

Sexuallivet efter en radikal prostatektomi
- **upplevelser, information och stöd**
hos opererade män och deras partner

Sexual life after radical prostatectomy
- **experiences, information and support**
from the view of the patients and their partners

FÖRFATTARE	Lovisa Dahlström
FRISTÅENDE KURS	Omvårdnad – Självständigt arbete II VEA010 VT 2006
OMFATTNING	10 p
HANDLEDARE	Lisbeth Hellström
EXAMINATOR	Ann Bengtson

TACK...

Mamma och Pappa; för ert allsidiga stöd och orubbliga tro på min förmåga.

Hans; för hjälp med små men viktiga praktiska angelägenheter.

Lisbeth; för oändligt mer än jag kan beskriva i ord!

Ann; för synnerligen goda råd, tålamod och uppmuntran.

Lovisa

Titel (svensk):	Sexuallivet efter en radikal prostatektomi -upplevelser, information och stöd hos opererade män och deras partner
Titel (engelsk):	Sexual life after radical prostatectomy -experiences, information and support from the view of the patients and their partners
Arbetets art:	Självständigt arbete - fördjupningsnivå II
Fristående kurs/kurskod:	Omvårdnad – Självständigt arbete II / VEA010
Arbetets omfattning:	10 poäng, D-nivå, magisternivå
Sidantal:	7 sidor
Författare:	Lovisa Dahlström, distriktssköterska e-post: lovisadahlstrom@yahoo.se
Handledare:	Lisbeth Hellström, univ. lektor
Examinator:	Ann Bengtson, univ. lektor

ABSTRACT

The aim was to describe the experiences of couples where the male partner had undergone radical prostatectomy due to prostate cancer. Furthermore, the study explored how the operation had affected their sexual life, whether the couples had received enough post surgical support and information concerning these issues, and to describe the kind of support and information these couples desired. Twenty men and ten partners participated. All the men experienced a varying degree of post surgical erectile dysfunction and only five men had received support concerning their sexual life. Eleven men desired professional visiting support activities. All the partners experienced a negative effect on their sexual life after the operation. Seven partners had not received any support concerning their sexual life and almost 50 % desired support. The men as well as their partners described that although medication led to some erectile function, it also led to a certain lack of spontaneity in their sexual life. It emerged that there was a reciprocal effect of men and their partner, and for that reason the partner should be included in the nursing. The participants had realistic ideas of what post surgical nursing should comprise.

Key words: *prostatectomy, erectile dysfunction, support, information*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION	1
SYFTE	2
METOD	2
POPULATION	2
DATAINSAMLINGSMETOD	2
DATABEARBETNING	3
ETISKA BEAKTANDEN	3
RESULTAT	3
MÄNNENS UPPLEVELSER AV SEXUALLIVET EFTER PROSTATAOPERATIONEN	3
ERHÅLLEN INFORMATION OCH STÖD ANGÅENDE SEXUALLIVET UR MÄNNENS PERSPEKTIV	4
ÖNSKAT STÖD ANGÅENDE SEXUALLIVET BESKRIVET AV MÄNNEN.....	5
PARTNERNAS UPPLEVELSER AV SEXUALLIVET EFTER PROSTATAOPERATIONEN	5
ERHÅLLEN INFORMATION OCH STÖD ANGÅENDE SEXUALLIVET UR PARTNERNAS PERSPEKTIV	6
ÖNSKAT STÖD ANGÅENDE SEXUALLIVET BESKRIVET AV PARTNERNAS.....	6
DISKUSSION	7
KONKLUSION	8
REFERENSER	9

BILAGA 1

FRÅGEFORMULÄR TILL **MAN** SOM OPERERATS FÖR PROSTATACANCER

BILAGA 2

FRÅGEFORMULÄR TILL **PARTNER VARS MAN** OPERERATS FÖR PROSTATACANCER

Introduktion

Hela livet igenom är sexuell aktivitet essentiellt för människan. Oförmåga att upprätthålla sexuell tillfredsställelse kan innebära sexuell ohälsa (1, 2). Vid cancersjukdom kan patienten själv liksom vårdpersonal komma att betrakta patienten som ickesexuell, något som kan ge negativa konsekvenser på patientens sexuella hälsa (2).

