

Ingvild Jerving (kandidatnr: 10137)
Wilde Hafnor (kandidatnr: 10020)

Hvordan kan sykepleiere i kommunehelsetjenesten fremme helse ved å gi informasjon om seksuelle utfordringer til pasienter med prostatakreft?

Bacheloroppgave i sykepleie
Veileder: Kristian Ringsby Odberg
Mai 2022

Ingvild Jerving (kandidatnr: 10137)

Wilde Hafnor (kandidatnr: 10020)

Hvordan kan sykepleiere i kommunehelsetjenesten fremme helse ved å gi informasjon om seksuelle utfordringer til pasienter med prostatakreft?

Bacheloroppgave i sykepleie

Veileder: Kristian Ringsby Odberg

Mai 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Fakultet for medisin og helsevitenskap

Institutt for helsevitenskap i Gjøvik



Kunnskap for en bedre verden

SAMMENDRAG

Tittel:	Hvordan kan sykepleiere i kommunehelsetjenesten fremme helse ved å gi informasjon om seksuelle utfordringer til pasienter med prostatakreft?	Dato: 26.05-2022
Forfattere:	Ingvild Jerving Wilde Hafnor	
Veileder(e):	Kristian Ringsby Odberg	
Stikkord/nøkkelo rd (3-5 stk.)	Prostatakreft, seksualitet, seksuell dysfunksjon, informasjon, livskvalitet	
Antall sider/ord: sider: 44 Ord: 10 111	Antall vedlegg: 0	
<p>Introduksjon: Prostatakreft er den vanligste kreftsykdommen hos menn i Norge. Seksuell dysfunksjon er en kjent bivirkning både av kreften i seg selv og av kreftbehandlingen. Denne bivirkningen påvirker livskvaliteten og mestringsevnen i en negativ grad. Likevel er det liten åpenhet rundt dette temaet og pasientene opplever å få utilstrekkelig informasjon.</p> <p>Hensikt: Belyse hvordan sykepleieren gir informasjon om seksualitet og seksuell dysfunksjon som en bivirkning til pasienter med prostatakreft. Samt undersøke hvordan sykepleieren kan ta opp temaet med pasienten og hvorfor dette er utfordrende.</p> <p>Metode: Oppgaven er basert på litteraturstudie med en kvalitativ forskningsmetode ved bruk av enkeltintervjuer, gruppeintervjuer og data innhentet fra andre forskninger.</p> <p>Resultat: Flertallet av pasienter med prostatakreft opplever at seksuell dysfunksjon ikke blir snakket om i helse- og omsorgstjenesten. Resultatene viser at informasjon fra sykepleieren kan forbedres da liten tid, mangel på repetisjon og komplisert språk bidrar til kommunikasjonsvikt. Dette reduserer mestringsevnen og livskvaliteten til pasienten. Sykepleieren mangler kunnskap og er usikre på hvordan de kan tre frem.</p> <p>Konklusjon: Sykepleieren trenger mer opplæring og kunnskap om hvordan bivirkningene til prostatakreft og prostatakreftbehandling berører mannens seksualitet. Først da kan sykepleieren klare å gi den beste omsorgen til pasientene slik at de grunnleggende behovene blir ivaretatt. Sykepleieren kan på den måten fremme helsen og gi økt livskvalitet og mestring til pasienten. PLISSIT-modellen og “The Good Enough Sex”-modellen er relevante verktøy for sykepleieren å anvende.</p>		

ABSTRACT

Title:	How can nurses in the health care system in the counties improve health by giving information about sexual challenges to patients with prostate cancer?	Date: 26.05-2022
Authors:	Ingvild Jerving Wilde Hafnor	
Supervisor(s)	Kristian Ringsby Odberg	
Keywords (3-5)	Prostatic neoplasms, sexuality, sexual dysfunction, information, quality of life	
Number of pages/words:	Number of appendix: 0	
pages: 44, word: 10 111		
<p>Introduction: Prostate cancer is the most common cancer type among men in Norway. Sexual dysfunction is a known side effect of cancer and cancer treatment. This side effect affects the quality of life and the coping ability negatively. However, there is little openness about this topic and the patients experience insufficient information.</p> <p>Purpose: Illuminate how the nurse gives information about sexuality and sexual dysfunction as a side effect of patients with prostate cancer. As well as investigate how the nurse can address this topic with the patient and why it is challenging to do so.</p> <p>Method: The thesis is based on a literature study with a qualitative study method by using individual interviews, group interviews and data collected from another study.</p> <p>Results: Most of the patients with prostate cancer experience sexual dysfunction did not talk about withing the health care system. The results show that information from the nurse can improve because little time, the lack of repetition and complicated language contribute to communication failure. This reduces the coping ability and quality of life of the patient. Nurses lack knowledge and are unsure how to go about this topic.</p> <p>Conclusion: The Nurse need more training and knowledge about how the side effects of prostate cancer and prostate cancer treatment affect the man's sexuality. Only then can the nurse give the best care to the patients to the degree that the fundamentals of care are taken care of. The nurse can promote health, increase quality of life and coping this way. The PLISSIT-model and The Good Enough Sex-model are relevant tools for the nurses to use.</p>		

1. Innledning	1
2. Bakgrunn:.....	3
2.1 Prostata og prostatakraft.....	3
2.2 Seksualitet og seksuell helse	3
2.3 Grunnleggende behov og sykepleierens funksjon.....	4
2.4 Mestring og livskvalitet.....	4
2.5 Informasjon og kommunikasjon	5
2.6 Bakgrunn for valg av tema	7
3. Studiens hensikt og problemstilling.....	8
3.1. Presentasjon av problemstilling	8
4. Metode	9
4.1. Søkestrategi:	9
4.2. Presentasjon av artiklene	14
4.3. Kildekritikk:	21
4.4. Etiske overveielser	22
5. Analyse	23
6. Resultater	24
6.1 Informasjon om kreftdiagnosen	24
6.2. Informasjon om seksuell dysfunksjon og pasientens opplevelse av seksualitet	24
6.4 Psykososiale behov og påvirkningen av livskvalitet og mestring.....	25
7. Diskusjon	27
8. Hvordan kan dette brukes i dagens praksis av sykepleie?	35
9. Konklusjon.....	36
Litteraturliste:.....	37

1. Innledning

I 2020 ble 5030 menn diagnostisert med prostatakraft i Norge. Av disse er det forventet en overlevelsesrate på 95,7 % etter fem år (Kreftforeningen, 2021). Dette indikerer at det er mange menn som må leve med sykdommen og ettervirkningene av den.

Seksuell dysfunksjon er en kjent bivirkning og ettervirkning av prostatakraftbehandling og mange menn opplever at det er vanskelig å ta opp dette temaet med sykepleieren. (Prostatakraftforeningen, u.å. a; Waxman, 1993). Sykepleiere mener også at dette er et viktig tema å ta opp, men undersøkelser viser at det i stor grad blir ignorert i helse- og omsorgstjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

Seksualitet og seksuell dysfunksjon er generelt sett et tabubelagt tema i samfunnet og det finnes ingen nasjonale retningslinjer om hvordan sykepleieren skal tilnærme seg dette. Helse- og omsorgsdepartementet har derfor lagt fram en nasjonal strategi for seksuell helse for å belyse viktigheten av dette (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Strategien legger vekt på at både pasienten og helsepersonell skal se på seksualitet som en helsefremmende ressurs slik at god livskvalitet og god helse blir fremmet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

God kommunikasjon i form av tilpasset og tilstrekkelig informasjon er helsefremmende for pasienten da det kan gjøre pasientens situasjon mer håndterbar (Eide og Eide, 2018). Åpenhet, positive holdninger, kunnskap og informasjon er derfor viktig for å hjelpe pasienten å oppleve mestring og kontroll over egen seksualitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Dette gjøres gjennom å informere pasienten på en empatisk og støttende måte (Helland, 2015). Å gi informasjon til pasienten er begrunnet med både lovverk og etiske retningslinjer og er dermed en sentral del av sykepleieutøvelsen (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011; Helsepersonelloven, 1999).

Kommunikasjonssvikt kan forekomme ved mangelfull og utilstrekkelig informasjon (Heyn, 2015). Sykepleieren har manglende kompetanse rundt det å snakke om seksualitet og seksuelle utfordringer. Dette kan føre til redusert livskvalitet og at seksuell helse som en ressurs blir glemt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). En undersøkelse utført i 2014, viser at 90 % av ansatte i Sykehuset Innlandet HF ikke har nok grunnleggende kunnskap til å kunne snakke om seksualitet med pasienter ut ifra grunnutdanningen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). For

at sykepleieren skal kunne ta opp dette i møte med pasienten, må kunnskap og bevissthet rundt dette være til stede. Ved å anvende ulike verktøy som PLISSIT-modellen og “The Good Enough Sex”-modellen kan sykepleieren gi råd og informasjon om seksualitet og seksuelle utfordringer. På denne måten kan sykepleieren hjelpe pasienten til å ta en mer aktiv rolle i egen situasjon og autonomien (selvbestemmelsesretten) blir da ivaretatt (Helland, 2015).

Flere menn blir diagnostisert med kreft hvert år (Kreftforeningen, u.å. b). Derfor er dette sykepleiefaglig relevant da dette indikerer at sykepleieren oftere kommer til å møte kreftpasienter i kommunehelsetjenesten. Ved manglende åpenhet rundt seksuell helse og utilstrekkelig informasjon om seksuell dysfunksjon kan pasientens mestringsfølelse, livskvalitet og psykisk helse bli redusert (Helland, 2015). Kommunehelsetjenesten er den sektoren i helsevesenet som har ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid. I tillegg kan sykepleierne i kommunen, gjennom god kompetanse, møte pasientens krav på en bedre måte (Meld. St. 47 (2008-2009)). Dette er bakgrunnen for valget av tema.

2. Bakgrunn:

2.1 Prostata og prostatakraft

Prostata er en liten kjertel på størrelse med en valnøtt som ligger under urinblæren og rundt urinrøret til mannen (Helsenorge, 2019). Denne kjertelens hovedfunksjon er å frigjøre væske til urinrøret under sædutløsning (Norsk helseinformatikk, 2014).

Alle celler driver en kontrollert celledeling, men når dette skjer ukontrollert, er det ondartet kreft, også kalt malign tumor (Bertelsen, Hornslien og Thoresen, 2016). Ved prostatakraft skjer dette i prostatakjertelen (Felleskatalogen, 2020). Hvert år får rundt 5000 menn denne diagnosen. Gjennomsnittsalderen på pasientene er 60 år, men i 2020 var det omtrent 60 menn som fikk diagnosen så tidlig som i 40-50 års alderen (kreftforeningen, u.å. b).

Prostatakraft vokser langsomt og det kan ta flere år før pasienten kjenner symptomer. Symptomene oppstår når kreften klemmer på urinrøret og pasienten får utfordringer med vannlatning og smerter ved utløsning under samleie (Helsebiblioteket, 2020). Redusert seksualitet og seksuelle problemer (seksuell dysfunksjon) er ofte en konsekvens av diagnosen i seg selv, men også en konsekvens av kreftbehandlingen (Prostatakraftforeningen, u.å. b). Strålebehandling og kirurgi kan påvirke nervene og hormonbehandling reduserer testosteronnivået i kroppen og påvirker både ereksjonen og sexlysten (Kreftforeningen u.å. d). Omtrent 91 % av alle menn med prostatakraft opplever redusert seksuell helse knyttet til prostatakraften (Rolland og Jensen, 2020).

