel mener vi at vi med empati og profesjonell kunnskap kan bidra godt allikevel. Pasienten kan reforhandle hva han bryr seg om, men må da først bli bevisst på hvordan han forstår situasjonen sin og hva han først og fremst ønsker å ivareta. Ved å omdefinere situasjonen kan han åpne for nye muligheter til å ivareta dette. Sykepleieren kan hjelpe pasienten med å starte denne prosessen ved å åpne for å snakke om seksualitet. Videre kan det være aktuelt med psykoterapi.

Benner og Wrubel (1989) beskriver mestringsstrategier i sin teori, og en viktig mestringsstrategi for flere pasienter kan være å søke informasjon. Her kan vi som sykepleiere spille en viktig rolle som informasjonskilde. I situasjoner som vår problemstilling viser til, er det viktig at vi som sykepleiere tar utgangspunkt i gode kunnskaper om den enkelte pasient og vedkommendes partnerforhold. I tillegg må vi ha generelle kunnskaper om sykdommen, dens utvikling og følger, samt behandling. Å snakke om seksualitet er vanskelig, både innad i parforholdet og når man kommer til en behandler. Dette kan igjen føre til at mange venter for lenge med å ta opp seksuelle problemer med en behandler eller terapeut (Aars, 2011). Vi kan således tenke oss at vi som sykepleiere har en mulighet til å ha en innvirkning på pasientene mens de er innlagt på urologisk avdeling, ved å åpne for å kommunisere om seksualitet – å legitimere seksualiteten. Som vi nevner gjentatte ganger, det kan være vanskelig for oss sykepleiere å ta opp dette temaet. En grunn til dette er kanskje at vi mangler ord og uttrykk som vi føler oss vel med.

Ofte er menns seksualitet sentrert rundt penis (Aars, 2011), men sykepleieren som pasienten møter vil kanskje ikke være komfortabel med å snakke om temaet. Da kan det hele bli en pinlig affære og pasienten vil kvie seg for å ta opp temaet senere. Vi synes likevel ikke at det at mange opplever sjenanse i forhold til temaet skal være en unnskyldning for å la være å ta det opp. En sykepleier som jobber på en urologisk avdeling, bør etter vår mening være forberedt på disse spørsmålene. I stedet for å la være å snakke om det kan hun heller henvise til annet personell eller behandlere som pasienten kan snakke med. Gjøres dette på en empatisk måte vil vi anta at det oppleves som positivt, ikke negativt.

Forskning fra syv europeiske land viser at det er viktig for pasientene hvordan de blir møtt av sykepleierne (Cockle-Hearne, et al., 2013). Studiet viser at mer enn 80 % av mennene som deltok (1001 deltakende menn til sammen) hadde udekkete behov når det gjaldt informasjon etter prostatakraft. På en topp 5 liste troner informasjon om seksualitet og sosiale forhold. Over halvparten savnet informasjon om symptomene etter prostatakraft, hovedsakelig inkontinens. 45 % av deltakerne fortalte at de ikke hadde snakket med en sykepleier i det hele tatt, hverken før, under eller etter behandlingen. De som hadde snakket med en sykepleier kunne rapportere om at støtten og rådene som ble gitt for det meste omhandlet forbehandlingen og den umiddelbare behandlingen, altså selve operasjonen. Konklusjonen i studiet er at menn savnet informasjon om langtidseffektene av prostatakraft, hva sykdommen og behandlingen kan gjøre med blant annet seksualiteten og det sosiale liv. Dette gjaldt spesielt mennene som hadde gjennomgått radikal prostatektomi (Cockle-Hearne, et al., 2013).

I neste underkapittel vil vi drøfte PLISSIT-modellen og hvordan denne kan fungere som en tilnæringsmetode til temaet seksualitet.

#### 4.2.1 Hvordan anvende PLISSIT – modellen som kommunikasjonsmetode

PLISSIT-modellen kan tilpasses og brukes som kommunikasjonsmodell på en hvilken som helst avdeling hvor det skal snakkes om seksualitet, i vårt tilfelle blir det urologisk avdeling i forbindelse med en radikal prostatektomi eller på kirurgisk poliklinikk. God seksuell helse er viktig i et holistisk sykepleiesyn. PLISSIT-modellen er nevnt i vår pensumlitteratur, men vi har ikke fått noe undervisning om den. En studie fra 2013 (Huang, Tsai, Tseng, Li, & Lee) viser at sykepleiestudenter er mest positive til å snakke om seksualitet på P-nivå, det vil si trinnet som står for Permission. De var minst positive til å snakke på SS – og IT – nivå, det vil si å gi spesifikke råd og intensiv terapi. Dette er imidlertid et nivå for spesialister, som for eksempel urologer og sexologer (Almås & Benestad, 1997). Mannlige sykepleiestudenter var generelt skeptiske til å snakke om seksualitet i det hele tatt, men i likhet med de kvinnelige studentene var det mer aksept for dette jo eldre studenten var. Dette kan vi tenke oss er på grunn av generell livserfaring eller at det følte lettere å ha samtale når sykepleiestudenten og pasienten var rundt samme alder. Da vi ikke snakker så mye om seksualitet annet enn på rent forplantingsnivå på sykepleiestudiet kan vi anta at en sykepleierstudent sine erfaringer og holdninger ikke er så forskjellige fra en som er ferdig utlært.

