



Når manndommen settes på prøve

Seksualitet og maskulinitet ved hormonell behandling av prostatakreft

When manhood is put to the test

*Sexuality and masculinity in men undergoing androgen deprivation
therapy for prostate cancer*

Kandidatnummer: 21
VID vitenskapelige høgskole
Haraldsplass, Bergen

Fordypningsoppgave
Videreutdanning i kreftsykepleie
Kull: Deltid 2017

Antall ord: 8780
30.04.19

Sammendrag

Hensikt: Å belyse hvordan kommunikasjon rundt utfordringer knyttet til seksualitet og maskulinitet hos menn som får hormonell behandling av prostatakreft har betydning for deres mestring av kroppslige og seksuelle endringer.

Metode: Metoden for oppgaven er en litteraturstudie. Systematisk litteratursøk er gjort i forskjellige databaser. Forskningsartiklene som er inkludert er av både kvalitativ og kvantitativ design. Søkeordene som er brukt er blant andre “prostatic neoplasms”, “prostate cancer”, “androgen deprivation therapy”, ”coping”, “sexuality”, “masculinity”, “intimacy”, og “patient education”.

Hovedfunn: Androgen deprivasjonsterapi (“ADT”) fører til nedsatt seksuell funksjon, endret kroppsbilde og manglende seksuell lyst hos menn med prostatakreft. Kroppslige endringer, utfordringer knyttet til maskulinitet og bekymringer relatert til egen og partners seksualitet, setter preg på pasient og parforhold. Det mest fremtredende funnet er mangel på informasjon og kommunikasjon fra helsepersonell. Flere studier viser at mennene opplever å ikke være forberedt på behandlingens konsekvenser for den seksuelle helsen, og dermed har større utfordringer med å mestre disse. Manglende kunnskap om seksualitet, manglende kommunikasjonsferdigheter, begrenset tid og antagelser om pasientens seksualitet oppgis som grunner til at helsepersonell ikke diskuterer temaet. Informasjonsbehovet er stort, og kommunikasjon fremstår som en nøkkelkomponent for god mestring av seksuelle utfordringer.

Konklusjon: Helsepersonell bør rutinemessig inkludere temaet seksualitet som en del av den helhetlige pleien. Pasienter som behandles med ADT trenger gjentagende og tilpasset informasjon om behandlingens konsekvenser for seksuell helse. Samtidig må helsepersonell forstå hva som ligger til grunn for egne begrensninger vedrørende kommunikasjon rundt seksualitet. Begripelig og ærlig informasjon om behandlingens effekt vil danne et bedre grunnlag for mestring av utfordringer knyttet til seksualitet og maskulinitet.

Abstract

Purpose: To illustrate how communication about challenges related to sexuality and masculinity in men undergoing androgen deprivation therapy ("ADT") for prostate cancer can be significant for their coping with physical and sexual changes.

Method: The method for this thesis is a literature study. Systematic literature searches were made in different databases. The included research articles are of both qualitative and quantitative design. Keywords include among others "prostatic neoplasms", "prostate cancer", "androgen deprivation therapy", "coping", "sexuality", "masculinity", "intimacy", and "patient education".

Key findings: ADT leads to impaired sexual function, changes in body image and lack of sexual desire in men with prostate cancer. These physical changes, challenges related to the image of masculinity and concerns relating to the patient's and/or partner's sexuality, can be challenging for both the patients and their partners. The most prominent finding is an apparent lack of information and communication from healthcare professionals in this regard. Several studies show that men are neither well informed nor mentally prepared for the consequences of treatment for sexual health, and thus have greater challenges in coping with these. Lack of knowledge about sexuality, lack of communication skills, limited time and assumptions about the patient's sexuality are given as reasons why healthcare professionals do not discuss these topics. The need for information is great, and communication appears to be a key component for coping with sexual challenges.

Conclusion: Healthcare professionals should routinely include the topic of sexuality as part of holistic care. Men treated with ADT should be provided with repeated and adapted information on the effects of treatment on sexual health. At the same time, healthcare professionals must understand what forms the basis for their own limitations regarding communication about sexuality. Comprehensible and honest information about the effects of treatment will form a better basis for coping with physical and sexual challenges.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Problemstilling.....	1
1.3 Avgrensning og presisering.....	1
2.0 Metode.....	3
2.1 Litteraturstudie som metode.....	3
2.2 Litteratursøk og utfordringer.....	3
2.3 Styrker og svakheter ved litteratursøket.....	4
3.0 Teoridel.....	5
3.1 Prostatakraft.....	5
3.1.1 Behandling av prostatakraft.....	5
3.1.2 Androgen deprivasjonsterapi (ADT).....	6
3.1.3 Behandlingens konsekvenser for seksuell helse.....	7
3.2 Seksualitet.....	8
3.2.1 Den seksuelle responsyklus.....	9
3.2.2 Maskulinitet.....	10
3.2.3 Intimitet.....	10
3.3 Mestring.....	10
3.3.1 Aaron Antonovskys salutogenesemodell.....	11
3.3.2 Håpets betydning for mestring.....	11
3.4 Kommunikasjon i seksuell veiledning.....	12
3.4.1 PLISSIT og BETTER.....	13
4.0 Drøftingsdel.....	15
4.1 Når manndommen settes på prøve, og ingen snakker om det.....	15
4.2 Seksualrådgivning og terapi.....	21
4.3 Å skape meningsfulle samtaler om seksualitet.....	23
5.0 Konklusjon.....	27
6.0 Referanseliste.....	28
VEDLEGG 1; Søkehistorikk.....	32

1.0 Innledning

Prostatakreft er den vanligste kreftformen i Norge. Bare i 2017 fikk 4983 menn her i landet påvist denne krefttypen (Kreftregisteret, 2018). Å få kreft i et organ som er knyttet til mannlighet og seksuell funksjon, kan for noen oppleves som mer utfordrende enn å få kreft i andre organer. Over halvparten av mennene som får prostatakreft vil gjennomgå hormonterapi i form av androgen deprivasjonsterapi (ADT) i løpet av sitt behandlingsforløp (Walker et al., 2013). Denne behandlingen representerer den største utfordringen for maskuliniteten hos menn med prostatakreft, og fører med seg en rekke utfordrende bivirkninger som manglende seksuell lyst, erektil dysfunksjon, fatigue, gynekomasti, og endret kroppsbygge (Benedict et al, 2014).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Det sies at en viktig start i all kreftbehandling er god og tilrettelagt informasjon som hjelper pasienten til å forstå sykdomsutviklingen og behandlingsforløpet (Gjessing, 2017, s. 575). Likevel viser flere studier at i mange tilfeller er verken pasient eller partner tilstrekkelig informert om behandlingens virkning (Walker et. al, 2013). På min arbeidsplass er det ikke integrerte verktøy for kommunikasjon om seksualitet, og til tross for utfordringene vi som helsepersonell vet at hormonbehandling av prostatakreft medfører, opplever jeg at seksualitet er noe vi vegrer oss for å diskutere.

1.2 Problemstilling

Hvilken betydning har kommunikasjon knyttet til seksualitet og maskulinitet hos menn som får hormonell behandling av prostatakreft for deres opplevelse av mestring?

1.3 Avgrensning og presisering

Litteraturstudien vil ta for seg menn med primær prostatakreft som behandles med androgen deprivasjonsterapi. Jeg velger å ikke skille mellom kurativ eller palliativ målsetting med behandlingen, men det må presiseres at majoriteten som mottar androgen deprivasjonsterapi (ADT) er palliative pasienter. For en lettere leseropplevelse, vil androgen deprivasjonsterapi omtales ADT videre i oppgaven.

Det føles unaturlig å skrive om mannens seksualitet uten å inkludere betydningen av maskulinitet, da manndomsfølelsen viser seg å være en avgjørende faktor for seksuell helse hos menn. Jeg har bevisst unngått aldersbegrensning i litteratursøket, da betydningen av å føle seg maskulin og seksuelt potent fremstår som særdeles viktig gjennom hele livet. Pasienten har fått hovedfokus i oppgaven, likevel synes jeg det er viktig å inkludere partner siden behandlingen kan få konsekvenser for et parforhold. Betydningen av kommunikasjon som kilde til mestring vil bli spesielt omtalt. I denne sammenheng vil jeg vise til kommunikasjonsverktøy- og teknikker, men kommunikasjonsbegrepet i sin helhet blir ikke ytterligere redegjort. Seksualtekniske og medikamentelle hjelpemidler for ereksjon synes lite virkningsfullt for denne pasientgruppen, og i lys av kommunikasjon som kilde til mestring, blir disse hjelpemidlene ikke diskutert.

Mine refleksjoner i drøftingsdelen er preget av erfaringer fra Kreftavdelingens sengepost og poliklinikk.

2.0 Metode

2.1 Litteraturstudie som metode

En litteraturstudie er en skriftlig systematisk gjennomgang av aktuell forskningslitteratur basert på en selvvalgt problemstilling. Det fremkommer ikke ny kunnskap ved hjelp av en litteraturstudie, men man får systematisert kunnskapen som allerede finnes i skriftlige kilder. Materiale som kan inkluderes i en litteraturstudie er først og fremst vitenskapelige artikler, men også faglitteratur (Polit & Beck, 2017, s. 14).