2.2 Seksualitet og seksuell helse

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer helse på denne måten: «*en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære, og ikke bare fravær av sykdom eller lidelse*» (Regjeringen, 2022). Dette har sammenheng med seksuell helse som handler om ulike aspekter innenfor sosialt, fysisk, emosjonelt og psykisk velvære (Helsedirektoratet, 2021). Seksuell helse kan relateres til seksualitet som handler om glede, intimitet, reproduksjon, kjønnsidentitet og seksuell orientering (Helsedirektoratet, 2021). Det betyr med andre ord ikke bare samleie, men det inkluderer også nærhet, bekreftelse, ømhet og fortrolighet. Det blir påvirket av blant annet

sosiale, kulturelle, etiske, religiøse og psykologiske faktorer. Dette er noe man har med seg gjennom hele livet og er noe som forandres gjennom ulike livsfaser (Helland, 2015). Waxman (1993) påpeker at sykepleieren må minne pasientene på at det også finnes andre måter å uttrykke seksualitet på enn samleie, som blant annet nærhet og intimitet. Over halvparten av personer i alderen 60-69 år har regelmessig samleie. I tillegg er omtrent 25 % av eldre over 75 år fortsatt seksuelt aktive, til tross for at kjønnshormonene går kraftig ned med alderen (Blix og Breivik, 2006).

2.3 Grunnleggende behov og sykepleierens funksjon

Seksualitet er en integrert del av det å være menneske og er en del av menneskers grunnleggende behov (Blix og Breivik, 2006). Virginia Henderson definerte grunnleggende behov som behov som er så iboende og fundamentale at det gjelder for alle mennesker. Disse behovene omhandler både fysiske behov som å spise og drikke, men også psykiske, sosiale og åndelige behov som å oppnå mestring og uttrykke følelser (Mathisen, 2015). Dette kommer til uttrykk på ulike måter fra menneske til menneske og er utgangspunktet for god sykepleieutøvelse. Sykepleieren må vurdere og identifisere hvordan disse behovene tiltar og påvirker den enkelte pasient og på en slik måte kartlegge hvilke behov pasienten har for sykepleie (Mathisen, 2015; Stordalen, Grasaas og Hovland, 2005). Henderson mente at sykepleierens enestående funksjon var å hjelpe mennesket til å gjenvinne helse, forebygge sykdom eller til en fredfull død. Dette innebærer at sykepleieren skal hjelpe pasienten å ta vare på dens grunnleggende behov og styrke pasientens kunnskap, styrke og vilje (Mathisen, 2015).

2.4 Mestring og livskvalitet

En kartlegging av grunnleggende behov må sees i sammenheng med pasientens ressurser og mestringsevne (Stordalen, Grasaas og Hovland, 2005). Mestring handler om hvordan man klarer å møte belastende livssituasjoner (Reitan, 2011). Når man møter på belastende livssituasjoner, bruker man mestringsstrategier. Dette er strategier som hjelper pasienten til å bevare selvbilde, personlig kontroll og å finne en mening (Reitan, 2011).

Mestringsbegrepet er tett knyttet sammen med livskvalitetsbegrepet. Å vurdere kreftpasientens livskvalitet er viktig for å kartlegge og tilpasse sykepleien gjennom hele sykdomsforløpet. Slik skaper sykepleieren en helhetlig forståelse av pasienten (Rustøen, 2011). Carol Ferrans definerte livskvalitet som «*en persons følelse av tilfredshet eller utilfredshet med de områdene i livet som er viktig for en*» (Rustøen, 2011, s. 33). Hun delte begrepet inn i fire funksjoner: helse og fysisk funksjon, psykisk og åndelig funksjon, sosioøkonomisk funksjon og familiefunksjon. Herunder nevner hun blant annet seksualitet, tilfredshet med livet, måloppnåelse, følelser, selvbilde, stress og usikkerhet, mestringsfølelse, arbeid og sosiale relasjoner. Uansett hvilke situasjoner pasienten er i, kan sykepleieren alltid styrke pasientens livskvalitet (Rustøen, 2011). Ralph, et al. (2020) så at de pasientene som har avansert prostatakreft har lavere livskvalitet, høyere risiko for psykisk stress og økt selvmordsrisiko enn pasienter med prostatakreft uten spredning.

Stigmatisering er negative holdninger og reaksjoner på en sykdom som kan påvirke livskvaliteten negativt. Goffman definerte det som en persons egenskap som blir opplevd som nedvergende fra pasienten selv og samfunnet. Dette skaper flere negative reaksjoner fra samfunnet og pasienten opplevde redusert selvbilde, sosial isolasjon, ensomhetsfølelse og mindreverdighetsfølelse. (Norvoll, 2013).

2.5 Informasjon og kommunikasjon

Tilgang til informasjon, kunnskap og undervisning om seksuell dysfunksjon og seksualitet er grunnleggende for å gi pasienten mestringskompetanse og kontroll over egen seksuell helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Kommunikasjon er en type samhandling der hensikten er å føre informasjon fra en person til en annen, både verbalt og nonverbalt samt skriftlig og muntlig (Heyn, 2015). Det er flere faktorer som påvirker informasjonen som blir gitt: senderen, innholdet, måten informasjonen blir gitt og den endelige mottakeren (Håkonsen, 2015). I sykepleierens yrkesetiske retningslinjer står det at sykepleieren skal sikre at tilstrekkelig og tilpasset informasjon blir gitt slik at pasienten har mulighet til å ta et selvstendig valg (Norsk sykepleierforbund, u.å). Dette står også nevnt i pasient- og brukerrettighetsloven og helsepersonelloven (Helsepersonelloven, 1999; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

For at sykepleieren skal oppnå en god relasjon med pasienten, må de forstå hverandre og fokusere på atferd og kontekst gjennom samhandling (Heyn, 2015). Ralph, et al. (2020) forklarer korrelasjonen mellom psykologisk støtte og livskvalitet i henhold til Ferrans definisjon av begrepet. Denne sammenhengen viser at sykepleierens mangel på kunnskap om hvordan man leverer budskapet reduserte mannens opplevelse av helsetjenesten og dermed også hans livskvalitet (Ralph, et al. 2020).

Kommunikasjon og informasjon må ligge til grunn for at interaksjonene mellom pasient og sykepleieren kan gjennomføres. Ved å gi pasienten informasjon kan sykepleieren bekrefte og normalisere utfordringene pasienten opplever. Seksualitet er et tabubelagt tema i helse- og omsorgstjenesten (Waxman, 1993). Pasientene opplever at sykepleieren gir manglende informasjon om sykdommens innvirkning på seksuallivet (Helland, 2015). Mangelfull og uforståelig informasjon kalles kommunikasjonssvikt (Heyn, 2015). Selv om 86 % av alle norske prostatakreftpasienter får en form for seksuell dysfunksjon, er det et fåtall av pasientene som visste om denne bivirkningen (Prostatakreftforeningen, u.å. a). Pasienten har rett til å få nødvendig informasjon om helsetilstanden og helsetilbudene, inkludert risiko og bivirkninger (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Samtidig skal sykepleieren sørge for at pasienten får nødvendig og tilpasset informasjon slik at han kan ta et selvstendig valg og autonomien til pasienten blir ivaretatt (Norsk Sykepleierforbund, u.å.)

For at sykepleieren skal klare å følge lovens bestemmelser må de ha både kunnskap og kompetanse. De må ha kompetanse både om situasjonen pasienten befinner seg i, men også kompetanse om de etiske retningslinjene til sykepleieren (Lillestø, 2011). Kompetanse betyr at man både har kunnskap og ferdigheter spesifikt knyttet opp mot utøvelsen av et yrke (NOU, 2018:2). Den som utøver helsehjelpen, skal ikke utføre arbeid som overskrider sin egen kompetanse. Dette står i helsepersonelloven og omhandler kravet om faglig forsvarlighet (Helsepersonelloven, 1999).

Waxman (1993) nevner at sykepleieren må være klar over at mange pasienter ikke nødvendigvis kommer til å ta opp sexrelaterte spørsmål på grunn av sjenanse. Mange sykepleiere opplever også at det er vanskelig å snakke om seksualitet og seksuelle problemer da det er mangel på kunnskap og retningslinjer om dette (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

Det finnes ulike verktøy som sykepleieren kan bruke for å tilnærme seg dette samtaleemnet på. PLISSIT-modellen skal hjelpe sykepleieren å gi tilpasset informasjon og råd om seksualitet til pasienten. PLISSIT står for “permission”, “limited information”, “specific suggestions” og “intensive therapy” (Helland, 2015). Denne modellen kan også anvendes til prostatakreftpasienter. En annen modell er “The Good Enough Sex”-modellen, som fokuserer på å gi pasienten og deres pårørende realistiske forventninger til seksuallivet gjennom sykdommen og behandlingen (Metz og McCarthy, 2007).

2.6 Bakgrunn for valg av tema

Menns helse har med årene blitt et mer omtalt tema i samfunnet. Både organisasjonen *Movember* og Kreftforeningens *Menn snakk om det*- kampanje oppfordrer menn til større åpenhet rundt egen helse (Kreftforeningen, u.å. a; Movember, u.å). Med slike kampanjer og organisasjoner har det blitt lettere for menn å være åpne om diagnosen uten å føle skam.

Vi opplever derimot at seksualitet, seksuell helse og seksuell dysfunksjon blir lite snakket om i dagens samfunn og fortsatt trengs å normaliseres. Gjennom egne erfaringer, både gjennom praksis i sykepleiestudiet og med nære relasjoner som har kreft, har vi opplevd at seksualitet sjeldent blir tatt opp som et tema. Vi opplevde at kommunehelsetjenesten og kreftsykepleiere avviste seksualitet som et samtaleemne, selv om sykepleierne bekreftet at det var et viktig tema. Sykepleierne visste også at slike samtaler bidro til å styrke pasientens mestringsevne og livskvalitet.

I denne oppgaven tar vi for oss hva sykepleieren i kommunehelsetjenesten kan gjøre for å bedre kommunikasjonsgivingen om seksualitet til pasienter med prostatakreft. Med dette mener vi sykepleiere som har direkte kontakt med kreftpasienter og ikke andre instanser som for eksempel helsesykepleier.

3. Studiens hensikt og problemstilling

Hensikten med denne oppgaven er å undersøke hvordan sykepleieren gir informasjon om seksualitet og seksuell dysfunksjon til pasienter med prostatakraft. Oppgaven skal utforske hvordan dette kan påvirke pasientens grunnleggende behov, livskvalitet og mestring. Målet med oppgaven er å avdekke hvordan sykepleieren kan forbedre kommunikasjon og informasjon om seksualitet og seksuell dysfunksjon for å ivareta pasienten på best mulig måte.

3.1. Presentasjon av problemstilling

Problemstillingen som skal besvares er:

Hvordan kan sykepleieren i kommunehelsetjenesten fremme helse ved å gi informasjon om seksuelle utfordringer til pasienter med prostatakraft?