For å veilede kreftpasienter om seksualitet må vi ha kunnskap og både de fysiske og psykiske forandringene dette medfører hos pasienten (Schjølberg, 2010), mange av oss vil føle at vi ikke har nok kunnskap. Det er da det er, etter vår mening, viktig å ha kjennskap til PLISSIT-modellen. Den kan hjelpe oss i kommunikasjonen med pasientene. De fleste av oss kan faktisk, ved å holde oss til de etiske retningslinjene og ved å vise empati og forståelse, snakke om seksualitet på P- og LI-nivå. På P-nivået gir vi rom for å snakke om seksualitet, det er pasienten som skal gi tillatelse til dette, ikke vi (Schjølberg, 2010). Vi ser for oss at vi møter disse pasientene på enten sykehus før og etter operasjonen, eller på kirurgisk poliklinikk. For å kunne gi god, individuell informasjon til disse pasientene, vil vi ta de med på enerom under samtalen. For å åpne for å samtale om seksualitet kan det for eksempel henge plakater på dette rommet som omhandler seksualitet. Da kan pasienten vise til denne plakaten og dermed få en inngangsport til å snakke om temaet. Utskrivings samtalen er også en mulighet for oss til å snakke om seksualitet. Mellom disse to samtalene har pasienten noen liggedøgn på sykehuset. Det er da viktig at vi, tross en hektisk hverdag, viser at vi ser pasienten og gir rom for å

snakke hvis han ønsker det. 14 dager etter operasjonen skal pasienten inn til uroterapeuten for å fjerne kateter og agraffer i henhold til prosedyren (Sykehuset Innlandet HF, 2014). Her har vi også en sjanse til å informere om inkontinens, øvelser man kan gjøre (for eksempel bekkenbunnstrening), impotens, ereksjonssvikt og eventuelle hjelpemidler.

Per i dag finnes det en brosjyre som gis ut på sykehuset ved innleggelse, men denne omhandler kun inkontinens. Man kan undre seg over hvorfor den ikke omhandler flere mulige utfordringer. Inkontinens er relevant, men vi synes også den bør omhandle informasjon om impotens og ereksjonssvikt. En sÅnn brosjyre bør også inneholde informasjon om et lavterskeltilbud til pasientgruppen, noen de lett kan komme i kontakt med for å snakke med og eventuelt bli henvist videre til eksperter.

### 4.3 Overleve og leve godt

Prostatakreft er som nevnt tidligere i oppgaven, en av de vanligste kreftformene vi har i Norge. Kreft blir fremdeles forbundet med alvorlig sykdom og død, men flere og flere overlever denne kreftformen. Blant de overlevende er det mange som må leve med ettervirkningene. Impotens, problemer med ereksjonen og urinlekkasje kan alle komme som en følge av behandlingen og inngrep. I tillegg til at sykdommen i seg selv kaster en skygge over hele behandlingsforløpet, viser Ervik i sin doktoravhandling (2012) at nye aspekter ved sykdommen vil dukke opp når pasienten har kommet hjem igjen, og at disse kan føles som en eksistensiell trussel mot hverdagslivet.

Benner og Wrubel (1989) mener at den sosiale konteksten rundt pasienten har mye å si for hvordan pasienten mestrer den endrede situasjonen. Der pasienten kan få symptomer etter behandling, kan også partner oppleve symptomer. Derfor er det viktig at vi som sykepleiere også har fokus på informasjon til partner og samtidig ser på partner som en ressurs. En kvalitativ studie publisert i 2013 konkluderer med at partnere av menn som har gjennomgått radikal prostektomi faktisk kan oppleve mer emosjonelt stress i etterkant, enn hva mennene gjør (K. Harden, et al., 2013). Siden de fleste menn som får prostatakreft får kurativ behandling, må de leve med symptomene av behandlingen over en lengre periode etterpå. Disse symptomene er varierende, men ofte gir de utslag i forandringer i familielivet og livskvaliteten som par. Partneren er som regel den som har mulighet til å bidra med mest støtte gjennom behandlingen og etterpå, men det har sin pris.