2.2 Litteratursøk og utfordringer

Helsebibliotekets nettressurs for kunnskapsbasert praksis (Helsebiblioteket, 2016a) ble brukt som forberedelse for litteratursøket. For å finne gode norske og engelske faguttrykk i mine søk ble det brukt «MeSH på norsk» (Helsebiblioteket, 2016a). Det er gjort søk i flere databaser, blant andre PubMed, Cinahl, Svemed, ORIA, Cochrane og Medline. I tillegg har jeg benyttet meg av søk i nettsidene til Sykepleien forskning, Verdens helseorganisasjon, Lovdata og Kreftforeningen. Søk i nettsidene til Helse- og omsorgsdepartementet (2017) og Helsedirektoratet (2018) ble gjort for å finne nasjonale faglige retningslinjer og handlingsstrategier for seksuell helse. Valgte forskningsartikler er hentet fra databasene PubMed og Cinahl (vedlegg 1). Forskningen som er valgt er både kvalitative og kvantitative studier. Inkludert i disse er populasjonsbaserte studier med bruk av kontrollgrupper, spørreundersøkelser, og dybdeintervjuer. Søkeordene som er benyttet er “prostate cancer”, “prostatic neoplasms”, ”sexuality”, “androgen deprivation therapy (ADT)”, “androgen deprivation”, “self image”, “masculinity”, “intimacy”, “coping”, ”communication”, ”sexual bother”, ”nurse-patient relation”, og “patient education”, i kombinasjoner med AND og OR. I tillegg undersøkte jeg hvilke emneord og referanser som var brukt i oversiktsartikler relevant for mitt tema og benyttet disse videre i direkte søk. Sjekklistene for vurdering av forskningsartikler (Folkehelseinstituttet, 2019) ble brukt for å kritisk vurdere referansene inkludert i denne litteraturstudien.

Litteratursøket ble gjort med enkelte avgrensninger for å sikre kvaliteten på artiklene, i tillegg til å gjøre søket mer effektivt og tidsbesparende. Det ble søkt på forskningsartikler med hovedfokus på prostatakreft, utfordringer med og ivaretagelse av seksualitet, maskulinitet og androgen deprivasjonsterapi. En tidsavgrensning på ti år ble valgt for å sikre at litteraturen er oppdatert og representerer den nyeste forskningen gjort innenfor emnet. I tillegg har jeg valgt

å bruke to artikler som er eldre, en av Hordern & Street (2007), og en av Mick (2007). Disse tilfører noe mer enn det som er funnet i de andre artiklene. Det ble satt begrensninger til norsk, engelsk, dansk eller svensk grunnet språkforståelse.

2.3 Styrker og svakheter ved litteratursøket

Jeg har inkludert studier fra flere land internasjonalt. Indikasjonen for ADT fremstår som lik i de forskjellige landene, og jeg ser dette som en styrke siden det er overførbart til norsk praksis. Det finnes mye forskning på ADT og bivirkninger av behandlingen, men mindre om ADT kombinert med mestring av seksuelle utfordringer. Jeg har derfor måttet søke etter ren forskning som går generelt på kommunikasjon og mestring knyttet til seksualitet. De fleste forskningsartiklene jeg har inkludert, er skrevet på engelsk. Dette er en utfordring, da det gir rom for feiltolkning ved oversettelse. Det mannlige perspektivet mangler i Traumer (2018). Samtidig viser erfaringene blant deltakerne i studien så store variasjoner at forfatterne enes om at deres forskning kan anvendes til andre pasienter med livstruende sykdom der behandlingen får konsekvenser for seksualitet og intimitet.

I tillegg til forskning ble faglitteratur brukt om aktuelle tema og begreper som er relevante for problemstillingen.

Jeg har valgt å inkludere sitater fra enkelte av studiene, for å gi pasienten en ekstra stemme i oppgaven.

3.0 Teoridel

3.1 Prostatakraft

Prostatakjertelen er en av seksualkjertlene. De andre er testiklene og vesicula seminalis (sædblærene). Prostata er omtrent på størrelse med en kastanjenøtt og ligger som en tykk ring rundt den første delen av urinrøret, rett under blæren. Prostata utskiller noen av stoffene som inngår i sædvæsken. Prostatakraft kan deles inn i ulike stadier. I første stadium er sykdommen lokal; svulsten vokser bare innenfor selve prostata. Neste stadium er regionalt, det vil si at svulsten har vokst inn i nærliggende organer som blære, sædleder, urinrør eller endetarm, eller den har spredt seg til lymfeknutene i bekkenet. Tredje stadium er når kreften har spredt seg til andre steder i kroppen, såkalt fjernspredning (Prostatakraftforeningen, 2019).

Prostata produserer prostataspesifikt antigen (PSA) som går over i blodet, og forhøyet PSA påvist ved blodprøve kan forekomme ved prostatakraft. Hyppigheten av prostatakraft øker med økende alder. Omtrent halvparten av pasientene er 70 år eller eldre ved diagnosen, men prostatakraft forekommer også hos menn i 40-årsalderen. I 2017 fikk 4983 menn påvist prostatakraft i Norge (Kreftregisteret, 2018), og over 30 000 menn i Norge lever med prostatakraft (Klepp, 2013, s. 283). Det finnes ingen spesifikke tiltak som forebygger utvikling av prostatakraft, og familiær opptreden av prostatakraft forekommer. Prostatakraft vokser som regel langsomt, gjerne over flere år. Veksten er avhengig av mannlige kjønnshormoner (androgener), primært testosteron (Fosså, 2018, s. 23-28).

3.1.1 Behandling av prostatakraft

Det finnes flere behandlingsmuligheter ved prostatakraft. Hvilken behandling en pasient som får påvist prostatakraft skal tilbys, er avhengig av hvor utbredt sykdommen er på diagnosetidspunktet. Berg (2017) og Klepp (2013) presenterer de ulike behandlingsmulighetene slik:

Observasjon/avvente – I fredelig fase av prostatakraft kan det være forsvarlig og hensiktsmessig å utsette tumorrettet behandling inntil situasjonen blir mer truende på kort eller lang sikt. Man skiller mellom avventende holdning, og aktiv overvåking. Dersom krefttypen er lite aggressiv er det ofte til fordel for pasienten å forbli ubehandlet.

Kirurgi - Radikal prostatektomi: Kirurgisk fjerning av prostatakjertelen har helbredende målsetting, og forutsetter at det ikke foreligger spredning før operasjon. Inngrepet innebærer

fjerning av hele prostata, samt sædblærene og den delen av urinrøret som går gjennom prostata. TUR-P: Ved lokale plager som blødninger og vannlatingsproblemer er fjerning av prostatavev gjennom urinrøret god lindring, uavhengig av målsetting om helbredelse.

Strålebehandling (utvendig eller innvendig) - Strålebehandling med helbredende målsetting kan være aktuelt som alternativ til kirurgi ved begrenset sykdom i prostatakjertelen. Strålebehandling kan også være aktuelt i de tilfellene kreften har vokst gjennom prostatakjertelen eller ved fjernspredning, men i lindrende hensikt.

Hormonbehandling – De fleste typer prostatakraft er avhengige av androgener (testosteron og testosteronlignende stoffer) for å vokse og utvikle seg. Ved å fjerne testosteronets virkning kan en i betydelig grad modifisere det kliniske forløpet av sykdommen, selv om dette i seg selv ikke gir kurasjon. Dette kan gjøres medikamentelt, eller kirurgisk ved at begge testiklene fjernes.

Cytostatika – Kastrasjonsresistent prostatakraft er betegnelsen som brukes når sykdommen utvikler seg til tross for lavt testosteronnivå. Ved spredning av kreften og kastrasjonsresistent sykdom, er det i dag god dokumentasjon for å vurdere bruk av cellegift.

Kombinasjoner av kirurgi, stråle-, hormon- og cytostatikabehandling - Pasienter som ikke kan tilbys helbredende behandling enten på grunn av langt fremskreden sykdom ved diagnosetidspunkt, eller som av annen årsak ikke har mulighet for helbredelse, kan tilbys ulike lindrende behandlingsalternativer.

(Berg, 2017, s. 563-567; Klepp, 2013, s. 286-290)

Det er vesentlig å skille mellom helbredende og lindrende behandling, og det er viktig å gjøre rede for de ulike behandlingsalternativer sammen med pasient og partner. Alder, andre sykdommer pasienten lider av og pasientens holdning til bivirkninger av de ulike typer behandling må tas i betraktning ved valg av behandling (Prostatakraftforeningen, 2019).

3.1.2 Androgen deprivasjonsterapi (ADT)

Androgener er en fellesbetegnelse for de mannlige kjønnshormonene, der 95% av hormonene er testosteron. Androgener stimulerer tilveksten av de fleste prostatakraftceller, og proliferasjon av kreftcellene reduseres ved å senke androgennivået i blodet eller ved medikamentell blokkering av androgenreseptorer på cellenivå (Klepp, 2013, s. 288). Som

regel oppnås dette ved medikamentell kastrasjon i form av hormonsprøyter, såkalte LHRH-analoger eller LHRH-antagonister, gitt med 1-6 måneders intervaller. Denne kastrasjonsbehandlingen fører til at testiklene ikke lenger produserer testosteron og at testosteron ikke kan påvises i blodet (Fosså, 2018, s. 90; Walker et al, 2013).

Androgen deprivasjonsterapi brukes ved langtkommet prostatakreft; livslang kastrasjonsbehandling er første terapivalg for pasienter med fjernmetastaser. Hormonbehandling kan også brukes adjuvant (tilleggsbehandling) ved strålebehandling av prostatakjertelen, for å optimalisere behandlingseffekten. Resultatet er at over halvparten av menn med prostatakreft vil trenge hormonbehandling i løpet av behandlingsforløpet (Walker et al, 2013).