4. Metode

En metode er en systematisk framgangsmåte for å samle inn informasjon og kunnskap som belyser en problemstilling (Thidemann, 2020). Denne oppgaven baserer seg på et strukturert litteratursøk i ulike forskningsdatabaser. Hensikten med en litteraturstudie er å samle inn, kritisk vurdere og sammenfatte temaet. På denne måten får leseren god og oppdatert kunnskapsforståelse rundt problemstillingen og hvordan man har kommet frem til den. Et slikt søk innebærer å planlegge, begrunne, dokumentere og etterprøve søket. (Thidemann, 2020).

4.1. Søkestrategi:

Det ble anvendt PICO-skjema for å systematisere og effektivisere søkestrategien (Thidemann, 2020). Kolonnen «Comparison» ble ekskludert i dette søket da dette hadde liten aktualitet.

Tabell 1: Pico-skjema

Pasient/Problem	Intervensjon	Comparison	Outcome/ resultatet
<ul style="list-style-type: none">- Prostatic neoplasms- Neoplasms in men- Sexual dysfunction- Erectile dysfunction- Sexuality	<ul style="list-style-type: none">-Information- Oncologic nursing- Treatment		<ul style="list-style-type: none">- Quality of life- Fundamentals of care

For å finne artikler som tilfredsstillende temaet og problemstillingen vår, gjorde vi et strukturert søk i databasene Cinahl, MedLine og Embase. Vi valgte disse databasene da de inneholder sykepleierelevante forskning.

Vi brukte søkeordet “prostatic neoplasms” for å spesifisere søket til diagnosen vår, altså prostatakreft. Deretter søkte vi på “sexuality”, “erectile dysfunction” og “sexual dysfunction” og kombinerte de med OR. Disse søkeordene skulle få fram seksualitet da det er en bivirkning av prostatakreft og kreftbehandlingen. Vi ønsket også å få fram sykepleieperspektivet og søkte derfor på “oncologic nursing”. For å få fram flere perspektiver innen dette feltet kombinerte vi “Information”, “Quality of life”, “fundamentals of care” og “treatment” med OR. Til slutt kombinerte vi alle søkeordene med AND og fikk totalt 48 resultater; 10 i MedLine, 17 i Embase og 21 i Cinahl. Etter noen justeringer ble det endelige søket utført 12. Mai 2022.

Med utgangspunkt i resultatene i det strukturerte søket, begynte vi å lete etter relevante artikler. Først så vi på overskriftene til artiklene. Dette sa noe om hva den aktuelle studien handlet om. Vi ekskluderte flere artikler allerede i denne prosessen, blant annet artikler som satte søkelys på partnerens livskvalitet og partnerens syn på situasjonen. Da vi fant noen relevante artikler, så vi etter IMRAD-struktur med spesielt fokus på en god metode. En beskrivende metode forteller at forskningen er foretatt på en systematisk og kvalitetssikker måte (Dalland, 2012). Artikler med kort og lite beskrivende metode, ble derfor ekskludert. Om tidsskriftet var fagfellevurdert, var også et viktig kriterium for oss. Fagfellevurdering innebærer at eksperter på det aktuelle temaet vurderer og godkjenner funnene som blir presentert i den aktuelle studien (Dalland, 2012). Også her ekskluderte vi flere artikler, blant annet journal articles, study protocols og artikler som ikke hadde fagfellevurdert tidsskrift. Deretter vurderte vi abstraktet, hensikten, resultatet og den sykepleiefaglige relevansen. Sykepleiefaglig relevans ble både knyttet opp mot det faglige i artiklene, men også ut ifra hvilke land studien ble gjennomført i. Ikke alle land kunne knyttes opp mot norske forhold, som for eksempel Kina som har mer teknologi og et annet helsesystem enn Norge, disse ble derfor ekskludert.

Til slutt fant vi 5 artikler som belyser seksualitet og seksuell dysfunksjon knyttet til pasienter med prostatakreft. Artiklene blir beskrevet ut ifra en kronologisk rekkefølge gjennom et pasientforløp. Første artikkel snakker om lavrisiko-kreft hos pasienter som fikk diagnostisert prostatakreft for om lag et år før studien ble gjennomført (Davison, et al. 2009). Andre, tredje og fjerde artikkel, beskriver situasjonen under behandlingen (Athlin, et al. 2018; Buote, et al. 2020; Westman, Bergenmar og Andersson, 2006). Den siste artikkelen forteller om opplevelser og erfaringer som pasienter med langtkommen prostatakreft har (Carter, et al. 2011).

To av artiklene vi fant, inkluderte også andre krefttyper som kolorektalkreft, brystkreft og prostatakreft (Athlin, et al. 2018; Westman, Bergenmar og Andersson, 2006). Ved å inkludere andre krefttyper kan man få et bredere perspektiv ved å sammenligne og overføre de samme bivirkningene og utfordringene. Med andre ord gjelder ikke seksuell dysfunksjon bare for prostatakreft, det gjelder også for andre krefttyper.

Tre av fem artikler snakker om at kommunikasjonen og informasjonen fra sykepleierne og til pasienten, er for dårlig og for lite informativ (Buote, et al. 2020; Carter, et al. 2011; Westman, Bergenmar og Andersson, 2006). Det er bare en av artiklene som beskriver positive opplevelser og god informasjon fra sykepleierne (Davison, et al. 2009). Samtidig er det en artikkel som beskriver både gode og dårlige opplevelser, og forhold som påvirker hvordan mottakeren opplevde dette. Det blir snakket om ulike kommunikasjonsmetoder og kommunikasjonsutfordringer som påvirker pasientens opplevelse av seksualitet og seksuell dysfunksjon (Athlin, et al. 2018).

Alle artiklene er basert på kvalitative forskningsmetoder (Athlin, et al. 2018; Buote, et al. 2020; Carter, et al. 2011; Davison, et al. 2009; Westman, Bergenmar og Andersson, 2006). Kvalitativ forskning omhandler forståelse og kunnskap rundt menneskelige egenskaper slik som opplevelser, erfaringer, meninger, forventninger, holdninger, tanker, motiv og ulike nyanser. Med dette kan man utforske dynamiske prosesser som samhandling, utvikling og helhet. Dette blir oftest gjort ved bruk av intervju, feltarbeid, dokumentasjonsanalyse og observasjoner. Formålet med dette er å få dybdekunnskap og datainnsamlingen baserer seg på få deltakere som har mange opplysninger (Thidemann, 2020). Fire av fem artikler var baserte på intervju gjort av forskerne i studien (Buote, et al. 2020; Carter, et al. 2011; Davison, et al. 2009; Westman, Bergenmar og Andersson, 2006). Studien til Athlin, et al. (2018) var derimot basert på en eksplorativ forskning med innhenting av data fra andre forskningsstudier. Vi tok utgangspunkt i denne forskningsmetoden for å få fram pasientperspektivet. Dermed får vi et konkret svar på hvordan sykepleierne kan forebygge og fremme helse for prostatakreftpasienter og de seksuelle utfordringene dette medfølger.

Kvantitativ forskning derimot baserer seg på eksakt faktakunnskap, altså mer harde fakta og konkrete tall. Meningen med denne type forskning er å få mer breddekunnskap, med et formål om å se tydelige mønster, statistikk, et årsak-virknings-forhold og/eller en gjentakingsprosess. Dette er da basert på flere deltakere med få opplysninger (Thidemann, 2020). Det hadde også vært mulig og tatt med denne type forskning i oppgaven, da man kunne sett statistikk for hvor mange som har samme erfaring eller mening. Det begrenser derimot muligheten for utdyping og man får ikke fram nok opplysninger til å få konkrete sykepleietiltak. Denne type forskning ble derfor ekskludert i oppgaven da den ikke egner seg til å svare på problemstillingen.

4.2 Søkehistorikk

Det er ikke alle MeSH-termer som finnes i alle databasene, så vi har derfor forsøkt å finne alternative søkeord og er årsaken til at flere ruter står tomme.

Tabell 2: Søkehistorikk

Søkeord	MedLine	Embase	Cinahl
1. Sexual dysfunction physiological OR sexual dysfunction psychological	37117	103262	
2. Sexual dysfuncton, male			8932
3. Erectile dysfunction	20371	33263	5005
4. Sexuality	46794	295212	40616
5. 1 OR 3 OR 4	82218	370524	
6. 2 OR 3 OR 4			480309
7. Prostatic neoplasms	142317	271187	34200
8. Neoplasms in men (KW)	35	42	7
9. 7 OR 8	142346	271221	34207
10. Oncology nursing	8267	8438	
11. Oncologic nursing			17932
12. Information (KW)	1484961	2191936	600878
13. Quality of life	241482	579231	139249
14. Fundamentals of care (KW)	108	108	101
15. Treatment (KW)	5474865	7769412	1227967
16. 12 OR 13 OR 14 OR 15	6843817	9796669	1829807
17. 5 AND 9 AND 10 AND 16	10	17	
18. 6 AND 9 AND 11 AND 16			21
19. Endelige funn	10	17	21

4.2. Presentasjon av artiklene

Under blir artiklene kort presentert.

Tabell 3: Påvirkningsfaktorer, delaktighet og informasjon

Referanse:	Davison, J., Oliffe, J., Pickles, T., Mroz, L. (2009) Factors Influencing Men Undertaking Active Surveillance for the Management of Low-Risk Prostate Cancer. <i>Oncology Nursing Forum</i> , 36(1), s. 89-97. Doi: 10.1188/09.ONF.89-96
Hensikt/ problemstilling:	Hensikten med denne studien var å identifisere og forstå faktorene som påvirket pasienten til å ta en aktiv del i behandlingsavgjørelsen. Dette omhandler pasienter som nylig fikk diagnostisert lav-risiko prostatakraft. Forskerne ønsket også å beskrive erfaringene disse mennene har med oppfølgingen og informasjonen knyttet til deres framtidige valg av behandling.
Metode:	Kvalitativ metode i form av semistrukturerte intervju med varighet på 45-60 minutt. 25 menn med lavrisiko prostatakraft som var bekreftet av legen og klinisk bekreftet med PSA under 10, Gleason score under 6 og et klinisk stadium på T1c, T2a eller T2b. Gjennomsnittsalderen var 66 år og pasientene hadde hatt diagnosen i 1-2 år. Intervjuene ble transkribert og anonymisert. Studien var etisk godkjent av 2 akademiske og kliniske institutt i Canada.
Resultat/ drøfting:	Deltakerne hadde ulike påvirkningsfaktorer: legen, partnere, venner, media og internett. I all hovedsak var det legen som hadde mest autoritet og makt til å påvirke deltakernes valg. Partnere påvirket deltakerne på en positiv måte med god støtte og omsorg. Media, venner og internett ble sett på som en negativ påvirkningskraft da det ble et stort fokus på de negative bivirkningene, som blant annet seksuell dysfunksjon. Dette førte til at de fleste avstod fra behandling i dette stadiet. Dersom deltakerne ønsket å ta en aktiv del i behandlingsavgjørelsene og trengte informasjon, ble de henvist til et opplæringscenter av sykepleieren og annet

	helsepersonell. Her fikk de god skriftlig og muntlig informasjon og deltakerne følte seg ivaretatt.
Egne kommentarer:	Denne studien er over 10 år gammel, men vi ser den fortsatt som relevant på grunn av de tankene og refleksjonene som kommer fram. Studien er etisk godkjent av to akademiske og kliniske institutter, men vi finner ikke om den er etisk godkjent av en komité, selv om det kan tenkes.