Benner og Wrubel skriver også at det oppstår en stressreaksjon når man står i fare for å miste noe man bryr seg om, eller ikke får til noe man virkelig vil (1989). I en partnerrelasjon etter en radikal prostatektomi kan vi tenke oss at det er mye som kan bli opphav til stress. Mannen føler sin maskulinitet står på spill både ved ereksjonsproblemer, impotens og inkontinens. Han vil at seksualiteten skal være som før operasjonen, men får det ikke til og opparbeider kanskje dårlige mestringsstrategier, som å unngå temaet totalt. Mange føler skam. Skam er en beskyttelse av oss selv, en beskyttelse mot krenkelser, hevder psykiater Finn Skårderud. Den regulerer intimiteten med andre og definerer grenser for det private. Skammen sier noe om frykten for hvordan andre opplever oss i forhold til hvordan vi vil bli sett. Skårderud (2001) skriver:

Skam er bevisst eller ubevisst, en affekt som næres av en diskrepans mellom den jeg er og den jeg vil være, mellom forventning og realisering. Skammen trer frem av denne spenningen mellom hvordan jeg vil bli sett, og hvordan jeg føler at jeg blir sett (s.38)

Alt vi nevner kan føre til problemer i partnerrelasjonen og mannen kan bli redd for å miste partner, som han føler omsorg for og som derfor er viktig for livskvaliteten.

Benner og Wrubel (1989) skriver i sitt kapittel om stress og mestring at det handler ikke bare om situasjonen eller om hvordan livet forandrer seg på grunn av dette. For å håndtere stress handler det vel så mye om å innarbeide nye forståelsesmåter. Således går Benner og Wrubel imot WHO sin definisjon på hva god seksuell helse er; at det er fravær av sykdom og dysfunksjon (Benner & Wrubel, 1989; WHO, 1975). Vi mener at man kan fremdeles ha god seksuell helse selv om man har gjennomgått radikal prostatektomi. Det handler om å tenke i et annet mønster enn før, men som nevnt i teorien kan kjønnsidentiteten bli utfordret. Hva man anser som god seksuell helse vil også være personavhengig og kan forandre seg i aldringsprosessen (Almås & Benestad, 1997). Bente Ervik (2012) påpeker også at det er viktig å huske på at sykdom oppleves og behandles individuelt.

Ofta kan man ivareta det man bryr seg om på flere – og kanskje bedre – måter enn det man først trodde. Mannen og hans partner kan oppnå en dypere forståelse for hverandre og de kan komme styrket ut av situasjonen som oppsto etter operasjonen.

I en artikkel publisert i 2003 blir det forsket på livskvaliteten hos menn 12-24 måneder etter radikal prostatektomi (Rondorf-Klym & Colling). Den viser at den største direkte påvirkningen på livskvaliteten var følelsen av opplevd støtte fra det sosiale nettverket. Andre

direkte faktorer var opplevd følelse av urinfunksjon, seksuell funksjon, undertrykt sinne og depresjon. De mener at sykepleierne kan hjelpe pasienter ved å foreta en grundig vurdering av hver enkelt faktor og hva som er de viktige verdiene for akkurat den pasienten, *før* det skjer en intervensjon i livskvaliteten. For å få til dette på en god måte foreslår de å bruke forskningsbasert dokumentasjon om mulige bivirkninger etter en radikal prostatektomi, klar og konsis informasjon fra en rekke kilder som omhandler mulige bekymringer som menn og deres partner kan få, og bedrive fokusert rådgivning ut ifra dette som tar for seg pasientens spesifikke problem (Rondorf-Klym & Colling, 2003). Dette stemmer overens med Benner og Wrubel sin teori om at alle er vi forskjellige individer (1989). Ved å tenke individuell sykepleie vil vi lettere kunne hjelpe og forstå akkurat denne pasientgruppen og dette er også noe vi kan ta med til andre pasientgrupper.

## 5 Konklusjon

Vi har en todelt problemstilling, hvorav den første går på utfordringer for pasienter som har gjennomgått radikal prostatektomi står ovenfor, og andre del går på hva sykepleier kan hjelpe pasienten og partner med i forhold til dette. Første del blir hovedsakelig besvart i teoridelen, mens andre del ser vi mer på i drøftekapittelet.

Prostatacancer hos menn har ofte flere implikasjoner enn kirurgi, strålebehandling og kjemoterapi. Å gå til legen for å få konstatert kreft i kjønnsorganene er i seg selv en utfordring, men forskning viser at dette er i endring. Menn er i ferd med å få et mer åpent syn på egen helse.

Vi mangler hverdagsspråk om det intime, og samtalen om dette temaet kan være vanskelig for mange menn og oss som sykepleiere. Etter helbredelse av kreften venter nye utfordringer. I disse tilfellene handler det om impotens, ereksjonssvikt og inkontinens. Dette kan ramme den mannlige identiteten, hvor frykten for å ikke være mann nok, for å bli avvist, for å ikke kunne leve et normalt liv som ektemann, er sterk. Etter en kreftsykdom er inkontinens og det at man ikke har kontroll over de mest basale funksjoner, en stor belastning som både medfører store praktiske og sosiale komplikasjoner. I tillegg kommer mangelen på fokus fra helsevesenet for å ta tak i de helsemessige utfordringene etter helbredelsen av kreftsykdommen.