3.1.3 Behandlingens konsekvenser for seksuell helse

”Seksuell helse er fysisk, mentalt og sosialt velvære relatert til seksualitet. God seksuell helse er en ressurs og beskyttelsesfaktor som fremmer livskvalitet og mestringsferdigheter” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016)

Kastrasjonsbehandlingen påvirker ikke bare kreftcellene, men griper også inn i mange av mannens naturlige funksjoner. Både muskulaturen, skjelettet og hjernen trenger testosteron for å beholde styrke og aktivitet. Mangel på mannlige kjønnshormoner øker derfor risikoen for svekket funksjon i disse organene. Det er videre en tendens til at fettstoffene i blodet øker, noe som sammen med vektøkningen øker risikoen for hjerte- og karsykdommer. Mange plages av hetebølger, særlig om natten. Testosteronmangel er også ledsaget av redusert benmargsfunksjon som resulterer i relativt lave verdier av blodprosent, uten at det foreligger jernmangel (Fosså, 2018, s. 90). Behandlingen forårsaker ofte fatigue, og dette er en klar årsak til redusert seksuell lyst hos menn. Fatigue kan ha flere betydninger, men defineres i denne sammenheng som den subjektive opplevelsen av å være trøtt eller sliten, kjenne seg svak eller mangle energi (Loge, 2013, s. 110-111). I tillegg opplever mennene humørsvingninger og depresjon, ofte som følge av seksuelle plager (Benedict et al, 2014).

Interesse og lyst til seksuell aktivitet går ikke nødvendigvis ned som følge av alder eller sykdom. ADT fører til betydelige seksuelle utfordringer som kan svekke livskvaliteten. Sammenlignet med andre bivirkninger av behandlingen, har problemer med seksualitet vist seg å være den største trusselen for det psykososiale velværet. Langvarig testosteronmangel fører til at seksuallivet forandres, først og fremst ved at lysten (*libido*) blir redusert, og ved at det utvikler seg ereksjonssvikt. Testiklene og penis blir etter hvert mindre (Fosså, 2018, s. 90). Ifølge Benedict et al (2014) fører seksuelle plager til nedsatt selvfølelse og selvtillit, spesielt dersom mannen anså seg selv som svært maskulin i forkant av sykdommen. For noen av mennene kulminerer disse negative tankene i følelsen av verdiløshet.

Ifølge Hamilton et al (2014) er det mange fysiske og psykiske påkjenninger som kan oppstå som følge av ADT. Alle mennene i studien deres opplevde at kroppen endret seg under behandlingen. Feminisering av kroppen og vektoppgang ble oppgitt til å være de verste kroppslige endringene. Mange hadde bekymringer om egen seksuell helse, og mange kjente på engstelse i forbindelse med å skuffe sin partner. Til tross for kroppslige endringer og utfordringer knyttet til seksuell identitet, er det mange pasienter som fortsatt tilstreber å ivareta egen seksualitet og samliv med partner (Walker & Robinson, 2012). Noen av mennene i deres studie var faktisk mer engstelig for behandlingens påvirkning av intimiteten i parforholdet enn dem selv. Menn med erektil dysfunksjon vil kunne rapportere om mindre lyst fordi de etter hvert mister interessen på grunn av den underliggende frykten for ikke å få ereksjon (Gjessing, 2018). Manglende seksuell lyst og funksjon oppleves ifølge Hamilton et al (2014) verst for de yngste pasientene som tidligere har hatt et aktivt og velfungerende seksualliv.

3.2 Seksualitet

Vi har nå sett at hormonbehandling ved prostatakraft kan få betydelige konsekvenser for både seksualitet, maskulinitet og intimitet. Jeg ønsker derfor å fremheve disse begrepene for å skape en større forståelse av utfordringene menn med prostatakraft står overfor.

Ifølge Borg (2016, s. 121) er det mange ulike meninger om hva seksualitet er. Dersom vi utelukkende definerer seksualitet som en forplantningsfunksjon, vil den være unødvendig for veldig mange pasienter. Helsepersonell bør ha en bredere forståelse av seksualitet, og

erkjenne at alle mennesker er seksuelle individer uansett alder og livssituasjon. Borg (2016) viser til WHO sin definisjon av seksualitet på følgende måte:

“Seksualitet er en integrert del av ethvert menneskes personlighet. Den er et grunnleggende behov og et aspekt ved det å være menneske, som ikke kan skilles fra andre sider av livet. Seksualitet er ikke det samme som samleie. Det handler ikke om hvorvidt vi får orgasme eller ikke, og det er ikke summen av vårt erotiske liv. Dette kan være en del av vår seksualitet, men behøver ikke å være det. Seksualitet er så mye mer. Det er det som driver oss til å søke etter kjærlighet, varme og intimitet. Det uttrykkes i den måten vi føler, beveger oss, rører ved og berøres av andre på. Det er like mye det å være sensuell som å være seksuell. Seksualiteten har innflytelse på våre tanker, følelser, handlinger og vårt samspill med andre mennesker, og dermed på vår mentale og psykiske helse. Og da helse er en grunnleggende menneskerett, må seksualitet være det samme”.

Et godt seksualliv er av stor betydning for enkeltindividets velvære og for å etablere og bevare nære relasjoner. Det er komplekse vekselvirkninger mellom seksualitet og den generelle helsetilstanden, hvor begge kan påvirke hverandre i positiv eller negativ retning. God seksuell helse ser ut til å være en ressurs og beskyttelsesfaktor som fremmer livskvalitet og mestringsferdigheter. Åpenhet om mangfold og positive holdninger til seksualitet er samfunnsmessige faktorer som fremmer seksuell helse (Helsedirektoratet, 2018).

3.2.1 Den seksuelle responssyklus

I denne oppgaven fokuserer jeg på hvordan seksuelle utfordringer kan mestres. Det er derfor naturlig å presentere mekanismene bak hva som faktisk skjer med kroppen når den forbereder seg på seksuell aktivitet.

Når mennesker fokuserer på seksualitet, starter *den seksuelle responssyklus*, som deles opp i fire påfølgende faser. *Lystfasen* består av fantasier, tanker eller ønsker om seksuell aktivitet som etter hvert tar mer og mer av oppmerksomheten. *Opphisselsesfasen* omfatter en subjektiv følelse av seksuell tenning og er ledsaget av kroppslige forandringer der mannen får ereksjon og kvinnen blir våt (lubrikasjon). Dette fører så til *seksuelle aktiviteter* av ulik art som leder til økt opphisselse og lystfølelse frem til et følelsesmessig klimaks i *orgasmefasen*. Fysiologisk ledsages orgasmen av rytmiske sammentreknings i kjønnsorganene der mannen får

ejakulasjon og kvinnen får sammentrekninger i ytre del av skjeden. Både menn og kvinner opplever kortvarig innsnevring av bevissthet ved klimaks. Under orgasmen frigjøres hormonet oxytocin som medvirker til følelsen av lykke og samhørighet. *Avslapningsfasen* preges av en følelse av generell avslapning, velvære og muskelavspenning (Gjessing et al., 2013, s. 87-88).

3.2.2 Maskulinitet

Mandighet (maskulinitet) er et fellesnavn på de egenskapene som tradisjonelt preger den mannlige personligheten i motsetning til den kvinnelige. Noen av disse egenskapene antas å henge sammen med biologisk kjønn, mens andre henger sammen med ulikheter i oppdragelse, rolleforventninger og kultur. Maskulinitet har tre sentrale kjennetegn; at mannen stoler på seg selv, har kontroll over følelsene sine, og er seksuelt potent (Fosså, 2018, s. 133).

3.2.3 Intimitet

Det finnes mange komplekse definisjoner av ordet “intimitet”. I denne sammenheng ønsker jeg å trekke frem Wassersug (2016), som forsøker å løsrive leseren fra oppfattelsen om at intimitet er synonymt med den seksuelle akt. Han mener at den enkleste, *og videste*, forklaringen av begrepet intimitet er “noe du deler med én, som du ikke deler med noen andre”. På bakgrunn av denne definisjonen, er det derimot tydelig at seksuell kontakt mellom to mennesker kan være svært intimt.

3.3 Mestring

Mestring er de personlige ressursene som pasienten viser i sin psykologiske tilpasning til ulike belastninger. Mestring gjelder de kognitive og handlingsmessige anstrengelsene for å redusere og tolerere ytre og indre utfordringer som sykdommen medfører (Dahl, 2016, s. 64) Han viser til Folkman og Moskowitz' (2004) definisjon av begrepet: “*Personens kognitive og atferdsmessige anstrengelser for å mestre de ytre og indre krav fra forhold mellom person og miljø som utfordrer eller overskrider personens daglige ressurser*”. Mestring handler om å oppleve å ha personlig kontroll over følgene av belastningen.

Lazarus og Folkman (1984, s. 141) definerer mestring som “*menneskers kognitive og atferdsmessige anstrengelser for å takle stress og situasjoner som vurderes som krevende og truer velværet*”. I følge Reitan (2017, s. 87) kan kronisk sykdom føre til at pasienter opplever

langvarig stress. For pasienter med prostatakraft vil sannsynligvis behandlingsperioden være livet ut, og slik kan prostatakraft forstås som en kronisk sykdom. Med bakgrunn i dette velger jeg å se nærmere på Aaron Antonovskys mestringsteori.