Tabell 4: Eksistensielle refleksjoner hos kreftpasienter

Referanse:	Westman, B., Bergenmar, M. og Andersson, L. (2006) Life, Illness and Death – Existential Reflectons of a Swedish Samle og Patients who have Undergone Curative Treatment for Breast or Prostatic Cancer. <i>European Journal of Oncology</i> , 10(3), s. 169-176. DOI: 10.1016/j.ejon.2005.06.002
Hensikt/ problemstilling:	Hensikten med studien var å beskrive de eksistensielle refleksjonene kreftpasienter har og hvordan disse refleksjonene blir møtt av helsepersonell. Forskerne hadde fire forskings spørsmål som de tok utgangspunkt i: 1) Hva slags eksistensielle problemer kan oppstå etter en kreftdiagnose? 2) Hvilke hovedtemaer gikk igjen hos disse pasientene? 3) I hvilken grad ga pasientene utrykk for behovet til å diskutere eksistensielle spørsmål med helsepersonell? 4) Hvordan møtte helsepersonell behovene til pasientene?
Metode:	Kvalitativ metode i form av enkeltintervjuer som ble transkribert. Fem menn med prostatakraft og fem og kvinner med brystkreft deltok i studien. Gjennomsnittsalderen var 65 år og de deltok i studien 1 ½- 3 ½ år etter at de fikk diagnosen. I tillegg måtte ha mottatt kurativ behandling før studiens oppstart. Det etiske perspektivet ble diskutert før studien startet med tanke på at eksistensielle problem er svært personlige. Forskerne forsikret deltakerne om at studien var frivillig og at det var

	mulig å trekke seg når som helst. Studien er godkjent av den etiske komité ved Karolinska instituttet i Sverige.
Resultat/ drøfting:	De eksistensielle refleksjonene ble delt inn i tre kategorier; livet, sykdommen og døden. Det ble det delt inn i flere underkategorier; meningen med livet, Gud/høyere makt, helse, arbeid og relasjoner, årsaker til kreften, behandlingen, seksualitet og livet etter døden. Seksuell dysfunksjon ble tatt opp som en negativ bivirkning av både kreften i seg selv og kreftbehandlingen. Flere av mennene fikk i tillegg såpass redusert livskvalitet av dette at de ikke så mening med livet lenger. Å miste prostataen opplevdes som å miste maskuliniteten og deler av livet, kontroll over kroppen og muligheten til å tilfredsstille partneren. Deltakerne gikk hovedsakelig til familie og venner for å reflektere rundt eksistensielle spørsmål. De fleste følte ikke behov for å ta opp dette temaet med sykepleierne og var fornøyde med omsorgen og støtten de fikk fra helsepersonellet. Derimot hadde andre store behov for støtte, tillit og kontinuitet i tjenesten og opplevde liten respons fra sykepleierne og helsetjenesten.
Egne kommentarer:	Selv om denne artikkelen er over 10 år gammel ser vi den fortsatt som relevant. Dette fordi at disse tankene og refleksjonene som mange har i forhold til kreft fortsatt er relevant i kreftomsorgen.

Tabell 5: Stigmatisering og redusert maskulinitet

Referanse:	Buote, R., Cameron, E., Collins, R., McGowan, E. (2020) Understanding Men's Experiences With Prostate Cancer Stigma: A Qualitative Study. <i>Oncology Nursing Forum</i> , 47(5), s. 577-585. DOI: 10.1188/20.ONF.577-585
Hensikt/ problemstilling:	Hensikten med denne studien var å undersøke og få en bredere forståelse av erfaringene og perspektivene menn hadde på prostatakreft og stigmatisering som kan følge. Forskerne ville forstå effekten

	prostatakreftdiagnosen hadde på menns liv, deres parforhold, det sosiale aspektet og stigmatiseringen som man kan oppleve.
Metode:	Kvalitativ studie i form av semistrukturerte intervju. Elleve menn som mottok kurativ behandling minimum seks måneder før studiens oppstart, deltok i studien. Kravene for deltakelse var å være over 18 år, bo i delstaten Newfoundland og Labrador i Canada og ønske å snakke om erfaringene og stigmatiseringen rundt diagnosen. Intervjuene foregikk fysisk eller via telefon og varte fra 60-120 minutt. Deltakerne ble anonymisert og intervjuene ble tatt opp og transkribert. Alle deltakerne samtykket til studien og studien ble godkjent av NL Health Research Ethics Board.
Resultat/ drøfting:	Funnene ble delt inn i tre hovedtemaer: redusert maskulinitet, mestringsstrategier og systemendring. Deltakerne opplevde at de fikk redusert maskulinitet etter kreftbehandlingen og opplevde at de ikke klarte å leve opp til de forventningene samfunnet eller partneren hadde. De fleste opplevde å ha få samtalepartnere og fikk både redusert selvbilde, livskvalitet og hadde selvmordstanker etter behandlingen. Humor var den mest brukte mestringsstrategien. Selv om mennene fikk velge behandling selv, hadde de ikke kapasitet til det da de opplevde mye psykisk stress rundt diagnosen. Dette førte til at de fikk liten innsikt i behandlings-alternativene. Flere opplevde at legene kom med personlige meninger rundt behandlingsalternativene og deltakerne opplevde dette som å bli fratatt en eventuell behandling. Legene ga deltakerne lite rom for kommunikasjon og spørsmål og ga heller brosjyrer. Deltakerne opplevde at helsepersonell ikke forstod viktigheten av den seksuelle funksjonen.
Egne kommentarer:	Vi mener at denne artikkelen er relevant da den belyser hvordan situasjonen har vært de siste årene.

Tabell 6: Grunnleggende behov hos kreftpasienter

Referanse:	Athlin, M. Å., Brovall, M., Wengström, Y., Conray, T., Kitson, A. (2018) Descriptions of Fundamental Care Needs in Cancer Care – An Exploratory Study. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 17(11-12), s. 2322-2332. DOI: 10.1111/jocn.14251
Hensikt/ problemstilling:	Hensikten med denne studien var å utforske og få en dypere forståelse av hvordan det er å leve med en kreftdiagnose. Pasientens opplevelser rundt fysiske, psykiske og relasjonelle grunnleggende behov blir vektlagt. Forskingsspørsmålene var: 1) Snakker pasientene som har kreft om de grunnleggende behovene sine? 2) Hvis ja, hvordan snakker de om det? 3) Hvilke grunnleggende behov blir oftest beskrevet? Studien baserer seg på hele pakkeforløpet: fra pasienten får en kreftdiagnose, til han er ferdigbehandlet.
Metode:	Kvalitativ sekundærtematisk analyse med data som er samlet inn fra andre forskninger som er basert på pasienterfaringer. Sekundærdataen ble innhentet fra en nettside som smaler forskningsbaserte pasienterfaringer gjort ved universitetet i Oxford. Totalt 30 pasienter deltok: ti med brystkreft, ti med kolorektal kreft, og ti med prostatakreft. De hadde en gjennomsnittsalder på 58 år. Primærforskningen fikk samtykke fra alle deltakerne og Multicentre Research Ethics Committee godkjente bruken av sekundærdata.
Resultat/ drøfting:	Fysiske behov som komfort/smertelindring, eliminasjon, trygghet, og seksualitet blei grundig gjennomgått. Deltakerne beskrev seksualiteten som et tabubelagt tema som var vanskelig å snakke om med leger og sykepleiere. Helsepersonell blei oppfattet som avvisende og respektløse. Vanskelig fagterminologi, liten tid og lite gjentakning gjorde kommunikasjonen og oppfattelsen av informasjonen vanskelig. Deltakerne følte de fikk mangelfull informasjon om bivirkninger etter operasjon selv om mer informasjon ble etterspurt. De psykososiale behovene hadde fokus på kommunikasjon, respektere valg og verdighet.

	<p>God kommunikasjon og opplæring var viktig for å mestre behandlingen og deltakerne opplevde sykdommen som lettere når dette blei tilfredsstillt. De fikk også spørsmål om hvordan de ønsket å kommunisere og om familie/partner ville være med. Dårlig kommunikasjon med sykepleierne og helsepersonell seg imellom skapte angst og frykt for pasienten. Flere følte også skyld av å være syk, noe som ble forsterket av stigmatiseringen andre hadde rundt kreftdiagnosen. Deltakerne opplevde det derfor vanskelig å snakke om kreftdiagnosen og utfordringer dette førte med seg.</p>
Egne kommentarer:	<p>Pasienter med kolorektal kreft kan oppleve mye av den samme stigmatiseringen som bivirkninger av kreftbehandlingen kan medføre. Stomi og kateter er begge noe som kan påvirke pasientens seksualitet. Det kan derfor tenkes at mye av tankene til pasientene med kolorektal kreft kan overføres til pasienter med prostatakraft.</p>

Tabell 7: Informasjon og forbedringer til langtommen prostatakraftpasienter

Referanse:	<p>Carter, N., Bryant-Lukosius, D., DiCenso, A., Blythe, J., Neville, A. (2011) The Supportive Care Needs of Men With Advanced Prostate Cancer. <i>Oncology Nursing Forum</i>, 38(2), s. 189-198.</p>
Hensikt/ problemstilling:	<p>Hensikten med denne studien var å forstå de udekkede hjelpebehovene menn med prostatakraft har, kartlegge hva og hvordan de får dekket disse behovene og få et innblikk i hvordan det påvirker livet til pasienten. Spørsmålene forskerne gikk ut ifra var: 1) Hvilke hjelpebehov har menn med avansert hormonsensitiv og hormonrefraktær prostatakraft og hvordan får de dekt disse behovene? 2) Hva er den anbefalte strategien for å forbedre omsorgen og møte hjelpebehovene til disse mennene?</p>
Metode:	<p>Kvalitativ metode med enkelt- og gruppeintervju. 29 deltakere med hormonrefraktær og hormonsensitiv prostatakraft deltok i studien. Gjennomsnittsalderen var 75 år og de hadde i gjennomsnitt hatt diagnosen i 7-8 år. Pasienter med hormonsensitiv prostatakraft hadde</p>

	<p>enkeltintervju som varte mellom 30 og 60 minutter, mens pasientene med hormonrefraktær prostatakreft hadde gruppeintervju som varte fra 60-120 minutter. Intervjuene ble transkribert. Studien ble godkjent av The Hamilton Health Science and McMaster University Faculty, Health Science research ethics board og The St.Joseph`s Healthcare research ethics board.</p>
<p>Resultat/ drøfting:</p>	<p>Datainnsamlingen ble delt inn i tre hovedtemaer: funksjonelle problem, behovet for informasjon og emosjonelt ubehag. Deltakerne opplevde det vanskelig å få informasjon om diagnosen, behandlingen og framtiden, og den informasjonen som blei gitt var vanskelig å forstå. Den informasjonen deltakerne fikk var enten fra lege, sykepleier eller nære relasjoner. Noen sluttet i støttegrupper på grunn av lite ny informasjon. De opplevde også motløshet, sinne og frustrasjon over at de ikke hadde fått mer og bedre informasjon før, og at de dermed ikke fikk tatt et aktivt valg i behandlingsavgjørelsene. Alle deltakerne kom med forslag til forbedringer: mer informasjon og opplæring tidligere, øke PSA-testing, gjentakende informasjon og støttegrupper for de med avansert diagnose som er ledet av helsepersonell.</p>
<p>Egne kommentarer:</p>	<p>Denne studien er også over 10 år gammel, men vi ser den som relevant da vi ønsket å se det langvarige perspektivet av prostatakreft.</p>

4.3. Kildekritikk:

Vi valgte å ikke avgrense søket innen 10 år, da vi ønsket å finne kvalitative studier med pasienterfaringer og pasientens synspunkt på et tema som er lite belyst. Som vi skrev i bakgrunns-kapittelet er det både kreften i seg selv og behandlingen som setter stopper for den seksuelle funksjonen. Vi mener derfor at den seksuelle dysfunksjonen som prostatakreftpasienter opplever fortsatt et problem etter 10 år. Derfor er studier som er eldre enn 10 år fortsatt relevante. Vi ønsket å heller ta en vurdering av relevansen ut ifra hver enkelt artikkel.