Alderen eller personligheten kan påvirke opplevelsen av å være impotent. Menn er ikke nødvendigvis mindre mann om de ikke fungerer på de seksuelle eller reproduktive områdene i livet. Fokuset for hva som er mannlighet kan flyttes. For menn å ikke kunne kontrollere kroppens utsondringer, eller bli impotent skaper både fortvilelse og uverdighet, og gir tap av selvspekt. Disse stigmaene – de kroppslige avvikene som impotens og inkontinens er, medfører skam. I tillegg kommer frykten for å bli avslørt. De frykter for og skammer seg over, å bli sett som avvikende i forhold til de kulturelle og maskuline idealer.

En utfordring for oss som sykepleiere er å ta hensyn til disse eksistensielle krisene mennene opplever, møte dem med empati og forståelse, samtidig som vi skal ha fokus på partner hvis mennene tillater det. Vi møter dem bare for en kort tid på sykehuset ved innleggelse og må da møte deres behov for informasjon og støtte. For å kunne være i stand til dette kan det være nyttig å ha kunnskap til PLISSIT-metoden, å bruke denne som en tilnæringsmetode når man skal snakke om seksualitet. Vi må også vite noe om livet etterpå, hvilke utfordringer pasient og partner kan møte på i hverdagen.

Hadde oppgaven vår vært større, ville vi valgt å skrive mer om hjelpemidler i vårt siste kapittel «Å overleve og leve godt». En naturlig fortsettelse ville vært å se på hvordan vi kan veilede pasient og partner og gi råd om forskjellige metoder.

Det kan tenkes at ny forskning på dette området kan gi en økt kvalitet på kommunikasjon til denne pasientgruppen, samtidig med at man sikrer at flere personer i denne pasientgruppen blir tilbudt riktig hjelp. Videre er dette et felt som stadig er i utvikling siden menns syn på egen helse og seksualitet er i forandring. Det er derfor nødvendig å tematisere det mer på arbeidsplassene. Kurs og foredrag kan være nyttig.

Etter å ha skrevet denne oppgaven kan vi som nyutdannede sykepleiere hjelpe til med å bidra og skape en kultur for å snakke om seksualitet på arbeidsplassen, ikke bare på urologisk avdeling, men alle steder i somatikken og psykiatrien. Ved å arbeide med dette har vi selv erfart at det har vært enklere å ta opp spørsmål vedrørende menns seksualitet og maskulinitet. Vi har prøvd å ta i bruk PLISSIT – modellen i praksis, og synes dette er et nyttig verktøy som gir et godt grunnlag for å ta opp temaet seksualitet.



## 6 Litteraturliste

- \* Aars, H. (2011). *Menns seksualitet*. Oslo: Cappelen Damm AS.
- \* Almås, E. (2004). *Sex & Sexologi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- \* Almås, E., & Benestad, E. (1997). *Sexologi i praksis: Behandlers møte med menneskers seksualitet*. Otta: Tano Aschehoug.
- \* Benner, P., & Wrubel, J. (1989). *The Primacy of Caring : Stress and Coping in Health and Illness*. Calif: Addison-Wesley Educational Publishers Inc.
- \* Berg, A., & Fosså, S. D. (2010). Kreft i mannlige kjønnsorganer. I A. M. Reitan, & T. K. Schjølberg, *Kreftsykepleie: Pasient-utfordring-handling (3.utg)* (ss. 504-526). Oslo: Akribe.
- \* Bill-Axelson, A., Holmberg, L., Garmo, H., Rider, J. R., Kimmo, T., Busch, C., et al. (2014, Mars 06). *The New England Journal of Medicine*. Hentet April 09, 2014 fra Radical Prostatectomy or Watchful waiting in Early Prostate cancer:  
<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1311593#t=abstract>
- \* Cockle-Hearne, J., Charnay-Sonnek, F., Denis, L., Fairbanks, H., Kelly, D., Kav, S., et al. (2013, September 24). *The impact of supporting nursing care on the needs of men with prostate cancer: a study across seven European countries*. Hentet Mars 14, 2014 fra British Journal of Cancer:  
<http://www.nature.com/bjc/journal/v109/n8/full/bjc2013568a.html>
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter (5.utg)*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Eide, H., & Eide, T. (2011). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk (2.utg)*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- \* Ervik, B. (2012, November). *University of Tromsø - Faculty of Health Sciences, Department of Health and Care Sciences*. Hentet Mai 1, 2014 fra Everyday life with prostate cancer: A qualitative study of men's and spouses' experiences:  
<http://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/4741/thesis.pdf?sequence=2>
- Gamnes, S. (2005). Kjærlighet, nærhet og seksualitet. I N. Jahren Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug, *Grunnleggende sykepleie Bind 3* (ss. 39-78). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1999, Juli 2). *Lovdata*. Hentet Mai 16, 2014 fra Lov om helsepersonell m.v.(Helsepersonelloven) (2014):  
[http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL\\_6#KAPITTEL\\_6](http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_6#KAPITTEL_6)