3.3.1 Aaron Antonovskys salutogenesemodell

Sosiologen Aaron Antonovsky valgte å fokusere på hvilke faktorer som bidrar til god helse. Hva det er som gjør oss motstandsdyktige og friske (Drageset et al, 2017). Han utviklet en teori om helsens opphav med utgangspunkt i stressforskning. Stress og sykdom er naturlige fenomen i et menneskes liv, og ifølge Antonovsky kan disse være potensielt helsefremmende. Antonovsky skapte begrepet *salutogenese*. Salutogenese er det motsatte av patogenese, som er en medisinsk benevnelse på årsaker til utvikling av sykdom eller sykkelige tilstander. I salutogenetisk tenkning oppfattes helse som et kontinuum, i stedet for at vi enten er syk eller frisk. Fokuset til Antonovsky ligger også på individets historie – hvilken mestringsevne har personen vist tidligere? Et kjernebegrep i Antonovskys teori er *opplevelse av sammenheng (OAS)*. Han forsket på mennesker som til tross for store påkjenninger hadde god helse. Han fant at disse personene hadde høy grad av OAS. OAS består av tre komponenter: begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. De tre komponentene henger sammen og påvirker hverandre (Antonovsky, 2012, s. 38-44).

Begripelighet betyr i hvilken grad mennesker opplever og forstår inntrykkene de får fra omgivelsene. *Håndterbarhet* beskriver i hvilken grad personen opplever å ha nok ressurser til å møte aktuelle utfordringer. *Meningsfullhet* beskriver i hvilken grad personen opplever at noe er verdt å engasjere seg i, og omtales som den mest betydningsfulle av de tre komponentene. Uten mening mangles drivkraften til å lete etter ressurser for å håndtere og begripe det som skjer. Kunnskap om OAS kan hjelpe helsepersonell til å bli oppmerksom på hvordan pasienten begriper, håndterer og finner mening i sin situasjon (Drageset et al, 2017).

3.3.2 Håpets betydning for mestring

Håp er sentralt for menneskers mestring. Det er håp som gjør det meningsfullt for alvorlig syke å hente frem indre eller ytre ressurser, følelsen av at det kan være et lys i tunnelen. En sterk følelse av håp vil mobilisere energi og kan gi styrke til og mot til å takle motgang, mens et svakt håp kan gi resignasjon og apati. Familie og venner kan være en verdifull støtte når en krise rammer, og håpet kan styrkes av vissheten om at andre stiller opp. Kognitive forhold

som å sette seg mål kan påvirke håpet. Mål setter fokus på fremtiden og kan virke stimulerende i seg selv. I tillegg peker mange undersøkelser på at helsearbeideren også er en viktig kilde til håp (Renolen, 2010, s. 153-154).

3.4 Kommunikasjon i seksuell veiledning

“Kunnskap og bevissthet om seksuell helse i møte med mennesker med eller uten helseutfordringer er en forutsetning dersom seksuell helse skal kunne vektlegges som helsefremmende ressurs” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016)

Den menneskelige seksualiteten er en drivkraft som er tilstede gjennom hele livet. Seksualiteten blir fort skadelidende under fysisk og psykisk stress forårsaket av sykdom, og skaper en negativ påvirkning av den seksuelle responssyklus. Seksuelle problemer eller seksuell dysfunksjon kan beskrives som “funksjonssvikt av organisk, psykologisk eller blandet karakter som på en negativ, ubehagelig og/eller smertefull måte kommer i veien for individets, parets, eller gruppers seksuelle motiver”. Seksuelle problemer må derfor ses i et systemisk perspektiv, der pasientens samlede situasjon kartlegges slik at informasjon og rådgivning kan tilpasses individuelle behov (Borg, 2017, s. 120-121).

Regjeringen utarbeidet i 2016 en samlet handlingsstrategi for seksuell helse; *“Snakk om det!”* Strategien skal bidra til god seksuell helse i hele befolkningen. Noen av delmålene for å nå en slik ambisjon er å sikre mennesker i alle aldre god kunnskap og nødvendig kompetanse til å ivareta egen seksuell helse. Videre skal det sikres kunnskap om og ivaretagelse av seksuell helse i helse- og omsorgstjenesten, og sørges for at helsepersonell respekterer og forstår pasienters seksuelle behov. Gjennom denne strategien ønsker regjeringen å bidra til et åpent og inkluderende samfunn der mangfold anerkjennes, og tabuer, skam, fordommer og stigmatisering knyttet til seksualitet motvirkes (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

Det foreligger i utgangspunktet klare retningslinjer for seksuell veiledning. Likevel har en rekke studier dokumentert helsepersonells uvilje til å diskutere kreftpasienters seksuelle og intime forhold.

Seksuell dysfunksjon er vanlig hos pasienter med kreft, og fører med seg psykologiske, emosjonelle og sosiale utfordringer. Konsekvensene er redusert livskvalitet og velvære, og

derfor trenger temaet profesjonell oppfølging (Traumer et. al, 2018). I følge studien til Hordern & Street (2007) er det ulike forventninger mellom pasienter og helsepersonell når det kommer til samtaler om seksualitet og intimitet. Majoriteten av helsepersonell møter pasienten på helsepersonellens premisser og kliniske prioritering. Mange antar at pasientene vil være mer opptatt av andre fysiske, psykiske eller sosiale aspekter, som hvordan de kan bekjempe sykdommen. Når pasientseksualitet- og intimitet blir usynliggjort i klinikken, blir temaet mistolket til å ikke være av betydning. I samtlige studier inkludert i denne oppgaven kom det frem at strukturelle begrensninger og mangel på tid og erfaring var viktige faktorer til at samtaler om seksualitet ikke ble tatt opp.

Ifølge Mick (2007) er gode verktøy integrert i de fleste sykehus for å kunne vurdere og iverksette tiltak til andre helsemessige utfordringer, men implementering av verktøy for kartlegging av seksualitet og seksuelle problemer fremstår fortsatt dessverre som lite prioritert. Det blir derfor ofte opp til den enkelte sykepleier å på eget initiativ diskutere seksualitet med pasienten. Uten å ha etablert en relasjon, finner mange det skremmende å skulle diskutere noe så intimt med pasienten.

3.4.1 PLISSIT og BETTER

Bruk av kommunikasjonsverktøy som PLISSIT og BETTER kan hjelpe helsepersonell til å våge å gå inn i disse samtaler på en profesjonell og respektfull måte. Mick (2007) presenterer modellene slik:

PLISSIT

“Permission” - Gi pasienten tillatelse til å diskutere seksualitet. *“Limited Information”* - Gi begrenset informasjon om behandlingens effekt på seksualitet, og hvordan en kan ivareta seksualiteten. Forsikre samtidig pasienten om at bekymring knyttet til seksualitet er helt naturlig. *“Specific Suggestions”* - Gi spesifikke forslag ut fra de problemene som er presentert og eventuelt en mer omfattende seksualanamnese. Rådgiving om seksualtekniske hjelpemiddel vil være spesifikke forslag. *“Intensive Therapy”* - Intensiv terapi krever mer spesialisert kunnskap innen sexologi enn en gjennomsnittlig behandler har, og krever gjerne henvisning til spesialist. For de aller fleste vil problemene løses på et tidligere nivå.

PLISSIT sørger for en systematisk tilnærming til kartlegging av seksuelle problemer, og åpner samtidig opp for samtale rundt pasientens ønsker for fremtiden. BETTER har blitt

utviklet spesifikt for kreftsykepleiere som et støtteverktøy til hjelp i kommunikasjon knyttet til seksualitet. Ifølge Mick (2007) er BETTER som et supplement til PLISSIT, til god hjelp i den helhetlige pleien.

BETTER

“Bring up the topic” - Ta opp temaet. *“Explain”* - Forklar at du er interessert i hva som fører til god livskvalitet hos denne personen, inkludert utfordringer knyttet til seksualitet. Presiser at han kan snakke om det han måtte ønske, selv om du kanskje ikke har løsningen der og da. *“Tell”* - Fortell pasienten at det finnes gode, tilgjengelige ressurser til hjelp for akkurat hans bekymring. *“Timing”* - Tidspunktet kan være ugunstig, det er derfor viktig å informere om at pasienten kan spørre om informasjon på et hvilket som helst annet tidspunkt. *“Educate”* - Informer pasienten om bivirkningene ved hans behandling. *“Record”* - Journalfør at du har tatt opp temaet seksualitet med pasienten, hvilke avtaler som har blitt gjort, og eventuelle tiltak som iverksettes.

4.0 Drøftingsdel

Når mennesker rammes av sykdom, kan tilværelsen fremstå ubegripelig, uhåndterbar og meningsløs. Salutogenetisk tilnærming til menneskets helse kan lede til dypere forståelse omkring hvilke faktorer som bidrar i retning av mestring av et helseproblem. Antonovsky utfordrer helsevesenet og ber helsepersonell spørre seg selv om de fremmer eller hemmer utvikling av opplevelse av sammenheng hos pasientene? Hvordan og når informasjon formidles eller ikke formidles, kan skape en opplevelse av meningsløshet og redusere opplevelse av sammenheng, og motsatt (Antonovsky, 2012, s. 38-44). Det må presiseres at konsekvenser av ADT ikke ses som en sykdom, men som en faktor som kan true fysisk og psykisk helse.

4.1 Når manndommen settes på prøve, og ingen snakker om det

”Menneskers mestring avhenger av at de forstår eller begriper hva som skjer med dem her og nå” (Drageset et al, 2017)

Ifølge Walker & Robinson (2012) var det vanskelig for mange å forutse omfanget av bivirkninger før de opplevde dem selv. Mange uttrykte at de synes det var vanskeligere å mestre utfordringene enn de hadde sett for seg. Bivirkninger som gynekomasti (forstørrelse av brystene), hetetokter, vektoppgang og omfordeling av kroppsfett til abdomen og hofter, og krymping av genitalia bidrar til en følelse av redusert maskulinitet, da kroppen i økende grad opplevdes mer feminin. For noen menn ble den feminiserende effekten av ADT så betydelig at de ikke lenger følte at de kunne kalle seg menn.

“They stole my manhood!” (Walker & Robinson, 2012).