År 2003 fick 9 035 män i Sverige diagnosen prostatacancer med relativ femårsöverlevnad beräknad till 78,3 %. Sjukdomen kan förekomma hos män i femtioårsåldern men är vanligast från 65 års ålder (3).

Flera behandlingsalternativ finns tillgängliga. Har cancersjukdomen inte metastaserat kan radikal prostatektomi innebära ökad chans till bot i jämförelse med så kallad watchful waiting (3, 4). Dock åtföljs radikal prostatektomi inte sällan av erektil dysfunktion (ED) (3, 5, 6). ED kan orsakas av neurogena, vaskulära och psykogena faktorer. Kombinationer av dessa är inte sällsynta (7, 8). Två relevanta skäl till fokus på sexuallivsproblem efter radikal prostatektomi är att män tenderar vara allt yngre vid diagnostisering, samt att äldre tenderar bli alltmer sexuellt aktiva (9).

ED innebär oförmåga att förvärva eller upprätthålla erektion, tillräcklig för tillfredsställande sexuell prestation. Dock kan libido, orgasmkapacitet och ejakulationskapacitet vara intakta vid närvaro av ED (7).

Bland män som var mellan 50 och 70 år hade ca 50 % någon grad av ED (10). En studie visade att förekomsten av ED i åldrarna 60-70 år var 8,4-10,2% (11). ED relaterat till prostatektomi kan dock förbättras över tid (6, 12, 13).

Det finns ett flertal terapier för ED. Flera är dessvärre okända för vårdpersonal, varför alltför många män förblir obehandlade (3, 4). Bristfällig kunskap om alternativa sexuella aktiviteter, hjälpmedel och läkemedel kan åtgärdas via stöd och därmed preventera progressiv ED (6, 7). Sildenafil överensstämde med det mest önskvärda hjälpmedlet hos prostatektomerade män (14). Terapi bör väljas efter metodens prognos och accepteras av båda parter i en sexuell relation (8).

Samlagsaktivitet avtar med stigande ålder men förekommer det bland män över 90 år (11). Bland 70-åriga göteborgare angav 58,6 % av kvinnorna och 69,3 % av männen att de var sexuellt aktiva. Orsaker till ökad aktivitet antogs bero på ett förbättrat allmänt hälsoläge och ett samhälle med generellt öppnare attityd (15, 16).

Vanligt återgivna upplevelser angående ED i studier bland prostatektomerade män var förlorad manlighet, besvikelse och frustration (17-21). Ingreppet förändrade sexuallivet i negativ riktning (9, 17, 18, 20-22). Hopp om återvunnen sexuell kontroll beskrevs, liksom fall där män hade accepterat sin ED (9, 18-20). Frekvent upplevde männen dock att deras identitet i relationen hade gått förlorad (19, 22). Rädsla för fysisk närhet påvisades. Männen var rädda för att ge sin partner förhoppning om samlag, något de inte kunde infria (18, 22). Konsekvenser av ED blev ett liv anpassat efter dysfunktionen, försämrad livskvalitet och undertryckta känslor (10, 13, 18, 20-22).

Många hustrur visade inte oro eller frustration för sin make, vilket kan förklara att vissa män inte betraktade ED som en ömsesidig angelägenhet (18, 20, 22).

Belägg finns dock för att hustrur var oroliga för männens självförtroende och hälsa samt att de bar männens frustration (9, 17, 19). Kvinnorna kom att spela en väsentlig roll som stöd för sin make (19, 20, 22). De besvärades i olika grad av problem i den sexuella relationen. I ett fall uttryckte en hustru oro över äktenskapets framtid relaterat till detta (9, 14).