Det ble gjort en kritisk vurdering ut ifra landene forskningen var utført i og hvordan dette kunne overføres til det norske samfunnet og helsevesenet. Artikkene vi fant er fra Canada og Sverige som er land med lik ressursbruk, kunnskapsnivå og behandlingsmetoder som Norge, samt har like grunnleggende verdier og holdninger.

En av artiklene har også med refleksjoner og tanker fra pasienter med brystkreft (Westman, Bergenmar og Andersson, 2006). En annen artikkel hadde med både kolorektal kreft og brystkreft (Athlin, et al. 2018). Vi valgte å ta med disse artiklene som omhandlet tankene om seksuell dysfunksjon hos pasienter med kolorektal kreft fordi det lett kan overføres til pasienter med prostatakreft. Dette anser vi at styrker oppgaven og dens aktualitet. Mye av refleksjonene fra pasientene med brystkreft ble derimot valgt bort da det ikke kan overføres til menn med prostatakreft.

Carter, et al. (2011) sammenligner pasienter med hormonsensitiv og hormonrefraktær prostatakreft. Dataen innhentet fra disse to gruppene ble gjort på to forskjellige måter. Vi reagerte på hvordan forskerne kan sammenligne de to gruppene med så forskjellige metoder å innhente informasjon på. Vi valgte likevel å ta med denne studien da den likevel er relevant når det kommer til vår innsamling om seksualitet.

4.4. Etiske overveielser

Alle artiklene vi har funnet har blitt godkjent av en etisk komité. Davison, et al. (2009) og Buote, et al. (2020) spesifiserer at de har anonymisert deltakerne, mens Westman, Bergenmar og Andersson (2006), Athlin, et al. (2018) og Carter, et al. (2011) ikke sier noe om dette. Man kan likevel anta at det har blitt gjort da de har fått godkjenning av etiske komiteer.

Fire av fem artikler nevnte at deltakelse i studien var frivillig (Buote, et al. 2020; Carter, et al. 2011; Davison, et al. 2009; Westman, Bergenmar og Andersson, 2006). Athlin, et al. (2018) er den eneste studien som ikke nevner dette da studien innhentet data fra andre forskninger. Westman, Bergenmar og Andersson (2006) spesifiserte også at deltakerne kan avbryte deltakelse når som helst gjennom hele studien da eksistensielle refleksjoner er svært personlige. Det ble også tatt en vurdering om det i det hele tatt var etisk riktig å gjennomføre denne studien på bakgrunn av dens svært personlige preg (Westmann, Bergenmar og Andersson, 2006).

Athlin, et al. (2018), derimot, har brukt data fra en annen studie som utgangspunkt og deltakerne har derfor ikke fått informasjon om at dataen blir brukt i denne studien. Vi klarte ikke å finne den originale studien for å gå over de etiske overveielserne der, men det blir spesifisert av Athlin, et al (2018) at deltakerne signerte et samtykkeskjema i den originale studien.

5. Analyse

Å analysere betyr å granske hva som står i teksten for så å tolke den slik at man forstår hva den inneholder. For å få en forståelse av hensikten med studien, arbeider man i denne analyseringsprosessen på et reflekterende, beskrivende og analyserende nivå (Thidemann, 2020).

Oppgavens analyse startet med at artiklene ble lest nøye gjennom for at innholdet skulle bli forstått. Deretter ble hensikten og resultatet undersøkt for å få en bedre oversikt over relevansen dette hadde til problemstillingen. Det ble gjennomført en grundig gjennomlesning og markert relevante setninger og avsnitt med ulike farger. De ulike fargene var utgangspunktet for de ulike kategoriene og resultatet i denne oppgaven. Ut ifra dette ble likheter og forskjeller i alle artiklene diskutert og sammenlignet og til slutt samlet de i disse kategoriene:

1. Informasjon om kreftdiagnosen
2. Informasjon om seksuell dysfunksjon og hvordan pasienten opplever seksualiteten
3. Psykososiale behov og påvirkningen på livskvalitet og mestring

6. Resultater

I dette kapittelet blir resultatene og funnene i de fem artiklene presentert i sammenheng med de tre valgte kategoriene.

6.1 Informasjon om kreftdiagnosen

I de fleste artiklene gir deltakerne tilbakemelding på at kommunikasjon og informasjon mellom pasient og sykepleier kan forbedres (Athlin, et al, 2018; Buote, et al, 2020; Carter, et al, 2011; Westman, Bergenmar og Andersson, 2006). I Westman, Bergenmar og Andersson (2006) blir det nevnt at deltakerne heller brukte internett, familie, venner eller bekjente for å få informasjon enn å snakke med og spørre sykepleierne. Det gjentakende problemet er for lite informasjon, for komplisert språk med faglige terminologier og lite gjentakning. I studien til Carter, et al. (2011) ble det nevnt at noen av deltakerne hadde fått så lite og uforståelig informasjon at de ikke forstod hva behandlingen de skulle ha gikk ut på. De var derfor ute av stand til å ta inn over seg all informasjon som ble gitt (Athlin, et al. 2009).

I studien til Davison, et al. (2009) ble pasienten henvist til et opplæringscenter dersom de ønsket mer informasjon om behandlingen. Informasjonen ble da formidlet på en informativ måte gjennom skriftlig og muntlig informasjon, som både var gjentakende. Dette gjorde at både pasienten og pårørende hadde bedre forutsetninger til å mestre sykdommen og behandlingen. Med denne informasjonen opplevde pasienten seg mer ivaretatt av sykepleieren (Davison, et al. 2009). Sykepleierne innenfor kreftomsorgen spilte en viktig rolle i støttende omsorg og ivaretagelse av pasienten i sin helhet. Derimot hadde ikke sykepleierne alltid mulighet til å utfylle denne rollen (Buote, et al. 200).

6.2. Informasjon om seksuell dysfunksjon og pasientens opplevelse av seksualitet

Alle artiklene belyser seksuell dysfunksjon på ulike måter, men var enige om at det var en negativ virkning på livet og livskvaliteten (Athlin, et al. 2018; Buote, et al. 2020; Carter, et al. 2011; Davison, et al. 2009; Westman, Bergenmar og Andersson, 2006). Davison, et al. (2009)

beskriver at pasientene med lavrisiko-prostatakreft avstår fra behandling på grunn av risiko for seksuell dysfunksjon. Deltakerne som hadde fjernet prostata, opplevde dette inngrepet som å fjerne en del av livet og maskuliniteten (Buote, et al. 2020). Sykepleieren og annet helsepersonell ga mangelfull informasjon om disse bivirkningene og hvordan kreften påvirket den seksuelle funksjonen (Carter, et al. 2011). Deltakerne i Westman, Bergenmar og Andersson (2006) og Buote, et al. (2020) klarte ikke å leve opp til forventningene som partneren og samfunnet hadde da de følte seg mindre maskuline. Dette førte igjen til at livskvaliteten og mestringsfølelsen ble redusert. Noen deltakere beskrev også at de hadde selvmordstanker på grunn av dette (Buote, et al. 2020).

Carter, et al. (2011) beskrev at flere av deltakerne sluttet i støttegruppene da de opplevde å ikke få nok ny informasjon. De følte også på sinne og frustrasjon over at de ikke hadde fått god nok informasjon om bivirkningen på seksuell helse (Carter, et al. 2011). Flere av artiklene beskriver at kommunikasjon om seksuell dysfunksjon var mangelfull (Athlin, et al. 2018; Buote, et al. 2020; Carter, et al. 2011; Westman, Bergenmar og Andersson, 2006). Westman, Bergenmar og Andersson (2006) beskrev at deltakerne hadde behov for støtte, tillit, omsorg og kontinuitet, men fikk liten respons fra sykepleierne når det kom til temaet seksualitet. Buote, et al. (2020) forteller at lite rom for kommunikasjon og lite forståelse fra sykepleierne hadde en større effekt på den seksuelle helsen enn først antatt. Deltakerne opplevde at legene ikke så viktigheten av den seksuelle funksjonen (Buote, et al. 2020). Utrygghet og frykt på grunn av mangelfull informasjon fra sykepleierne ble også beskrevet (Athlin, et al. 2018). Flere opplevde at seksualiteten ikke ble tatt på alvor og pasientene måtte strebe etter å få hjelp og støtte. Deltakerne syntes dette var vanskelig å ta opp med helsepersonell og de etterlyste derfor at sykepleieren hadde mer fokus på seksualitet og seksuelle utfordringer (Athlin, et al. 2018).

6.4 Psykososiale behov og påvirkningen av livskvalitet og mestring

Som allerede nevnt kan mannen oppleve å få redusert maskulinitet og dette kan påvirke selvbildet og samlivet. Seksuell dysfunksjon påvirket livet og livskvaliteten til pasientene i så stor grad at flere deltakere fikk selvmordstanker (Buote, et al. 2020; Westman, Bergenmar og Andersson, 2006).

Buote, et al. (2020) forklarer at flere pasienter plages med stigmatisering av diagnosen fra seg selv og samfunnet. Flere assosierer også en kreftdiagnose med døden. Legen ser ikke hverdagslige symptomer og forstår på denne måten ikke de psykologiske bivirkningene av behandlingen på same måte som sykepleierne. Kreftsykepleiere er trent å til å se det psykososiale behovet til pasienten og hjelpe han til å identifisere negative symptomer og tegn. Med dette har sykepleieren potensialet til å redusere stigmatisering og forbedre den psykososiale støtten (Buote, et al. 2020). I studien til Carter, et al. (2011) opplever menn mye frustrasjon og anger for at diagnosen har blitt så alvorlig og at helsepersonellet ikke tok de på alvor før. Emosjonell støtte fra helsepersonellet var mangelfull ovenfor disse pasientene (Carter, et al. 2011). Flere pasienter opplevde at det var vanskelig å snakke om kreften og selv om de fleste i lokalsamfunnet visste om diagnosen, var det ingen som snakket om den. Majoriteten av pasientene brukte humor som en mestringsstrategi når de pratet om diagnosen til andre (Buote, et al. 2020). Flere nevnte at det å ikke ha noen å prate med og å ikke få utløp for de fysiske og psykososiale behovene var en grunn til at de fikk redusert livskvalitet og ikke lenger så meningen med livet (Westman, Bergenmar og Andersson, 2006). Psykisk stress var ganske vanlig da deltakerne var bekymret for om kreften hadde vokst mellom hver gang de hadde tatt undersøkelser som PSA-tester og biopsier (Davison, et al. 2009). Athlin, et al. (2018) rapporterte en positiv økning i den psykiske helsen da pasienten opplevde å få tilbake kontrollen over egen kropp.