Den biologiske siden av maskulinitet er knyttet til et normalt nivå av testosteron. Hos menn med prostatakreft blir alle de maskuline kjennetegnene utfordret på flere måter. Når testosteronnivået slås ut ved kastrasjon eller hormonbehandling, trues mandigheten ytterligere. Ereksjonssvikt representerer et grunnkudd mot mandigheten. ADT fører til at ereksjonssvikten blir nærmest total, og det er ofte betydelig skamfølelse knyttet til kastrasjon (Fosså, 2018, s. 133-134). Mange menn som allerede opplevde en grad av seksuelt

funksjonstap som følge av kirurgi og/eller strålebehandling, fortalte at plagene ble betydelig forverret etter ADT ble inkludert i behandlingen.

“It’s about a third the size as it was. That’s gotta be the hardest part for me. You just don’t feel you’re the man you used to be.” (Walker & Robinson, 2012)

Erfaring viser at det er store individuelle forskjeller med tanke på *når* forandringene opptrer, og *hvor* plagsomt den enkelte pasient opplever bivirkningene under kastrasjonsbehandlingen (Fosså, 2018, s 91), men ifølge Benedict et al (2014) opplevdes de seksuelle plagene for majoriteten verst i løpet av det første halvannet året etter start av ADT.

Følelser av sårbarhet, endret kroppsbilde og manglende mestring er ikke uvanlige og kan påvirke lyst og evne til å ha sex. *Kroppsbildet* som omfatter individets følelser for og holdninger til egen kropp, er en viktig del av det seksuelle. Det å føle seg attraktiv og kjenne tiltrekningskraft er viktig, og hormonbehandlingen kan påvirke kroppsbildet negativt på flere måter. Flere pasienter uttalte som nevnt at fatigue var en stor utfordring for dem. Fatigue svekket mennenes fysiske kapasitet til å engasjere seg i seksuell aktivitet. De manglet motivasjon til både å ta initiativ til sex, såvel som å respondere på partners initiativ (Walker & Robinson, 2012). For menn som ikke er i parforhold, kan det å finne en kjæreste by på ekstra store utfordringer. Mange er usikre på hvordan og når de skal fortelle en ny partner at de mangler seksuell lyst eller behøver medikamenter for å oppnå ereksjon (Gjessing et al., 2013, s. 94).

“I started to avoid touching her, because she would think I would be interested when I’m really not.” (Walker & Robinson, 2012)

Flere par opplevde at de gled fra hverandre etter mannen startet med ADT. Dette skyldtes i stor grad mangel på kommunikasjon; når mannen ikke følte at han kunne tilfredsstille sin partner, trakk han seg unna. Det oppstod en ond sirkel der kvinnen ikke følte seg tiltrekkende lengre, og mannen samtidig fryktet at kvinnen ville forlate ham. De parene som ikke klarer å kommunisere med hverandre, strever ofte mer for å ivareta en intim relasjon i parforholdet.

Dette illustrerer hvordan én utfordring kan være knyttet til en annen (Walker & Robinson, 2012).

Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger (Pbrl, 1999, § 3-2). God seksuell helse forutsetter at individets seksuelle rettigheter er ivaretatt. Seksuelle rettigheter brukes om menneskerettigheter som ivaretar seksuell og reproduktiv helse. Blant andre rettigheter er rett til seksualitetsundervisning (Helse- og omsorgsdepartementet 2016).

Ifølge Hordern & Street (2007), er hovedårsakene oppgitt til at helsepersonell vegrer seg for å informere om utfordringer knyttet til seksualitet manglende kommunikasjonsferdigheter, ydmykhet, og begrenset tid. Flere rapporterte at de var redd for å overskride pasientens intimgrense med spørsmål av ikke-medikamentell natur. Helsepersonell forklarer dette med frykt for å være respektløs eller for å bli oppfattet som påtrengende. Helsepersonell antyder også at viktige begrensninger ligger i egne seksuelle holdninger og verdier.

Kommunikasjonen er helt sentral i samtalen. Både verbalt og nonverbalt kan sykepleier kommunisere travelhet eller ro, interesse eller likegyldighet (Drageset et al, 2017). Åpent eller skjult formidles det til pasientene om de tillater seksuelle spørsmål eller ikke.

Det viser seg at hele 80% av helsepersonell ikke tar seg tid til å diskutere seksuelle problemer. Seksualitet får lav prioritet i den helhetlige pleien sammenlignet med annen behandling (Traumer et al, 2018). En grunn oppgitt til at adekvat informasjon ikke ble gitt var redsel for placebo-effekten. Helsepersonellet fryktet at pasientene skulle kjenne etter på symptomer som ikke var der, og var redd for at symptombyrden skulle bli større dersom man bare “ventet på den” (Walker et al, 2013).

Walker et al (2013) ønsket å undersøke hvor stor kunnskap pasient og partner hadde om ADT etter behandlingen allerede var startet. I deres studie ble 79 menn og 54 partnere intervjuet om deres kunnskap om ADT. Samtlige hadde vært til konsultasjon med enten onkolog/onkologisk sykepleier eller urolog. De fikk deretter utlevert et spørreskjema der de skulle svare *sant* eller *usant* på utsagn relatert til bivirkninger. Resultatene viste at ingen var godt nok informert om behandlingen. Forskerne hadde inkludert enkelte falske utsagn, for å etterprøve metoden. Noen trodde til og med at de falske utsagnene var sanne.

Lite kunnskap om ADT kan tilskrives språket som brukes av helsepersonell til å beskrive eventuelle utfordringer. I en klinisk setting, vil typisk “hormonterapi” være ordet man bruker for å beskrive ADT. Helsepersonell skyr ofte velmenende unna referanser til kastrasjon, men resultatet er at behandlingen blir misvisende for mange pasienter. Flere forstod “hormonterapi” i den betydning at det var et supplement, fremfor for en blokkade, av kjønns hormoner. Hormonterapi ble derfor mistolket til å bety det samme for menn som har prostatakreft som for kvinner som gjennomgår menopause. Mange trodde også at hormonterapi var tilførsel av østrogen. Dette viser at det er nødvendig å gi ærlig informasjon om hva en behandling faktisk innebærer. Noen kan også tilskrive mer alvorlige symptomer til ADT. Ved å gi god informasjon vet pasientene når det er nødvendig å oppsøke legehjelp (Walker et al, 2013). Ifølge Hamilton et al (2014) bidro forståelse av hormonbehandlingens virkning til at det var lettere å akseptere kroppslige og seksuelle endringer.

“Hvor lenge en er seksuelt aktiv, varierer. Seksuell aktivitet synker med alderen, men selv i aldersgruppen mellom 75 og 85 år angir 40 prosent av menn og 17 prosent av kvinner at de er seksuelt aktive” (Gjessing, 2018).

Ved nærmere undersøkelser om hvorfor sykepleiere ikke diskuterer seksualitet med pasientene, kommer det frem at de tror at pasientene er for syke eller for gamle til å være interessert i seksualitet, at en kropp med arr ikke er seksuelt tiltrekkende, og at de ikke vet hva de eventuelt åpner opp for. På samme tid føler mange pasienter at stereotypiske antagelser blir gjort om deres seksualitet og intimitet uten å ha blitt spurt (Hordern & Street, 2007).

Det er liten tvil om at stereotype holdninger og fordommer preger samfunnets syn på eldres seksualitet. En fordom er at seksualitet bare er for unge mennesker. I mediene og offentligheten er seksualitet sterkt knyttet til det å være ung og vellykket (Fosså, 2018, s. 140-141). Mange menn med prostatakreft er jevngamle med foreldrene til helsepersonell, og det kan ifølge Hordern & Street (2007) bli ekstra utfordrende å akseptere at slike pasienter har et seksualliv, og enda mer pinlig å snakke om det. Jeg har blitt fortalt at jeg kan minne pasientene om deres barn eller barnebarn, og dette oppleves som en barriere for meg.

I motsetning til ungdom, har eldre og voksne færre arenaer for innhenting av kunnskap og veiledning knyttet til sin seksualitet (Helsedirektoratet, 2018). Dette tydeliggjør viktigheten av profesjonell oppmerksomhet på området. Det viser seg at seksualitet som tema blir oversett, siden kommunikasjon om seksualitet synes vanskelig og tabubelagt. Det virker å være en slags toveis-tabu om temaet siden verken helsepersonell eller pasient tar initiativ til samtaler om seksualitet, noe som fører til at kommunikasjonen blir mangelfull eller ikke-eksisterende.

Traumer et al (2018) undersøkte teorien om seksualitet som tabu i det danske helsesystemet: De delte sine deltagerer inn i to grupper; initiativtakere og ikke-initiativtakere. Den første gruppen representerer pasienter som selv tok initiativ til å diskutere sin seksuelle helse med sin behandler, mens den andre gruppen representerer de som ikke tok initiativ til å diskutere seksuell helse. Initiativtakerne tok initiativ til å diskutere seksuelle problemer med behandler, men til tross for anstrengelsen lyktes de sjelden. Resultatene viste at det var flere årsaker til at ikke-initiativtakerne nølte, der de viktigste faktorene var oppfatninger om helsepersonellens tid, kjønnsforskjeller og relasjonen til helsepersonellet.

Enkelte barrierer ble tydeliggjort av begge grupper; *Relasjonen mellom pasient og behandler er helt avgjørende*. Tillit og en god relasjon mellom pasient og helsepersonell er helt avgjørende for pasientens vilje til å diskutere seksualitet, og tillit blir understreket som en viktig faktor. En følelse av gjensidig tillit og respekt bidro til at pasientene åpnet seg mer. *Kjønnsforskjeller*. De fleste pasientene i studien ønsket å prate med helsepersonell av samme kjønn. *Begrenset tid*. Flere pasienter opplevde at begrenset tid for konsultasjonen utgjorde en stor barriere. De opplevde helsepersonellet som svært travle, og at det dermed var liten, eller ingen, tid til å diskutere et så sensitivt tema (Traumer et al, 2018).