När patienter nyligen fått sin prostatacancerdiagnos hade de fokus på överlevnad, varför de inte tillgodosgjorde sig preoperativ information om ED (17, 19, 20, 22, 23). Partnern var essentiell för mannens problemhantering och därmed också i behov av information och stöd (14, 22, 24). Omvårdnaden hade flera brister. Informationen som gavs tycktes vara inadekvat, då många par saknade aktuell kunskap om ED och alternativa vägar att uppleva sexuell tillfredsställelse (14, 18, 19). Paren önskade postoperativt sexuallivsstöd men vågade inte be om det och fick förse sig på egen hand då detta inte erbjöds av vårdpersonalen (9, 14, 17, 22, 24).

Såväl männen som deras partner uttryckte önskemål om mer postoperativ tid med en sjuksköterska liksom kontakt med par i liknande situationer (9, 14, 22, 25).

Syfte

Syftet med studien var att beskriva hur män, som genomgått radikal prostatektomi på grund av prostatacancer, och deras partner, upplevde att ingreppet hade påverkat deras sexualliv. Vidare var syftet att beskriva huruvida paren hade fått stöd och information angående sexuallivet postoperativt, samt att beskriva stödet och informationen som paren hade önskat sig.

Metod

Population

Inklusionskriterier för deltagande män var att de skulle ha blivit prostatektomerade relaterat till prostatacancer samt ha haft en fast sexualpartner före, respektive en tid efter, operationen. För partnern krävdes att han/hon skulle ha en sexuell relation till en man som uppfyllde ovan nämnda kriterier. Paren skulle behärska svenska språket i tal och skrift.

Datansamlingsmetod

Deltagande i studien innebar att besvara en enkät. För att komma i kontakt med personer som motsvarade inklusionskriterierna kontaktade författaren prostatacancerpatientföreningen ProLiv. En lokalförening antog förslaget till samarbete och författaren fick presentera studien på ett möte samt i föreningsskriften ProLivNytt. Flertalet intresserade anmälde sig varav en större andel kunde inkluderas enligt ovan. Ytterligare ett par som inte var medlemmar i ProLiv önskade delta och kunde inkluderas. Totalt sändes 37 enkäter ut per post, varav 24 till män och 13 till partner. Intressenterna var bosatta över hela Sverige således skildrade enkätsvaren erfarenheter från olika sjukhus.

Då författaren inte kunde finna ett lämpligt instrument som skulle leda till svar på de specifika frågor som studien omfattade, konstruerade författaren enkäterna. De utarbetades i två snarlika versioner, riktade till opererade män respektive till deras partner. Genom såväl slutna som öppna svarsalternativ gavs deltagarna möjlighet att beskriva sin relation, eventuella erektionsproblem och sitt sexualliv såväl preoperativt som postoperativt. De slutna frågorna följdes alltid av möjlighet att motivera svaret. Vidare ställdes frågor om när, av vem och av vilket slag de fått information och stöd angående sexuallivet. Frågorna omfattade även ett avsnitt där deltagarna fick beskriva det stöd de ansåg vara adekvat angående sexuallivet postoperativt samt vilken typ av profession som de ansåg vara lämpad att ge dem detta stöd. De ombads även motivera huruvida de önskade operationen ogjord.

Vid konstruktionen av enkäterna följdes Polit och Hunglers (26) anvisningar till utarbetande av frågeformulär. Tonvikt lades framför allt på att formulera frågorna tydligt så att de inte kunde feltolkas

och att i frågeformuleringen visa hövlighet och hänsyn till deltagarnas behov och rättigheter, särskilt då man frågade efter högst privata ting (26). Enkätens slutna frågor hade enligt anvisningarna (26) svarsalternativ som täckte alla tänkbara alternativ. De följdes av öppna frågor, vilka har sin stora fördel i att de inte begränsar deltagarna till färdiga svar utan kan beskriva upplevelser med egna ord (26). Via så kallade filterfrågor (26) leddes deltagarna genom enkäten och de kunde hoppa över de frågor som inte berörde vederbörande.

En pilotstudie gjordes för att testa enkätens validitet. För att underlätta svarsproceduren för deltagarna bifogades varje enkät ett frankerat, adresserat svarskuvert.