7. Diskusjon

I dette kapittelet blir det drøftet hvordan artiklene svarer på problemstillingen.

7.1 Informasjon om kreftdiagnosen

Både Buote, et al. (2020) og Athlin, et al. (2018) så at sykepleierens evne til kommunikasjon var en viktig egenskap for pasientene. En undersøkelse utført i Sverige underbygger at pasientene så på kommunikasjon som den viktigste egenskapen hos en sykepleier. Dette står i kontrast til hva sykepleierne trodde at pasienten mente var viktigst (Heyn, 2015).

Carter, et al. (2011) forteller at flere pasienter opplever at det er viktig å få informasjon om diagnosen, behandlingen og framtidsutsiktene. Om dette ikke skjer er det kommunikasjonssvikt (Heyn, 2015). I gjennomsnitt får pasienten bare med seg 22 % av viktig informasjon som blir gitt fordi de er oppslukt i tanker, bekymringer og følelser som kan påvirke konsentrasjonen og hukommelsen (Helland, 2015; Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Derfor er det viktig med gjentakelser (Athlin, et al. 2018). Noen av deltakerne fikk så lite og uforståelig informasjon om den behandlingen de skulle gjennom at de ikke forstod hva det innebar (Carter et al., 2011). Samtidig fikk flere pasienter i tidlig stadium av prostatakreftdiagnosen beskjed fra legen om å ikke oppsøke informasjon da kreften ikke var alvorlig eller svekket helsetilstanden på noe måte (Davison, 2009). Derimot uttrykte pasientene som hadde langtkommen prostatakreft stor frustrasjon over at de ikke hadde fått tilstrekkelig informasjon før sykdommen hadde utviklet seg (Carter, et al. 2011).

Utilstrekkelig informasjon strider mot pasient- og brukerrettighetsloven. Denne loven sier at alle pasienter har rett på nødvendig informasjon og innsikt i egen helsetilstand og helsetilbudene som dette innebærer. Dette innebærer også informasjon om risikoer og bivirkninger (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). I studiene til Athlin, et al. (2018), Carter, et al. (2011) og Davison, et al. (2009) blir ikke pasientene informert om verken helsetilstanden eller helsetilbudene som omhandler kreftdiagnosen. Dårlig kommunikasjon svekker dermed pasientens mulighet til å delta i behandlingsavgjørelser og det etiske prinsippet om autonomi blir dermed brutt. Dette svekker igjen kvaliteten på helsetjenesten (Kveseth og Mikkelsen, 2011).

De yrkesetiske retningslinjene sier at sykepleieren skal gi tilstrekkelig og tilpasset informasjon som er forståelig for pasienten. Det blir beskrevet forskjellige ønsker knyttet til å få informasjon.

Å respektere disse ønskene skal fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige valg (Norsk sykepleierforbund, u.å.). På den ene siden ønsket noen av pasienten at de kunne velge å ikke vite noe om prognosen (Athlin, et al. 2018). På den andre siden, ønsket noen av pasientene å vite nøyaktig hvor mye av framtiden de kunne planlegge (Carter, et al. 2011). Flere av deltakerne søkte ikke etter ytterligere informasjon fordi de stolte på at legen var ærlig (Davison, et al. 2009). Athlin, et al (2018) beskriver en måte å løse denne problemstillingen på. Sykepleieren kan ha en dialog med pasienten om hvordan informasjonsgivning skal foregå slik at pasientens ønsker blir hørt (Athlin, et al. 2018). Med dette fyller dermed sykepleieren de *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* (Norsk sykepleierforbund, u.å.). Med andre ord blir autonomien og brukermedvirkningen ivaretatt. Dette har pasienten krav på gjennom pasient- og brukerrettighetsloven (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Samtidig var det flere deltakere som følte seg godt informert om både diagnosen og behandlingene. Athlin et al (2018) forteller at pasientene opplevde større mestring rundt sykdommen da de var godt informerte og hadde god kommunikasjon med helsepersonellet. Selv om legen ikke ville at deltakerne skulle oppsøke informasjon selv, ble deltakerne også henvist til opplæringscentre dersom de ønsket mer informasjon om diagnosen og behandlingsalternativene (Davison et al, 2009). Interaksjonsarenaer som opplæringscentre, kan skape en god og trygg ramme for pasientene. Med andre ord fikk de spesifikk informasjon som er formidlet på ulike måter, både muntlig og skriftlig knyttet opp mot prostatakreft. Ved at deltakerne ble henvist til opplæringscentre og fikk tilpasset informasjon, eliminerte det mye av frykten for bivirkningene. Da ble det heller fokus på hvordan pasientene kunne håndtere disse. (Davison, et al, 2009). Sykepleieren har i disse tilfellene oppfylt kravene i Helsepersonelloven og kravet om faglig forsvarlighet. Man skal da søke bistand og henvise videre dersom man ikke er kvalifisert til å håndtere situasjonen selv (Helsepersonelloven, 1999).

7.2 Informasjon om seksuell dysfunksjon og pasientens opplevelse av seksualitet

Seksualitet og seksuell dysfunksjon blir nevnt i alle artiklene, men blir ikke belyst i like stor grad som andre bivirkninger av kreftdiagnosen eller behandlingen (Athlin, et al. 2018; Buote, et al. 2020; Carter, et al. 2011; Davison, et al. 2009; Westman, Bergenmar og Andersson, 2006). Flere pasienter etterspurte informasjon om seksuell dysfunksjon, men den informasjonen som ble gitt,

var mangelfull (Athlin, et al. 2018). Det er derimot ikke alle pasienter som vil prate om seksualitet og seksuell dysfunksjon da de føler skam, sjenanse eller har en oppfatning om at dette ikke er sykepleierens ansvarsområde (Athlin, et al. 2018; Buote, et al. 2020; Davison, et al. 2009). De som derimot hadde lyst til å snakke om seksualitet og seksuell dysfunksjon, opplevde sjeldent en «invitasjon» eller åpning fra sykepleieren (Westman, Bergenmar og Andersson, 2006). Dette fører til kommunikasjonssvikt, som er en av de vanligste årsakene til uønskede hendelser og svekker pasientsikkerheten (Eide og Eide, 2018). For å unngå kommunikasjonssvikt kan sykepleieren benytte seg av PLISSIT-modellen. Sykepleieren viser med bruk av denne modellen at seksualitet er akseptabelt å prate om gjennom “P”, det første nivået; tillatelse. Her må sykepleieren være oppmerksomme på kroppsspråket sitt og formuleringen av spørsmål. Empati og gjensidig tillitt er faktorer som påvirker hvordan sykepleieren tilnærmer seg pasienten. Sykepleieren må derfor være klar over at pasientene har ulike grenser for hva de er komfortable å prate om og det blir bestemt ut fra for eksempel livssituasjon, kultur og religion (Helland, 2015). Når sykepleieren var klar over toneleiet og kroppsspråket følte deltakerne seg mer ivaretatt. Dersom sykepleieren viste tydelig at man hadde dårlig tid følte deltakerne seg heller avvist (Westman, Bergenmar og Andersson, 2006).

Videre betegnes “LI” i PLISSIT-modellen som begrenset informasjon og sier noe om hvordan sykepleieren kan informere om seksuelle utfordringer. I tillegg beskriver den hvordan sykdom påvirker seksualiteten til pasienten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Sykepleierens kunnskap er dermed en viktig forutsetning (Heyn, 2015) En undersøkelse utført i 2014, viser at 90 % av ansatte i Sykehuset Innlandet HF ikke har nok grunnlag til å snakke om seksualitet med pasienter, ut ifra grunnutdanningen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Samtidig viser Helland (2015) at sykepleierne som har opplæring eller videreutdanning rettet mot seksualitet og seksuelle utfordringer, lettere tar opp dette med pasienten. Deltakerne i studiene til Athlin, et al. (2018) og Westman, Bergenmar og Andersson (2006) følte at de mistet deler av seg selv når de fikk redusert opplevelse av maskulinitet etter kreftbehandlingen. Ingen av de pasientene hadde fått informasjon om denne bivirkningen (Athlin, et al. 2018; Westman, Bergenmar og Andersson, 2006). Sykepleieren skal bidra til at pasientene får lett tilgang til informasjon om egen helse. Slik kan de forebygge sykdom og håndtere dagliglivets små og store utfordringer (Holter og Grov, 2015). Athlin, et al. (2018) og Heyn (2015) underbygger at god kommunikasjon

som er bygd på empati, støtte og tilstedeværelse gjør at situasjonen for pasienten blir mer håndterbar. God kommunikasjon mellom sykepleiere og pasienten har alltid en helsefremmende effekt på pasienten (Helland, 2015). Folkehelseloven sier at sykepleieren og annet helsepersonell i kommunen skal gi råd, informasjon og veiledning til pasienten slik at han selv kan fremme sin egen helse (Folkehelseloven, 2011). Dette blir underbygget av sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer og Pasient- og brukerrettighetsloven (Norsk sykepleierforbund, u.å.; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Kommunehelsetjenesten kan på denne måten forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade og lidelse. (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

Strategien fra Helse- og omsorgsdepartementet (2016) forklarer flere grunner til at dette temaet blir lite tematisert i helse- og omsorgstjenesten. Seksuelle utfordringer kan sees på som et “luksusproblem” av helsepersonell (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Athlin, et al (2018) beskriver at enkelte pasienter og partneren deres ikke tenkte på den seksuelle helsen som viktig i tiden etter diagnostiseringen. Det var så mye annet som foregikk på den tiden at det ble glemt. Samtidig viser Davison, et al. (2009) at flere pasienter valgte å avstå fra behandling på grunn av de negative bivirkningene det kunne ha på seksuallivet. Flere deltakere forteller hvordan den seksuelle dysfunksjonen hadde en negativ innvirkning på livskvaliteten etter behandling. Dette forklarer hvordan støtte og hjelp med seksuell dysfunksjon var nødvendig og viktig (Athlin, et al. 2018; Buote, et al. 2020; Carter, et al. 2011; Westman, Bergenmar og Andersson, 2006).