På den ene siden ser man stereotypiske holdninger til oppfatningen om pasientenes motvilje til å diskutere seksuelle problemer. Studien til Traumer et al (2018) viser derimot at initiativtakeren motbeviser dette. Dette indikerer at ikke alle pasientene vurderer seksualitet som privat eller sensitivt. En vanlig oppfatning av pasientens motvilje til å diskutere seksualitet med helsepersonell, er at det kommer til å bli en pinlig samtale. Dette kan nok i mange tilfeller være riktig for ikke-initiativtakere, men for initiativtakerne viste derimot studien at de som forsøkte å starte en slik samtale, ofte opplevde at helsepersonellet ble pinlig berørt. Initiativtakerne synes ikke det var pinlig eller ukomfortabelt å prate om seksualitet, og

i de tilfellene dette ble forsøkt uten hell, ble pasientene sittende igjen med en følelse av frustrasjon og avvisning.

Traumer et al (2018) sier videre at å føle seg ignorert eller avvist kan føre til følelse av skam, sårbarhet og ydmykelse, noe som igjen truer interaksjonen eller relasjonen. Avvisning kan føre til brutt tillit, som er en essensiell del av relasjonen mellom helsepersonell og pasient. Videre kan erfaringer med avvisning føre til mistillit og at pasienten vegrer seg for ta opp temaet i fremtiden. Studien avdekket mange slike tilfeller; der pasientene har tatt initiativ til å samtaler om seksualitet, men blitt ignorert eller avvist. Begrenset tid sies å være en av de vanligste årsakene til at helsepersonell unngår samtaler om seksualitet, men i studien kommer det frem at selv om helsepersonellet har tid, unngår de temaet. Det er svært viktig at behandler imøtekommer pasienter som tar opp temaet på eget initiativ for å ivareta sterke sosiale relasjoner og å bygge tillit. Kroppsspråk og reaksjon avslører tydelig de som ikke ønsker å snakke om temaet. Helsepersonell forteller i Hordern & Street (2007) at dersom de ikke føler at alt er tilrettelagt for samtalen, vil de ikke ta initiativ til å diskutere seksualitet. Men hvorfor skulle pasientene da føle at de kunne det?

Manglende informasjon om hva fremtiden bringer, kan føre til usikkerhet og følelse av manglende kontroll. Å bidra til en følelse av mindre hjelpeløshet og maktesløshet i møte med pasienter, virker helsefremmende (Drageset et al, 2017). Min erfaring er at de fleste pasienter vil søke på internett etter diagnose, prognose og bivirkninger. Dette kan gi et skremmende bilde av situasjonen og bidra til følelsen av å miste kontroll. Mange mister håpet om at noe kan gjøres. Et resultat av dette er at mange ikke opplever å ha ressurser nok til å håndtere problemene sine. Manglende mestringsressurser truer seksuell helse og parforhold ytterligere. Studien til Walker et al (2013) viser at de som var godt informert om problemer som kunne oppstå, var mer beredt til å takle nye utfordringer. En pasient som begriper det som skjer kan lettere tilpasse seg og mestre situasjonen han er kommet i.

4.2 Seksualrådgivning og terapi

”Håndterbarhet handler om å anvende tilgjengelige motstandsressurser for å fremme helse”.

(Drageset et al, 2017)

Seksuelle rehabiliteringsprogrammer, samt mangfoldet av publiserte bøker på området rettet mot mannen, handler i stor grad om å behandle erektil dysfunksjon og gjenvinne evne til samleie. Wassersug (2016) kaller dette *den falliske vinkel*. På den andre siden ser en at programmer rettet mot kvinner i mye større grad omhandler intimitet og promotering av seksuelle aktiviteter som ikke er avhengig av ereksjon; *den feminine vinkel*.

For menn i parforhold vil sannsynligvis begge tilnærmingene anvendes i seksualterapien for å sikre en helhetlig veiledning. I lys av Antonovskys salutogenese er rådgivning fra helsepersonell ment å være helsefremmende, og for å kunne bidra til en følelse av at de seksuelle utfordringene kan håndteres. Samtidig kan feil tilnæringsmåte virke mot sin hensikt. Wassersug (2016) illustrerer hvordan både den falliske og den feminine vinkel kan true håpet for menn som gjennomgår ADT.

Tradisjonell seksuell rehabilitering har vist seg å være lite virkningsfullt for pasienter med prostatakraft, og særlig finnes det få programmer som baserer seg på bivirkningene av ADT. For menn som har hatt nervesparende prostatektomi, og som fortsatt har libido og ereksjonsevne intakt, kan en slik form for seksualterapi være givende. For menn som gjennomgår ADT, derimot, viser det seg at terapien nærmest kan ha motsatt virkning. Problemene oppstår når hovedfokuset blir å gjenvinne seksualitet og ereksjonsevne slik den var før behandlingen, selv om man vet at for menn på ADT strekker utfordringene seg langt utover evne til ereksjon. Videre truer denne tilnærmingen betydningen av intimitet i et parforhold (Wassersug, 2016).

Den feminine vinkel fokuserer i større grad på “den nye normalen”; å finne nye måter å være seksuell på og det å finne glede i det intime og kjærlige ved et parforhold fremfor sex som inkluderer penetrering. For mange menn kan en slik tilnærming bidra til en frarøving av håpet om å gjenvinne sin seksualitet. Wassersug (2016) sier samtidig at mennene opplever en bagatellisering av det maskuline ved den feminine tilnærmingen. Menn er biologisk sett mer opptatt av sex, og vil fra naturens side oftere søke etter muligheter for dette. Den feminine

tilnærmingen underkjenner det evolusjonsmessige faktum at for menn er evnen til samleie avgjørende for deres følelse av maskulinitet, og “god sex” for majoriteten av menn er ensbetydende med penetrerende samleie som ender i orgasme.

Den falliske vinkel kan føre til at pasienten får et altfor ambisiøst håp hva gjelder gjenvinning av et normalt sexliv. Når menn, til tross for rådgivning og veiledning i bruk av hjelpemidler har problemer med å få ereksjon, eller mangler lyst, trekker de seg også unna annen intimitet og nærhet. Dette blir gjerne en ond sirkel, der den seksuelle dysfunksjonen ikke bare ødelegger for det rent seksuelle, men også for nærheten, kosen og intimiteten (Gjessing, 2018).

Noen terapeuter viser manglende innsikt i den videre forståelsen av begrepet seksualitet, og lar alt fokus hvile på ereksjonsevne for å oppnå givende sex. For menn på ADT kan dette underkjenne terapeutens kredibilitet. Ved å ha et slikt snevert fokus på seksualitet, kan mange menn føle at det er penis som er pasient, og ikke parforholdet. På den andre siden kan et for stort fokus på seksuell aktivitet som ikke er ereksjonsavhengig, spesielt dersom rådene kommer fra en kvinnelig terapeut, mangle forståelsen av hvor stor betydning ereksjon har for mannens selvtilitt og følelse av maskulinitet (Wassersug, 2016).

Håp kan formidles gjennom å ta seg tid til å snakke, gi informasjon, være vennlig, høflig, omsorgsfull og hjelpsom og ved å vise respekt og ærlighet. På den andre siden kan håpet svekkes av helsearbeidere. Den viktigste faktoren som reduserer håpet hos pasienten, er måten informasjon blir gitt på (Renolen, 2010, s. 153-154). For å kunne utforske og tilpasse seg nye måter å være intim på, krever det at en må gi slipp på det som har vært. For at “den nye normalen” skal oppleves givende i et parforhold, kreves det at man får tid til å sørge over tapet. Det er få studier i denne sammenheng som belyser viktigheten av å sørge over det som er tapt. Kanskje skyldes dette at mange ser på sorg som motsetningen til håp. At håpet om å gjenvinne det som var, må vike for sorgen. Ifølge Wassersug (2016) ser en ofte at seksualterapeuter har en overdrevet positiv tilnærming til seksuelle problemer, når det kanskje hadde vært mer passende å oppmuntre til sorg. Slik kan håpet redefineres, og man står mer beredt til å mestre “den nye normalen” (Wassersug, 2016).

“Well, we finally got home and...and...and we tried it. To tell you the truth, it didn't really work for us, but we never laughed so hard in our whole lives!” (Wassersug, 2016)

Når en opplever en følelse av at utfordringene kan håndteres, er en bedre rustet til å mestre nye utfordringer. I motsetning til mine antagelser om seksualitet og maskulinitet ved hormonbehandling av prostatakreft, viser Wassersug (2016) at hjelp til mestring av seksuelle og kroppslige utfordringer faktisk kan føre til bedre parforhold og mer tilfredsstillende par-dynamikk. Menn som opplever en høyere grad av håndterbarhet kan bli mer motivert til å overvinne utfordringer på andre plan, slik som hvilke tiltak som kan gjøres for å opprettholde det intime forhold til sin partner. De fleste par som kommer for sexologisk rådgiving etter kreftbehandling, sier at det de savner mest, er nettopp nærheten, kjærtegnene og intimiteten (Gjessing, 2018).

“We can't do this (sex) anymore, but let's find something that we can do to replace that. We try to always have something planned to look forward to, like a little holiday, or going out to a dinner theater, live music, or something like that. That maybe replaces some of those other activities, but still we get a lot of pleasure and enjoyment out of it.” (Walker & Robinson, 2012).