- \* Helsedirektoratet. (2013, September 16). *Helsedirektoratet*. Hentet April 3, 2014 fra Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av prostatakreft: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonalt-handlingsprogram-med-retningslinjer-for-diagnostikk-behandling-og-oppfolging-av-prostatakreft/Sider/default.aspx>
- \* Hordern, A. (2008, Februar). *Intimacy and Sexuality After Cancer*. Hentet Mars 28, 2014 fra Cancer Nursing: <http://ovidsp.ovid.com/sp-3.12.0b/ovidweb.cgi?WebLinkFrameset=1&S=HKDDPDFKLNHFMIJEFNMKGBCGGEBKAA00&returnUrl=ovidweb.cgi%3f%26Full%2bText%3dL%257cS.sh.22.23%257c0%257c00002820-200803000-00016%26S%3dHKDDPDFKLNHFMIJEFNMKGBCGGEBKAA00&directlink=http%3a%2f>
- \* Huang, C.-Y., Tsai, L.-Y., Tseng, T.-H., Li, C.-R., & Lee, S. (2013, Desember). *Nursing students' attitudes towards provision of sexual health care in clinical practice*. Hentet April 25, 2014 fra Journal of Clinical Nursing: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23651413>
- ICN. (2011, August 9). *Norsk sykepleieforbund*. Hentet April 8, 2014 fra Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)
- \* Isaksen, L. W. (2001). Om angsten for de andres avsky: Inkontinens som et sosialt og kulturelt fenomen. I T. Wyller, *Skam: Perspektiver på skam, ære og skamløshet i det moderne* (ss. 213-242). Bergen: Fagbokforlaget .
- \* K. Harden, J., G. Sanda, M., T. Wei, J., Yarandi, H., Hembroff, L., Hardy, J., et al. (2013, Oktober 31). *Partners' Long-term Appraisal of Their Caregiving Experience, Marital Satisfaction, Sexual Satisfaction, and Quality of Life 2 Years After Prostate Cancer Treatment*. Hentet April 25, 2014 fra Cancer Nurse: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22728952>
- \* Kirkevold, M. (2012 ). *Sygeplejeteorier: Analyse og evaluering (3.utg)*. København: Munksgaard.
- \* Kirkevold, M. (2012). Patricia Benner og Judith Wrubels omsorgsteori. I M. Kirkevold, *Sygeplejeteorier - analyse og evaluering (3. utg)* (ss. 219-237). København: Munksgaard.
- \* Klepp, O. (2005). Svulster i mannlige genitalia. I R. Kåresen, & E. (. Wist, *Kreftsykdommer: En basisbok for helsepersonell (2.utg)* (ss. 229-243). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag .
- \* Kongsmo, T. (1995). *En hatt med slør... : Om omsorgen betydning for sykepleie. En presentasjon av Benner og Wrubels teori*. Otta: TANO AS.

- \* Krefregisteret. (2011). *Krefregisteret*. Hentet Mars 30, 2014 fra Cancer in Norway 2011 - Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway:  
[http://www.krefregisteret.no/Global/Cancer%20in%20Norway/2011/cin2011\\_with\\_special\\_issue-NORDCAN.pdf](http://www.krefregisteret.no/Global/Cancer%20in%20Norway/2011/cin2011_with_special_issue-NORDCAN.pdf)
- \* Krefregisteret. (2014, Mai 13). *Cancer in Norway 2012*. Hentet Mai 14, 2014 fra Krefregisteret:  
[http://www.krefregisteret.no/Global/Cancer%20in%20Norway/2012/CIN\\_2012.pdf](http://www.krefregisteret.no/Global/Cancer%20in%20Norway/2012/CIN_2012.pdf)
- \* Kunnskapsforlaget. (2003). *Norske synonymer blå ordbok*. Oslo: Gyldendal ASA.
- \* Kvåle, R., Auvinen, A., Adami, H.-O., Klint, Å., Hernes, E., Møller, B., et al. (2007, 05 9). *Oxford Journals*. Hentet 04 08, 2014 fra Journal of the national cancer institute :  
<http://jnci.oxfordjournals.org/content/99/24/1881.short>
- Larsen, S. M. (2011). Sykdommer i mannlige kjønnsorganer. I S. Ørn, J. Mjell, & E. (. Back-Gansmo, *Sykdom og behandling* (ss. 444 - 453). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- \* McGlynn, B., Al-Saffar, N., Begg, H., Gurun, M., Hollins, G., McPhee, S., et al. (2004, Desember 1). *Management of Urinary Incontinence Following Radical Prostatectomy*. Hentet April 17, 2014 fra Urologic Nursing:  
<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.hihm.no/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=de1250f9-2ed5-476e-b47a-b4da225413e4%40sessionmgr4004&hid=4209>
- \* NRK. (2014, Mars 10). *Fjernsynsprogram: NRK TV*. Hentet Mars 12, 2014 fra Puls :  
<http://tv.nrk.no/serie/puls/mdhp12001114/10-03-2014>
- Odland, L.-H. (2008). Menneskesyn - Holisme. I B. Brinchmann, *Etikk i sykepleien* (s. 25). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- \* Reitan, A. M. (2010). Kommunikasjon . I A. M. Reitan, & T. K. Schjølberg, *Kreftsykepleie: pasient-utfordring-handling* (ss. 102-119). Oslo: Akribe.
- \* Rondorf-Klym, L., & Colling, J. (2003, Februar). *Online Exclusive*. Hentet Mai 6, 2014 fra Quality of life After Radical Prostatectomy:  
<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=71084b2e-d579-4062-997d-7e35df06c9db%40sessionmgr4003&vid=2&hid=4112>
- \* Saunamäki, N., Andersson, M., & Engström, M. (2009, September 4). *Discussing sexuality with patients: nurses' attitudes and beliefs*. Hentet Mars 25, 2014 fra Journal of Advanced Nursing: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2010.05260.x/pdf>
- Schjølberg, T. (2010). Sykepleie til pasienter med kreft. I U. Knutstad, *Sykepleieboken 3* (ss. 81-131). Oslo: Akribe AS.