Ikke alle deltakerne fikk den nødvendige informasjonen til å være klar over de seksuelle utfordringene som kunne oppstå etter behandling (Athlin, et al. 2018). Det er derfor en fordel at sykepleiere er klar over spesifikke tiltak eller hjelpemidler når det kommer til seksuell dysfunksjon. Pasientene kan oppleve at det er lettere å velge å motta behandling når han får spesifikke råd om hvordan han kan komme tilbake til et aktivt seksualliv (Davison, et al. 2009). “SS” i PLISSIT modellen underbygger dette. Det står for spesifikk rådgivning hvor sykepleieren gir faglig begrunnet forslag om seksuelle utfordringer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Buote, et al. (2020) beskriver at deltakerne vet at de kommer til å ha en form for seksuell dysfunksjon etter behandling. Dette er gjerne nok til at deltakerne ignorerer de positive utfallene av å gjennomføre behandling (Buote, et al, 2020; Davison, et al. 2009). Spesifikke tiltak

sykepleieren kan foreslå er seksualtekniske hjelpemidler som vibratorer, legemidler mot erektil dysfunksjon eller vakuumpumper (Kreftforeningen, u.å. c).

De siste bokstavene i PLISSIT-modellen, "IT", omhandler å gi intensiv terapi. Dette er et nivå som ikke nødvendigvis er sykepleierens fagområde (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Sykepleieren er derimot lovpålagte til å henvise videre til kvalifisert helsepersonell dersom de selv ikke har nok kunnskap eller kompetanse til å fylle pasientens behov. Dette underbygger igjen kravet om faglig forsvarlighet i henhold til helsepersonelloven (Helsepersonelloven, 1999).

I artiklene blir det ikke spesifisert hva seksualitet og seksuell helse er. Deltakerne i Davison, et al (2009) og Westman, Bergenmar og Andersson (2006) bruker spesifikt frasen "å ha sex". Deltakerne i Athlin, et al. (2018) bruker bare ordet sex, og Carter, et al. (2011) bruker "sexliv". Ingen av artiklene nevner alternative former for intimitet og seksualitet. "The Good Enough Sex"-modellen kan derfor være et relevant verktøy å bruke for sykepleieren. Modellen fokuserer på at intimitet er like viktig for den seksuelle helsen som samleie. I tillegg skal den skape realistiske forventninger til parrelasjonen ved kreft og kreftbehandling (Metz og McCarthy, 2007). Waxman (1993) nevner også at det er viktig at sykepleieren er klar over og klarer å formidle at samleie i form av penetrering ikke er den eneste måten å være intim og vise kjærlighet på. Hun forklarer at alternative metoder for intimitet kan være klemming, kyssing, berøring og håndholding (Waxman, 1993). Ingen av artiklene snakker om intimitet som en del av seksuallivet.

7.4 Psykososiale behov og påvirkningen på livskvalitet og mestring

Stigmatisering kan som allerede nevnt føre til negative psykiske reaksjoner (Norvoll, 2013). Dette underbygger Ferrans sin definisjon på livskvalitet og hvordan sykepleieren kan kartlegge dette i møte med pasienter. Herunder blant annet selvbilde, seksualitet og sosial tilknytning (Rustøen, 2011). Boute, et al. (2020) og Westman, Bergenmar og Andersson (2006) forklarer at pasientene opplevde det som å miste en del av maskuliniteten ved å fjerne prostata eller få behandling som reduserer testosteronet i kroppen. Carter, et al. (2011) forklarer at pasienter med prostatakreft som er avhengig av behandling med hormonet østrogen, opplevde mye dårligere livskvalitet enn pasientene med hormonsensitiv prostatakreft. Pasienter med prostatakreft kan

derfor oppleve mer stigmatisering fordi kroppen gjerne får mer feminine trekk, slik som større bryster (Helsebiblioteket, 2020).

Som allerede nevnt var det flere menn som opplevde at de ikke klarte å leve opp til de forventningene samfunnet og partneren hadde (Buote, et al. 2020; Westman, Bergenmar og Andersson, 2006). Flere menn opplevde det som vanskelig å akseptere den seksuelle dysfunksjonen og følte seg uattraktive (Buote, et al. 2020; Helland, 2015; Westman, Bergenmar og Andersson, 2006). Buote, et al. (2020) forklarer at endringer i kroppsbildet og følelsen av å miste maskuliniteten kan føre til mer stigmatisering, også fra en selv. Den opplevde reduksjonen av maskulinitet og den seksuelle dysfunksjonen ga flere pasienter såpass redusert livskvalitet at de ikke lenger så meningen med livet og hadde selvmordstanker (Buote, et al. 2020; Westmann, Bergenmar og Andersson, 2006). Pasienter med avansert prostatakreft har også økt selvmordsrisiko og psykisk stress (Ralph, et al. 2020) Det er en sammenheng mellom langvarig prostatakreft og hvordan interaksjonen mellom sykepleieren og pasienten kan hjelpe. Psykisk støtte i form av støttegrupper kan forbedre symptomene. På denne måten ble henvisningstallene til spesialisthelsetjenesten betydelig redusert (Ralph, et al. 2020).

Å få en kreftdiagnose kan gi pasienten flere psykiske reaksjoner som blant annet angst og uro, tap av kontroll, uvisshet, sinne og irritasjon og ensomhet (Kreftforeningen, 2022). Det er derfor viktig å få god og trygg informasjon fra sykepleieren, slik at pasientene klarer å håndtere diagnosen (Athlin, et al., 2018). Sykepleieren må derfor ta initiativ til en samtale om de psykososiale behovene (Buote, et al. 2020). Studier viser også at pasientene syntes det var enklere å be om hjelp av en sykepleier de kjente godt, kontra en sykepleier de bare hadde møtt en gang (Eriksen, 2015). Kreftsykepleierne skal ha både utdanning og kompetanse til å tilby psykososial støtte til pasientene. I tillegg er det viktig at kreftsykepleierne bruker denne kompetansen da leger ikke nødvendigvis har tid til å gi pasienten den psykososiale støtten han trenger (Buote, et al. 2020). En av sykepleierens oppgaver er tross alt å gjøre situasjonen så lett å bære som mulig (Eriksen, 2015).

Sykepleieren må gjøre seg kjent med ressursene pasienten har til å mestre sykdommen. To pasienter med samme diagnose har ikke nødvendigvis de samme ressursene til å håndtere situasjonen (Stordalen, 2005). Sykepleieren må derfor gjøre en kartlegging ut ifra grunnleggende behov og se det i sammenheng med pasientens mestringsevne og ressurser (Stordalen, 2005).

Sykepleieren skal i tillegg hjelpe pasienten til å tro på sine mestringsmuligheter. Pasienten skal gjøre rede for egne mestringsmåter for så å anvende dem (Reitan, 2011). Med andre ord må sykepleieren se pasienten i sin helhet, med hans muligheter til å mestre situasjonen og i hvilken grad sykepleieren kan hjelpe han med dette (Stordalen, 2005). Mennene som fortsatt aktivt søkte etter nye behandlingsmetoder, beskrev at de hadde høyere angst- og stressnivå (Buote, et al. 2020). Til tross for dette viste Davison, et al. (2009) at å søke etter informasjon var den vanligste mestringsstrategien for å håndtere usikre livshendelser på, som det å ha prostatakreft.

Det er sykepleierens jobb å hjelpe mennesket å finne mening i sykdommen slik at pasienten kan oppleve god livskvalitet og mestring til tross for diagnosen (Travelbee, 2005). Sykepleieren skal så sette seg inn i hvordan pasienten opplever sykdommen slik at de kan hjelpe pasienten til å oppnå mestring av symptomer. Eide og Eide (2018) mener derimot at dersom sykepleieren tar ansvaret for å foreslå løsninger, vil ikke pasienten kunne ta i bruk de ressursene han har for å mestre situasjonen. Pasienten må i aller største grad finne egne måter å mestre diagnosen på for å ivareta autonomien (Eide og Eide, 2018). Derimot vil dette si at pasienten ikke får brukt sykepleieren som den ressursen den skal være (Carter, et al. 2011). Det er likevel viktig at sykepleieren er en del av krefteamet rundt pasienten for å øke den psykososiale støtten. Dette kan igjen føre til at mennene opplever mindre stigmatisering rundt diagnosen sin (Buote, et al. 2020).

Mestringsstrategier blir brukt for å hjelpe vedkommende til å finne mening, bevare selvbildet og opprettholde kontroll over de problemene personen står ovenfor (Reitan, 2011). Flere av deltakerne forklarte at de opplevde at det var vanskelig å prate om diagnosen med andre på grunn av stigmatisering og derfor ble unngåelse og fornektelse en del av mestringsstrategien deres (Buote, et al. 2020). Dette er en unnlattende mestringsstrategi. Det vil si at man kan fortrenge eller benekte den belastende situasjonen. Motsatt til dette er tilnærmende mestringsstrategi som vil si å forholde seg aktivt til den belastende situasjonen (Eide og Eide, 2018). En deltaker brukte i utgangspunktet en unnlattende mestringsstrategi, men opplevde bedre mestring da han gikk over til en tilnærmende mestringsstrategi (Buote, et al. 2020). Sykepleieren har da en viktig oppgave å motivere disse pasientene til å velge en mer tilnærmende mestringsstrategi. Dette kan bedre helsen på sikt (Eide og Eide, 2018). Flere menn beskrev i artikkelen til Buote, et al. (2020) at å prate om diagnosen og de seksuelle utfordringene den byr på, blir sett på som en feminin strategi

og er derfor vanskeligere å prate om. Å bruke humor er også en form for mestringsstrategi (Buote, et al. 2020). Denne strategien hjalp pasienten å overkomme negative følelser assosiert med prostatakreft. Humor reduserte den negative psykologiske effekten av kreft og hjalp pasienten å håndtere vanskelige og pinlige situasjoner. I tillegg ble den opplevde stigmatiseringen også redusert på grunn av dette. Ved bruk av humor klarte pasienten også å kontrollere hvordan kreften fikk dem til å føle seg (Buote, et al. 2020).

8. Hvordan kan dette brukes i dagens praksis av sykepleie?

Kommunikasjon er et område som kan bedres i dagens sykepleie. Med utgangspunkt i aktuelle temaer vi har nevnt gjennom denne oppgaven ser vi at informasjon om seksualitet og seksuell dysfunksjon til prostatakreftpasienter er viktig. For å redusere stigmatiseringen av seksualitet og seksuell dysfunksjon, kan det være aktuelt å implementere ulike verktøy som PLISSIT- modellen og "The Good Enough Sex"- modellen. En annen modell som ikke er nevnt i denne oppgaven er SOS-modellen (seksualitet og sykepleie-modellen). Dette er en modell som kan brukes i utdanningen av sykepleiere. Modellen går ut på at sykepleiere mangler kunnskap om seksualitet og at seksualitet normalt sett ikke enda er integrert i sykepleieutdanningen. Den gir også spesifikke forslag til hvordan dette kan bedres. Denne modellen må derimot implementeres under utdanningen. (Helland, 2015).

Andre forslag er å tilby pasienten både skriftlig informasjon og informasjon på lydbånd. Dette gjør at sykepleieren kan være sikre på at pasienten har den riktige informasjonen han kan gå tilbake å se på til enhver tid. Spørreskjemaer og kartleggingsverktøy er også gode kommunikasjonsverktøy for å være sikker på at all informasjon blir oppfattet (Heyn, 2015). Det erstatter derimot ikke menneskelig kommunikasjon, men det legger til et verktøy for å hjelpe pasienten i å huske informasjonen.