4.3 Å skape meningsfulle samtaler om seksualitet

”Å leve i en meningsløs tilværelse gir ingen anvisning for videre retning i livet eller hvordan en skal håndtere sin situasjon” (Drageset et al, 2017)

For å kunne ta opp seksuell helse i møte med pasienten, trenger fagpersonen både kunnskap og bevissthet om seksuell helse som ressurs. Helsepersonells profesjonalitet i slike samtaler vil være avgjørende for å sikre god kommunikasjon. Et bevisst og reflektert forhold til egne holdninger og erfaringer er nødvendig for å kunne være fordomsfri og imøtekommende i kommunikasjon om seksualitet og seksuell helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Større åpenhet om seksualitet, bedre tilgang på informasjon og tilbud om rådgivning om seksuelle problemer bidrar til å forebygge seksuelle og relasjonelle problemer (Helsedirektoratet, 2018).

Studien til Walker et al (2013) viser at det foreligger store variasjoner vedrørende *hvilken* informasjon som ønskes, og *når* informasjonen ønskes. Individuelt tilpasset informasjon er nødvendig for å bidra til pasientens begripelighet. Alle mennesker har ulike behov,

informasjonen må derfor tilrettelegges for den enkelte (Drageset et al, 2017). Rett etter en kreftdiagnose er stilt, er de fleste pasienter mest opptatt av diagnose, behandling og prognose. Informasjon om seksualitet kan for mange oppfattes stressende i en slik situasjon, og spørsmålene rundt seksualfunksjon kommer ofte senere (Gjessing, 2013, s. 91). Informasjonsbehovet varierer også for partnere. Partnerens behov blir ofte oversett i seksuell veiledning, når partneren burde vært anerkjent som en viktig støttespiller for pasienten (Walker et al 2013). En studie fra England (referert i Gjessing, 2018) viste at alle de spurte kreftpasientene ønsket skriftlig eller muntlig informasjon om kreftbehandlingens påvirkning på seksualfunksjonen. Erfaringsmessig er informasjon om mulige seksuelle utfordringer kjærkomment for de aller fleste, og for dem det ikke er aktuelt for, oppleves det sjelden galt at det tas opp av sykepleier eller lege. Innsiktsfull kommunikasjon i rolige omgivelser kan utgjøre den store forskjellen i pasientens følelse av mestring i en slik situasjon (Antonovsky, 2012, s. 38-44)

Sykepleiere har god kunnskap om kommunikasjon og empati, og har derfor en unik mulighet til å være gode samtalepartnere om seksualitet. Ved å fremme seksuell helse kan sykepleiere hjelpe pasienter til å gjenvinne en opplevelse av håndterbarhet og meningsfullhet. Meningsfullhet skaper lyst til å finne en dypere forståelse av verden og de ressursene en har til rådighet (Antonovsky, 2012, s. 38-44). Helhetlig pleie er først gitt når sykepleiere anerkjenner betydningen av seksualitet i pasientens liv (Mick, 2007).

Ifølge Mick (2007) er det å ta initiativ til samtaler om seksualitet ukomfortabelt for de fleste av oss. Primært handler usikkerheten om manglende kunnskap, eller andre antagelser om egne begrensninger. Når man opplever ubehag i forbindelse med enkelte tema, er det viktig at sykepleieren forstår hva som ligger til grunn for egne begrensninger. Ved å anerkjenne og bearbeide egne begrensninger og eventuelle fordommer, er det mer sannsynlig at en klarer å imøtekomme pasientens behov på en profesjonell og komfortabel måte.

Helsepersonells yrkesutøvelse preges generelt av forhåndsbestemte verdier, meninger og holdninger. Sykepleierens personlige karakter kan ha innflytelse på hvordan hun reagerer i en gitt situasjon, og den objektive profesjonaliteten kan trues når et tema som seksualitet diskuteres. Helsepersonell bør tenke over hvilken innflytelse antagelser har for deres holdninger når det kommer til seksualitet hos kreftpasienter (Mick, 2007). Ifølge Gjessing (2018), kan det være greit å tenke gjennom hvilke ord man vil bruke når man snakker om

seksualitet, før en starter. Samtaler om seksualitet krever raushet. Når sykepleieren har gode samtaler om seksualitet, kan hun eller han få informasjon som både sjokkerer og provoserer. Å være seg bevisst potensielle ulike verdier mellom pasient og sykepleier kan forebygge at sykepleieren reagerer på en trangsynt eller dømmende måte. Ved å forholde seg objektiv når man lytter og responderer til pasienters bekymringer knyttet til seksualitet, kan uønskede barrierer i kommunikasjonen forebygges, og samtidig forsikres pasienten om at han kan diskutere alle bekymringer med sykepleieren på en trygg måte (Mick, 2007).

“I don't know if he felt embarrassed or awkward, but I just sensed that discussing sexuality was probably out of his comfort zone. Whether it was because he lacked knowledge of it or because he was embarrassed... I don't know” (Traumer et al, 2018)

Sykepleiere er i stand til å gjøre selvstendige vurderinger når de kartlegger seksualitet, likevel viser Mick (2007) at sykepleiere holder seg til spørsmål på forhåndsbestemte sjekklister. Dersom det ikke står et punkt om seksualitet der, er det mange som antar at dette ikke er nødvendig eller viktig informasjon, og forsvarer dette som god nok grunn til å ikke utføre kartleggingen. På min arbeidsplass er DIPS-punktet om Seksualitet og Reproduksjon det eneste kartleggingsverktøyet som brukes, og min erfaring er at dette punktet ofte blir hoppet over som følge av nevnte begrensninger. Dette belyser behovet for implementering av kommunikasjonsverktøy slik som PLISSIT og BETTER.

Når det kommer til samtaler om seksualitet, kan det være lettere å informere pasienten fremfor å stille ham mange spørsmål. En fin innledning kan for eksempel være: “Du har fortalt meg at din fatigue hemmer deg i dagliglivet. Mange i din situasjon forteller at fatigue også har store innvirkninger på intimiteten og seksuallivet.” Slik får helsepersonell normalisert problemet samtidig som en åpner opp for videre samtale (Gjessing, 2018). Mick (2007) bekrefter at helsepersonell synes det er ubehagelig å skulle diskutere seksualitet med pasienter man møter for første gang. Informasjon i kombinasjon med åpne spørsmål kan gjøre at spørsmålene føles mindre invaderende for pasienten. En fin måte å skape en relasjon er å spørre om pasienten har barn og/eller partner, og hvordan sykdommen påvirker dem i familiesituasjoner eller i arbeidslivet. Videre i samtalen kan en forsøke å spørre om kroppslige endringer og selvbilde. Slik kan en også få direkte informasjon om, eller i det minste en forståelse av, eventuelle seksuelle utfordringer. Selv opplever jeg at også undersøkende spørsmål som “Hva vet du fra før?” “Hva er viktigst for deg nå?” “Hva håper du for

fremtiden?” åpner opp for en god samtale. I samtale med pasienten kan det også være lurt å fokusere på hvordan pasienten tidligere har håndtert utfordrende situasjoner for å hjelpe til økt bevissthet rundt egne mestringsressurser (Drageset et al, 2017).

Helsepersonell mangler ofte kunnskap om seksualitet, og særlig mangler de kunnskap om hva kreftsykdom og dens behandling gjør med seksuallivet i vid forstand (Fosså, 2018, s. 139). Helsepersonell har et ansvar for å holde seg faglig oppdatert. Inkludert i Verdens helseorganisasjons liste over fundamentale menneskerettigheter, er retten til seksuell helse (referert i Mick, 2007). Sykepleiere skal kunne informere og iverksette tiltak ved seksuelle utfordringer. For å kunne gi adekvat og korrekt rådgivning, må sykepleieren vite hvilken påvirkning sykdom og behandling har på seksualiteten. Ved å øke egen kompetanse på området, vil det bli lettere å snakke åpent om seksualitet.

Kunnskap skaper trygghet, som igjen vil danne grunnlag for mestring og bevisstgjøring. Mening utgjør selve motivasjonsdimensjonen i den salutogene mestringsteorien. Mennesker som finner mening i livet er bedre i stand til å takle utfordringer sammenlignet med de som opplever lite mening. Dersom pasienten finner mening i livet til tross for seksuelle plager, kan dette øke velværet, helse og livskvalitet (Drageset, 2017). Helsepersonell kan hjelpe å skape mening i pasientens liv ved å utøve begripelig veiledning. På den måten kan pasienten få en følelse av at utfordringene kan håndteres. Erfaringer tilsier at i enkelte situasjoner kan mestring være en forutsetning for å hindre forverring av sykdommen eller utvikling av alvorlige komplikasjoner. Økt kunnskap om egen sykdom vil også kunne bidra til at pasienten i større grad kan ta egne valg og være mer delaktig i vurderinger av behandling og oppfølging, noe som igjen vil kunne bidra til økt livskvalitet (Antonovsky, 2012, s. 38-44).

5.0 Konklusjon

I denne litteraturstudien var hensikten å undersøke hvilken betydning kommunikasjon har for mestring av utfordringer knyttet til seksualitet og maskulinitet ved hormonbehandling av prostatakreft. Det mest fremtredende funnet var mangel på kommunikasjon knyttet til behandlingens konsekvenser for seksuell helse. Majoriteten av forskningen viste at de pasientene som ikke tar initiativ til samtaler om seksualitet selv, heller ikke blir spurt. Disse mennene trenger begripelig, gjentagende og tilpasset informasjon om behandlingens konsekvenser for å kunne håndtere seksuell dysfunksjon og redusert følelse av maskulinitet. Samtidig må helsepersonell forstå hva som ligger til grunn for egne begrensninger vedrørende kommunikasjon rundt seksualitet. Relasjonen og følelsen av gjensidig tillit mellom pasient og helsepersonell er essensielt for å kunne ha meningsfulle samtaler om seksualitet. Kunnskap om behandlingens effekt på kropp og seksualitet vil danne et bedre grunnlag for pasientens mestring, samt gjøre helsepersonell mer trygg i seksuell veiledning. Seksualitet og fokus på kroppslige endringer bør rutinemessig inkluderes som en del av den helhetlige pleien, og det må være helsepersonells ansvar å ta initiativ til disse samtalene.