- \* Skårderud, F. (2001). Tapte ansikter: Introduksjon til skampsykologi 1. Beskrivelser. I T. Wyller, *Perspektiver på skam, ære og skamløshet i det moderne* (ss. 37-67). Bergen : Fagbokforlaget.
- Støre Brinchmann, B. (2008). Etikk i sykepleien - Innledning. I B. Støre Brinchmann, *Etikk i sykepleien* (ss. 16-17). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- \* Støren, I. (2013). *Bare søk!: Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier (2.utg.)*. Oslo: Cappelen Damm AS.
- \* Sykehuset Innlandet HF. (2014, Mars 17). Prosedyre for radikal prostatektomi. *Prostatectomi - radical*. Hamar, Norge: Sykehuset Innlandet.
- \* Sykehuset Innlandet HF. (2014, Mars 14). *Sykehuset Innlandet HF*. Hentet April 09, 2014 fra <http://www.sykehuset-innlandet.no/aktuelt/nyheter/Sider/mekanisk-operator-pa-hamar.aspx>
- \* Watson, J. (2000). *Male Bodies: Health, Culture and Identity*. Ballmoore: Taylor & Francis Group.
- \* Wedgwood, N. (2009, Desember). *Taylor & Francis Online*. Hentet April 29, 2014 fra Connell's theory of masculinity - its origins and influences on the study of gender: <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/09589230903260001>
- \* White, I., & Heath, H. (2002). *The Challenge of Sexuality in Health Care*. London: Blackwell Science Ltd.
- \* WHO. (1975). *World Health Organization*. Hentet April 6, 2014 fra Sexual and reproductive health: [http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual\\_health/sh\\_definitions/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/)
- \* Wyller, T. (2001). Se det blev fantefølgets jul: Skam og skamløshet mellom integrasjon og selvrealisering. I T. Wyller, *Skam: Perspektiver på skam, ære og skamløshet i det moderne* (ss. 243-263). Bergen : Fagbokforlaget.

## 7 Vedlegg 1

Utvalgte artikkel	Studiens hensikt	Metode
Bente Ervik (2012) «Everyday life with prostate cancer: A qualitative study of men`s and spouses`experiences”	Belyse menns og ektefellers erfaring med prostatakraft i hverdagen og sykdommens betydning i forhold til daglige aktiviteter, kroppslige endringer og det ekteskapelige forholdet.	Kvalitative intervju med 13 menn med prostatakraft og 9 ektefeller. Fenomenologisk og hermeneutisk tilnærming
Søkeord/emneord	Antall treff /database	
Prostate cancer, experience, spouse, partner, everyday life, sexuality, embodiment, humour, life courage, qualitative, nursing, phenomenology, hermeneutic	36 Søk på «prostatakraft» på sykepleien.no fikk opp en artikkel om Bente Ervik sin doktoravhandling. Søkte så videre på forfatternavn i Oria.	
Funn/konklusjon:		
Resultatene viser at det å få prostatakraft opplevdes som en eksistensiell trussel som medførte usikkerhet for framtiden. Følgene av behandlingen hadde betydning for mennenes opplevelse av maskulinitet og for forholdet mellom ektefellene. Begge parter uttrykte stor omsorg for hverandre. Andre kroppslige endringer ble en kilde til usikkerhet og uro, og ledet til refleksjoner knyttet til opplevelsen av å være frisk eller å være syk. Mange menn følte seg overlatt til seg selv hjemme med ubesvarte spørsmål. Ektefellene var sentrale støttespillere for mennene. Samtidig opplevde kvinnene å måtte undertrykke egne behov for støtte for å kunne være støttende for sine ektemenn. Informasjon, fellesskap, oppmuntring, humor og livsmot var sentrale elementer i mestring av dagliglivet for menn og ektefeller.		