9. Konklusjon

Hensikten med oppgaven var å finne ut hvordan sykepleieren i kommunehelsetjenesten kan bidra med å drive helsefremmende arbeid ved å gi informasjon om seksuell dysfunksjon til pasienter med prostatakreft. Seksuell dysfunksjon er en kjent bivirkning av prostatakreft, samtidig som dette er et tabubelagt tema både i helsesektoren og i samfunnet. Sykepleieren er lovpålagte til å gi informasjon til pasienten om både helsetjenestene og om helsetilstanden, samt om mulige risikoer og bivirkninger. Dette blir derimot ikke alltid gjort. Hovedvekten av pasientene i artiklene er misfornøyde med hvordan sykepleieren gir informasjon om prostatakreftdiagnosen og mulige bivirkninger som følger dette. Pasientene opplevde dette som en svakhet i systemet.

Selv om flere pasienter selv ikke ønsket å snakke om det på grunn av sjenanse, ønsket de at dette temaet likevel ble integrert i helse- og omsorgstjenesten som en rutine. Undersøkelser viser at sykepleieren som har relevant utdanning og opplæring er flinkere til å ta opp dette samtaleemnet med pasientene. Samtidig opplevde 90 % av sykepleierne at de ikke hadde nok grunnlag til å kunne snakke med pasienter om dette. Informasjon og samtale er viktig da dette påvirker hvordan pasientene opplever sykdommen. Dårlig kommunikasjon og informasjon fører ofte til at pasientene opplever dårligere livskvalitet og mestringsevne. Dette påvirker også det psykososiale perspektivet negativt.

For å svare på problemstillingen, bidrar sykepleieren gjennom god kommunikasjon bygget på gjensidig tillit og forståelse, samt evne til å vise empati og støtte, til å fremme helsen til pasienten. Informativ og tydelig informasjon fra sykepleierne, styrker pasientens mulighet for delaktighet, og dermed også pasientens psykososiale tilstand, livskvalitet og mestringsevne. PLISSIT-modellen og “The Good Enough Sex”-modellen er ulike verktøy som er mulig å bruke om man ønsker å ta opp, gi råd eller veiledning rundt seksualitet og seksuelle utfordringer, som et samtaleemne. Lovverk og etiske prinsipper -og retningslinjer står da sterkt i forhold til hvordan sykepleieren skal opptre.

Litteraturliste:

- Athlin, M. Å., Brovall, M., Wengström, Y., Conray, T., Kitson, A. (2018) Descriptions of Fundamental Care Needs in Cancer Care – An Exploratory Study. *Journal of Clinical Nursing*, 17(11-12), s. 2322-2332. DOI: 10.1111/jocn.14251
- Bertelsen, B., Hornslien, K. og Thoresen, L. (2016) Svulster, i Bach-Gransmo, E. (red.) *Sykdom og behandling*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 127-149
- Blix, E. og Breivik, S. (2006) *Basisbok i sykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget
- Buote, R., Cameron, E., Collins, R., McGowan, E. (2020) Understanding Men's Experiences With Prostate Cancer Stigma: A Qualitative Study. *Oncology Nursing Forum*, 47(5), s. 577-585. DOI: 10.1188/20.ONF.577-585
- Carter, N., Bryant-Lukosius, D., DiCenso, A., Blythe, J., Neville, A. (2011) The Supportive Care Needs of Men With Advanced Prostate Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 38(2), s. 189-198. DOI: 10.1188/11.ONF-189-198
- Dalland, O. (2012) *Metode og oppgaveskriving*. 5. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Davison, J., Oliffe, J., Pickles, T., Mroz, L. (2009) Factors Influencing Men Undertaking Active Surveillance for the Management of Low-Risk Prostate Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 36(1) s. 89-97. DOI: 10.1188/09.ONF.89-96
- Eide, H. og Eide, T. (2017) *Kommunikasjon i relasjoner*. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Eriksen, S. (2015) Menneskets psykososiale behov, i Holter, I. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, s.887-907
- Felleskatalogen (2020) *Prostatakreft*. Tilgjengelig fra: <https://www.felleskatalogen.no/medisin/sykdom/prostatakreft> (Hentet: 10.05.22)
- Folkehelseloven (2011) *Lov om folkehelsearbeid*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29> (Hentet: 05.05.22)

Helland, Y. (2015) Seksualitet, i Holter, I. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, s. 861-886

Helsebiblioteket (2020) *Prostatakreft uten spredning*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/kreft/prostatakreft> (Hentet: 11.05.22)

Helsedirektoratet (2021) *Seksuell helse*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/sectorrapport-om-folkehelse/sunne-valg/seksuell-helse> (Hentet: 25.05.22)

Helsenorge (2019) *Forstørret prostata*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsenorge.no/sykdom/underliv/forstorret-prostata/> (Hentet: 10.05.2022)

Helse- og omsorgsdepartementet (2016) *Snakk om det!* Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf (Hentet: 11.05.22)

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30> (Hentet: 11.05.22)

Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (Hentet: 09.05.22)

Heyn, L. (2015) Kommunikasjon – menneskets grunnleggende behov for å forstå og å bli forstått, i Holter, I. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, s. 363-398

Holter, I. og Grov, E. (2015) Hvem er pasientene, og hvor befinner de seg? I Holter, I. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, s.27-36

Håkonsen, K. (2015). *Psykologi og psykiske lidelser*. 5. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

Kreftforeningen (u.å a) *Frykter at menn lider i stillhet etter kreftsykdom*. Tilgjengelig fra: <https://kreftforeningen.no/aktuelt/frykter-at-menn-lider-i-stillhet-etter-kreftsykdom/> (Hentet: 20.05.22).

Kreftforeningen (u.å. b) *Kreft i Norge*. Tilgjengelig fra: <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreft-i-norge/> (Hentet: 11.05.22)

Kreftforeningen (u.å. c) *Seksualtekniske hjelpemidler*. Tilgjengelig fra: <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/kreft-og-seksualitet/seksualtekniske-hjelpemidler/> (Hentet: 04.04.22)

Kreftforeningen (u.å. d) *Prostatakreft*. Tilgjengelig fra: <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/prostatakreft/> (Hentet: 11.05.22)

Kreftforeningen (2022) *Psykiske reaksjoner ved kreftsykdom*. Tilgjengelig fra: <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/psykiske-reaksjoner/> (Hentet: 12.05.22)

Kreftregisteret (2021) *Prostatakreft*. Tilgjengelig fra: <https://www.kreftregisteret.no/Temasider/kreftformer/Prostatakreft/> (Hentet: 11.05.22)

Kveseth, B. og Mikkelsen, J. (2011) Sykepleierens rolle i kvalitetsarbeid, i Knutstad, U. (red.) *Sentrale begreper i klinisk sykepleie*. 3. utg. Oslo: Akribe, s. 309-346

Lillestø, B. (2011) Sykepleiers tre dimensjoner, i Knutstad, U (red.) *Sentrale begrepet i klinisk sykepleie*. 3. utg. Oslo: Akribe, s. 393-416

Mathisen, J. (2015) Hva er sykepleie? I Holter, I. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, s. 119-141

Meld. St. 47 (2008-2009) (2009) *Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf> (Hentet: 10.05.2022)

Metz, M., McCarthy, B. (2007) The “Good-Enough Sex” Model for Couple Sexual Satisfaction. *Sexual and Relationship Therapy*, 22(3), s. 351-362. DOI: 10.1080/14681990601013492

Movember (u.å) *The Movember Foundation*. Tilgjengelig fra: <https://no.movember.com/about/foundation> (Hentet: 24.05.22)

Norsk helseinformatikk (2014) *Fjerning av prostata*. Tilgjengelig fra:

<https://nhi.no/animasjoner/mann/fjerning-av-prostata/> (Hentet: 05.05.22)

Norsk sykepleierforbund (u.å) *Yrkesetiske retningslinjer*. Tilgjengelig fra:

<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer> (Hentet: 08.05.22)

Norvoll, R. (2013) Sosiale avvik og sosial kontroll, i Rugkåsa, M. *Mellom mennesker og samfunn*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s.99-119

NOU 2018:2 (2018) *Fremtidige kompetanse behov I – Kunnskapsgrunnlaget*. Oslo:

Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon, Informasjonsforvaltning

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Tilgjengelig fra:

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (Hentet: 12.05.22)

Prostatakreftforeningen (u.å. a) *Impotens*. Tilgjengelig fra: <https://prostatakreft.no/a-leve-med-prostatakreft/impotens/> (Hentet: 10.05.22)

Prostatakreftforeningen (u.å. b) *Seksualitet og samliv etter behandlingen*. Tilgjengelig fra:

<https://prostatakreft.no/seksualitet-og-samliv-etter-prostatakreftbehandlingen/> (Hentet: 11.05.22)

Ralph, N., Chambers, S., Laurie, K., Oliffe, J., Lazenby, M., Dunn, J. (2020) Nurse-Led Supportive Care Intervention for Men With Advanced Prostate Cancer: Healthcare Professionals' Perspectives. *Oncology Nursing Forum*. 47(1), s. 33-43. DOI: 10.1188/20.ONF.33-43

Regjeringen (2022) *Verdens helseorganisasjon*. Tilgjengelig fra:

<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/innsikt/internasjonalt-helsesamarbeid/innsikt/verdens-helseorganisasjon-who/id435126/> (Hentet: 15.05.22)

Reitan, A. (2011) Mestring, i Knutstad, U. (red.) *Sentrale begrepet i klinisk sykepleie*. 3. utg. Oslo: Akribe, s. 74-107

Rolland, Ø. og Jensen, V. (2020) *Kreft og seksualitet hos mannen*. Tilgjengelig fra:
<https://kreftforeningen.no/content/uploads/2020/10/kreft-og-seksualitet-menn-A5-okt20w.pdf>
(Hentet: 24.05.22)

Rustøen, T. (2011) Livskvalitet og velvære, i Knutstad, U. (red.) *Sentrale begreper i klinisk sykepleie*. 3. utg. Oslo: Akribe, s. 29-53

Stordalen, J., Grasaas, K., Hovland, O. (2005) Innledning, i Stordalen, J., Grasaas, K. og Hovland, O. *Grunnleggende Behov*. Kristiansand: Høyskoleforlaget, s. 13-17

Stordalen, J. (2005) Mestringskapasitet og ressurser, i Stordalen, J., Grasaas, K. og Hovland, O. *Grunnleggende Behov*. Kristiansand: Høyskoleforlaget, s. 19-27

Thidemann, I. (2020) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget

Travelbee, J. (2005) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. 4. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

Waxman, E. (1993) Sexual Dysfunction Following Treatment for Prostate Cancer: Nursing Assessment and Interventions. *Oncology Nursing Forum*, 20(10), s. 1567-1571

Westman, B., Bergenmar, M. og Andersson, L. (2006) Life, Illness and Death – Existential Reflectons of a Swedish Samle og Patients who have Undergone Curative Treatment for Breast or Prostatic Cancer. *European Journal of Oncology*, 10(3), s. 169-176. DOI: 10.1016/j.ejon.2005.06.002