Videre forskning på ADT og denne behandlingens konsekvenser for seksualitet og maskulinitet bør med fordel inkludere strategier for hvordan helsepersonell kan bidra til mestring hos disse pasientene.

6.0 Referanseliste

Antonovsky, A. (2012) *Helsens mysterium - den salutogene modellen*. Oslo: Norsk Gyldendal Forlag AS

Benedict, C., Traeger, L., Dahn, J. R., Antoni, M., Zhou, E. S., Bustillo, N. & Penedo, F. J. (2014) Sexual Bother in Men with Advanced Prostate Cancer Undergoing Androgen Deprivation Therapy. *International Society for Sexual Medicine*. (2014) Side 1-9. DOI: 10.1111/jsm.12645

Berg, A. S. (2017) Krefte i mannlige kjønnsorganer. I Reitan, A. M. & Schjølberg, Tore Kr. (Red) (2017) *Kreftsykepleie*. 4. Utgave. Oslo: Cappelen Damm

Borg, T. (2017) Seksualitet. I Reitan, A. M. & Schjølberg, Tore Kr. (Red) (2017) *Kreftsykepleie*. 4. Utgave. Oslo: Cappelen Damm

Dahl, A. A. (2016) *Kreftsykdom - psykologiske og sosiale perspektiver*. Oslo: Cappelen Damm

Drageset, S., Ellingsen, S. & Haugan, G. (2017) *Å mestre livet ved alvorlig sykdom*. Nordisk sygeplejeforskning. Vol. 7, nr. 4. Hentet fra:
https://www.idunn.no/nsf/2017/04/aa_mestre_livet_ved_alvorlig_sykdom

Folkehelseinstituttet (2019) *Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler*. Hentet fra:
<https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler/>

Fosså, S. D., Berge, V., Dahl, A. A. (2018) *Prostatakrefte*. Oslo: Cappelen Damm AS

Gjessing, R., Borg, T., Dahl, A. (2013) Problemer med seksualitet. I Loge, J. H., Dahl, A. A., Fosså, S. D., Kiserud, C. E. (Red) (2013) *Kreftoverlevende*. 2. utgave, 1. opplag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Gjessing, R. (2017) *Sexologisk rådgiving som en del av kreftomsorgen*. Hentet fra:
<https://onkonytt.no/sexologisk-radgiving-som-en-del-av-kreftomsorgen/>

Gjessing, R. (2017) Sykepleieutfordringer ved kreft i mannlige kjønnsorganer. I Reitan, A. M. & Schjølberg, Tore Kr. (Red) (2017) *Kreftsykepleie*. 4. utgave. Oslo: Cappelen Damm

Gjessing, R. (2018) *Seksualiteten etter kreften*. Hentet fra:
<https://sykepleien.no/forskning/2018/09/seksualiteten-etter-kreften>

Grov, E. K., Loge, J. H. & Dahl, A. A. (2013) Livskvalitet. I Loge, J. H., Dahl, A. A., Fosså, S. D., Kiserud, C. E. (Red) (2013) *Kreftoverlevende*. 2. utgave, 1. opplag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Hamilton, K., Chambers, S. K., Legg, M., Oliffe, J. L. & Cormie, P. (2014) Sexuality and exercise in men undergoing androgen deprivation therapy for prostate cancer. *Support care cancer*. (2014) DOI: 10.1007/s00520-014-2327-8

Helsebiblioteket (2016a) Kunnskapsbasert praksis. Hentet fra:
<http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>

Helse- og omsorgsdepartementet (2016) *Snakk om det!* Strategi for seksuell helse. Hentet fra:
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/snakk-om-det/id2522933/>

Helsedirektoratet (2018) *Seksuell helse*. Hentet fra:
<https://helsedirektoratet.no/folkehelse/seksuell-helse>

Direkte søk: Hordern, A. J. & Street, A. F. (2007) Communicating about patient sexuality and intimacy after cancer: mismatched expectations and unmet needs. *MJA*, 186(5), 224-227. Hentet fra PubMed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17391082>

Klepp, O. (2013) Svulster i mannlige genitalia. I Kåresen, R. & Wist, E. (Red) (2013) *Kreftsykdommer*. 4. utgave, 3. opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk AS

Kreftregisteret (2018) *Kreft i Norge*. Hentet fra:
https://www.kreftregisteret.no/Registrene/Kreft_i_Norge/

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984) *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

Loge, J. H. (2013) Fatigue (trøtthetsfølelse) og depresjon. I Loge, J. H., Dahl, A. A., Fosså, S. D. & Kiserud, C. E. (Red) (2013) *Kreftoverlevende*. 2. utgave, 1. opplag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Mick, J. M. (2007) Sexuality Assessment: 10 Strategies for Improvement. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. Vol. 11, nr. 5, s. 671-675. DOI: 10.1188/07.CJON.671-675

Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, *Lov om pasient- og brukerrettigheter*
§ 3-2. *Pasientens og brukerens rett til informasjon*.

Polit, D, F. & Beck, C, T. (2017). Literature reviews: Finding and critiquing evidence. I *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practise*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health.

Prostatakreftforeningen (PROFO) (2019) *Prostatakreft*. Hentet fra:
<https://www.prostatakreft.no>

Reitan, A. M. (2017) Psykologisk krise og mestringsmuligheter. I Reitan, A. M. & Schjølberg, Tore Kr. (Red) (2017) *Kreftsykepleie*. 4. utgave. Oslo: Cappelen Damm

Renolen, Å. (2010) *Forståelse av mennesker*. 2. Opplag. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Traumer, L., Jacobsen, M. H. & Laursen, B. S. (2018) Patients' experiences of sexuality as a taboo subject in the Danish healthcare system: a qualitative interview study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*; 2019: 33; 57-66. DOI: 10.1111/scs.12600


Verdens helseorganisasjon (WHO) (1975) *Education and treatment in human sexuality: The training of health professionals*. Geneva, Sveits

Walker, L. M., Sc, M., Tran, S., Wassersug, R. J., Thomas, B. & Robinson, J. W. (2013) Patients and partners lack knowledge of androgen deprivation therapy side effects. *Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations* 31 (2013) Side 1098-1105. DOI: 10.1016/j.urolonc.2011.12.015

Walker, L. & Robinson, J. W. (2012) Sexual Adjustment to Androgen Deprivation Therapy: Struggles and Strategies. *Qualitative Health Research*. (2012) Side 452-465. DOI: 10.1177/1049732311422706

Wassersug, R. J. (2016) Maintaining intimacy for prostate cancer patients on androgen deprivation therapy. *Current opinion* (2016) Vol. 10, nr. 1, s. 55-65. DOI: 10.1097/SPC.0000000000000190

VEDLEGG 1; Søkehistorikk

	<h3>SØKEHISTORIKK</h3>
---	------------------------

Problemstilling: *Hvilken betydning har kommunikasjon knyttet til seksualitet og maskulinitet hos menn som får hormonell behandling for prostatakreft for deres mestring?*

Database/ Søkemotor/ nettsted	Søk- nummer	Søkeord/ Emneord/ søkekombinasjoner	Antall treff	Kommentarer til søket/treffliste (fyll ut etter behov, kommenter gjerne kombinasjonene)
PubMed Advanced search	1	"Prostatic neoplasms"	122923	For mange treff, begrenser søket
	2	"Prostate cancer"	163440	For mange treff, begrenser søket
	3	"Masculinity"	3215	For mange treff
	4	"Sexual bother"	472	For mange treff
	5	"Sexuality"	147143	For mange treff
	6	"Intimacy"	3693	For mange treff
	7	"Androgen deprivation therapy"	6830	For mange treff
	8	"Androgen deprivation"	7713	For mange treff
	9	"Self image"	>100000	Ikke aktuelt
	10	#1 AND #3	37	Mange relevante
	11	#4 AND #8	12	Flere relevante
	12	#8 AND #6	4	1 relevant
CINAHL	1	"Prostatic neoplasms"	25577	For mange treff
	2	"Androgen deprivation therapy"	1378	For mange treff
	3	"Coping"	31173	For mange treff
	4	"Nurse-patient relations"	23909	For mange treff
	5	"Patient education"	68897	For mange treff

	6	"Sexuality"	41185	For mange treff
	7	"Communication"	>100000	Ikke aktuelt
	8	#4 AND #6	301	Mange aktuelle, begrenser søket
	9	#4 AND #6 AND #5	25	Flere relevante
	10	#1 AND #2	1025	For mange treff
	11	#1 OR #2	25930	Ikke aktuelt
	12	#1 AND #2 AND #3	6	1 relevant
ORIA	1	Direkte søk på relevante artikler referert i valgt forskning	4	Flere valgt
Sykepleien forskning	1	"Prostatakreft"	45	Flere aktuelle, begrenser søket
	2	"Seksualitet"	42	Flere aktuelle, begrenser søket
	3	"Kommunikasjon"	774	For mange treff, begrenser søket
	4	#2 OG #3	26	1 valgt
	5	#1 OG #2	2	Samme treff som #2 OG #3
Nordisk sygeplejeforskning	1	Direkte søk på anbefalt artikkel	6	1 valgt