Utvalgte artikkel	Studiens hensikt	Metode
McGlynn, et al (2004) “Management of Urinary incontinence following radical prostatectomy”	Hvordan forbedre den preoperative informasjonen til menn med underlivskreft, samt minske insidensen av postoperativ inkontinens	Kvalitativ. Randomisert kontrollert studie hvor 106 pasienter deltok.
<b>Søkeord</b>		<b>Antall treff /database</b>
Preoperative education, urinary incontinence, nursing, patient satisfaction		3 Cinahl
<b>Funn/konklusjon:</b>		
Mer tilpasset informasjon gjorde at pasientene ikke var inkontinente like lenge etter inngrepet, samt at de var mer tilfreds og hadde bedre livskvalitet enn de som ikke hadde fått denne individuelle oppfølgingen.		

Utvalgte artikkel	Studiens hensikt	Metode
LouAnn M. Rondorf-Klym og Joyce Colling (2003) «Quality of life after radical prostatectomy»	Finne psykiske og fysiske faktorer som påvirker livskvaliteten 12-24 måneder etter utført radikal prostatektomi	Kvalitativt studie
<b>Søkeord</b>		<b>Antall treff /database</b>
cancer patients, prostatectomy, sexuality, quality of life		39 Cinahl
<b>Funn/konklusjon:</b>		
Etter radikal prostatektomi vil menns opplevde sosiale støtte, helse og selvfølelse påvirke deres livskvalitet. Videre forskning er nødvendig for å øke forståelsen om menns reaksjoner av bivirkningene behandlingen for radikal prostatektomi kan gi.		

Utvalgte artikkel	Studiens hensikt	Metode
<p>Nina Saunämäki, Matilda Andersson, Maria Engström (2010)</p> <p>«Discussing sexuality with patients: nurses`attitudes and beliefs»</p>	<p>Hensikten med forskningsartikkelen er å studere sykepleieres holdninger og meninger om å diskutere seksualitet med pasienter.</p>	<p>Kvalitativ. Sammenlignende og samsvarende studium fra Sverige. En undersøkelse bestående av 12 påstander med to svaralternativer (enig eller uenig). 100 deltakere, hvorav 88 svarte.</p>
<b>Søkeord/emneord</b>		<b>Antall treff /database</b>
Discussing, nursing, sexuality attitudes		<p>1383 (første artikkel)</p> <p>EBSCOhost Premier Search Academic</p>
<b>Funn/konklusjon:</b>		
<p>Mer enn 90 % av deltagerne forstod at pasientens sykdom og behandling kunne påvirke deres seksualitet. Rundt 2/3 følte seg komfortable med å snakke om seksuelle temaer og var enig i at det er sykepleiers ansvar å oppmuntre pasienten til å snakke om seksuelle bekymringer. Litt over 80 % tok seg likevel ikke tid til å snakke om seksualitet med pasientene og 2/3 var ikke trygge på deres egen evne til å snakke om pasientenes bekymringer. Studie som viser hvor viktig sykepleiere synes det er å snakke om seksualitet, men at hverdagen og følelsen av manglende kunnskap setter en stopper for det. Utdanning er viktig for å bedre sykepleierens evne til å gi å gi pasientene den holistiske omsorgen de trenger.</p>		

Utvalgte artikkel	Studiens hensikt	Metode
<p>J. Cockle-Hearne et al. (2013)</p> <p>«The impact of supportive nursing care on needs of men with prostate cancer: a study across seven European countries»</p>	<p>Prostatakraft er for mange men en kronisk sykdom med en lang forventet levetid etter behandling. Virkningen av terapi etter prostatakraft på menn er blitt godt definert, men har det blitt gitt god nok forklaring på langtidsheffektene i hverdagsperspektiv? Målet med denne studien var å utforske parameterne for udekkede behov og støttende pleie hos menn med prostatakraft i forhold til opplevelsen av sykepleie.</p>	<p>Kvalitativ.</p> <p>Kohortstudie.</p>
<b>Søkeord/emneord</b>		<b>Søkehistorikk</b>
<p>Survivorship, consequences of cancer treatment, nursing, supportive care, prostate cancer.</p>		<p>Kunnskapsegget -&gt; radical prostatectomy -&gt; UpToDate-overview of approach to prostate cancer -&gt; caregiver distress-&gt;medline –denne artikkelen.</p>
<b>Funn/konklusjon:</b>		
<p>Udekkede behov er ikke bare knyttet til sykdommen og behandlingsfaktorer, men er også assosiert med den støttende pleie menn fikk. I tillegg til å fortsette utviklingen rundt selve behandlingen, må oppfordringen videre rundt udekkede behov bli å vurdere tilgangen til sykepleiere og utfallet av mer støttende omsorg gitt, spesielt etter terapi.</p>		



Utvalgte artikkel	Studiens hensikt	Metode
Amanda Hordern (2008) «Intimacy and Sexuality after cancer- A critical review of the literature»	Kritisk analyse av hvordan temaet seksualitet og intimitet blir omtalt i litteraturen hos kreftpasienter.	Kvalitativ. Litteraturstudie
<b>Søkeord/emneord</b>		<b>Antall treff /database</b>
PLISSIT AND Therapy AND systematic		2 PubMed
<b>Funn/konklusjon:</b>		
Få studier utforsker intime problemer som har oppstått etter livstruende sykdom, spesielt når pasienten er eldre enn 65 år. Til tross for å være godt sitert de siste 30 årene, mener artikkelforfatter at PLISSIT- og ALARM modellene er utdatert og etterlyser mer reflekterte og pasientrettede kommunikasjonsformer. Grunnlaget for dette kommer av kliniske retningslinjer og tilbakemeldinger fra pasientene i kvalitativ forskning.		

Utvalgte artikkel	Studiens hensikt	Metode
<p>Janet K.Harden et al (2013)</p> <p>«Partner`s long-term appraisal of their caregiving experience, marital satisfaction, sexual satisfaction, and quality of life 2 years after prostate cancer treatment»</p>	<p>Finne ut om langtidseffekten etter prostatakreft påvirker pasientens partner i form av redusert livskvalitet, seksuell tilfredshet og generelt om de var fornøyd med parforholdet.</p>	<p>Kvalitativ. Studie hvor 121 partnere med snittalder på 60 år deltok.</p>
<b>Søkeord/emneord</b>		<b>Søkehistorikk</b>
<p>Caregivers, family, prostate cancer, quality of live, spouses.</p>		<p>Kunnskapsegget-&gt;radical prostatectomy-&gt; UpToDate-&gt; overview of approach to prostate cancer survivors-&gt;caregiver distress -&gt; MedLine-&gt; denne artikkelen.</p>
<b>Funn/konklusjon:</b>		
<p>Funnene støtter oppunder kunnskapen om at prostatakreft ikke kun påvirker personen som får denne sykdommen, men også partneren/ektefellen. De spurte partnerne har 2 år etter behandling nedsatt livskvalitet samt at de er mindre fornøyd med sexlivet og har mer ekteskapelige problemer. Yngre ser ut til å ha økt fare for redusert livskvalitet i denne situasjonen.</p>		

Utvalgte artikkel	Studiens hensikt	Metode
Anna Bill-Axelson et al (2014) «Radical prostatectomy or watchful waiting in early prostate cancer»	Radikal prostatektomi reduserer dødeligheten hos menn med lokalisert prostatakraft. Studiet ønsker imidlertid å finne svar på viktige spørsmål om den langsiktige nytten av inngrepet.	Kvantitativ. Kohortstudie.
<b>Søkeord/emneord</b>		<b>Antall treff</b>
radical prostatectomy, mortality, prostate cancer, long-term benefit, survivors.		172 (artikkel nr 10) Søk i Oria
<b>Funn/konklusjon:</b>		
Utvidet oppfølging bekreftet en betydelig reduksjon i dødelighet etter radikal prostatektomi. Når behandlingen ble endret i henhold til alder og diagnose/risiko sank dødeligheten for cancer prostata.		

Utvalgte artikkel	Studiens hensikt	Metode
Huang, Tsai, Tseng, Li, Lee (2013) «Nursing student`attitudes towards provision of sexual health care in clinical practice».	Hensikt med studiet er å finne ut hvor komfortable sykepleierstudentene er i å snakke om seksualitet ut ifra PLISSIT-modellen.	Kvalitativ. 146 sykepleierstudenter i sitt siste år i utdanning deltok. Beskrivende tverrsnittstudie.
<b>Søkeord</b>		<b>Antall treff /database</b>
PLISSIT		46 Ovid Nursing
<b>Funn/konklusjon:</b>		
Seksuell helse er en viktig komponent i et holistisk menneskesyn. Sykepleierstudentene var mest komfortable med å snakke om seksualitet på et P og LI- nivå. Hvor komfortable de var, var avhengig av alderen. Jo høyere alder, jo mer komfortable var studentene.		

Utvalgte artikkel	Studiens hensikt	Metode
<p>Nikki Wedgewood (2009)</p> <p>«Connell`s theory of masculinity- its origins and influences on the study of gender»</p>	<p>Litteraturstudie som ønsker å se nærmere på Connells teorier om menn og maskulinitet. Australske Connell er en av de mest kjente innenfor dette feltet.</p>	<p>Litteraturstudie basert på en rekke kilder inkludert to intervjuer med Connell.</p>
<b>Emneord</b>		<b>Antall treff /søkehistorikk</b>
<p>Gender, masculinities theory, Connell, life history, psychoanalysis, cathexis</p>		<p>Artikkel anbefalt og utlevert av veileder i bacheloroppgaven; Kari Kvigne.</p> <p>Vi har også funnet den med direkte søk på <a href="http://www.tandfonline.com">www.tandfonline.com</a></p>
<b>Funn/konklusjon:</b>		
<p>Maskulinitet blir fremdeles fremstilt som et separat tema, for eksempel som et kapittel i en bok om kjønnsidentitet og blir ikke referert til i diskusjoner om psykoanalyse, kropp og forskjeller. Dette ser Connell på som uheldig.</p>		