Databearbetning

Databearbetningen gjordes enligt deskriptiv forsknings huvudsyfte. Det innebär att beskriva karaktäristika av exempelvis en viss situation och/eller att ange förekomsten av ett särskilt fenomen. I bearbetningen observeras, räknas, grupperas och beskrivs inhämtad data (26).

Författaren granskade enkätsvaren och grupperade likvärdiga svar samt noterade förekomsten för varje typ av svar. I resultatet beskrevs de vanligast förekommande svaren, men även avvikelser belystes. Vidare citerades vissa enkätsvar för att stärka resultatets skildringar.

Etiska beaktanden

Författaren beaktade frivilligheten i deltagandet och var därmed noga med att låta intresserade anmäla sig när de erhållit skriftlig och muntlig information om studien och om rätten att kunna avbryta sitt deltagande. Eftersom personlig kontakt med deltagare har visats ge positiv effekt på svarsfrekvensen (26) kontaktade författaren intressenterna per telefon eller e-mail och fick därmed även deltagandet bekräftat. Till enkäten bifogades frankerade och adresserade svarskuvert. Enkäterna besvarades anonymt. Med respektive enkät följde ett separat blad med plats för skriftligt samtycke samt återupprepad information om rätt att avbryta deltagandet. När resultatet var sammanställt sändes det till samtliga deltagare för deras möjlighet att kommentera innehållet.

Upprepade gånger konsulterades forskningsetiskt kunniga personer vid Göteborgs Universitet eftersom ämnet för studien var förknippat med stark integritet och intimitet. Vidare följdes etiska forskningsrekommendationer enligt Helsingforsdeklarationen 1975 (27).

Resultat

Totalt tjugo män besvarade enkäten. Genomsnittsåldern var 64 år. Männerna var födda mellan åren 1928 och 1951 och prostatektomerade under åren 1997 till 2005. Med undantag för en man levde männen med samma partner som de hade vid operationstillfället. Deras relationer var två till 52 år långa. Totalt deltog tio partners till prostatektomerade män. Samtliga var kvinnor med genomsnittsåldern 63 år. Kvinnorna hade haft fast relation till sin partner i två till 51 år, varav merparten varit gifta med densamme sedan ung ålder. Samtliga hade haft fast relation med sin partner perioperativt och alla var kvar i relationen.

Männens upplevelser av sexuallivet efter prostataoperationen

Bland de 20 männen uppgav fyra att de hade erektionsproblem preoperativt. Två av dem relaterade det till åldern, en till hypertoni och en till läkemedelsbehandling. Samtliga upplevde att ingreppet hade påverkat sexuallivet och alla utom en beskrev grav ED. Spontant nämnde elva män att de hade brukat olika hjälp- eller läkemedel, vilka emellertid inte sällan beskrevs ge föga effekt. En man uttryckte explicit att erektionsförmågan tilltagit med tiden.

En nyopererad man hade kvarvarande urinkateter och hade härav inte försökt initiera samlag ännu. En man upplevde att bestående urinläckage hämmade honom från sexuell aktivitet.

I princip beskrev männen en unison upplevelse av att spontaniteten i sexuallivet hade försvunnit och att eventuella samlag måste planeras på grund av deras behov av hjälp- eller läkemedel.

”Jag måste använda Viagra el. liknande och sexuallivet blir därmed inte lika spontant som tidigare.”

En man beskrev tydligt att han inte kunde tillfredsställa sin partner längre. Två män beskrev att hustrurna förlorat engagemang samt avböjt sex när sexuallivet måste ske på ”konstgjord väg”.

Bland äldre män som hade levt med samma partner under hela sitt vuxna liv, kunde en frustration men ändå ett accepterande anas. Dessa män beskrev en annan typ av sexuell närhet med smekningar.

Djupare besvikelse beskrevs av en man med en relation på endast ett par år. Han saknade sitt aktiva kärleksliv och beskrev att närhet med partnern resulterade i besvikelse för båda.

”...hon upplever det mycket tråkigt att vi ej kan vara tillsammans som förut. Vi blir båda ledsna när vi ska ”gosa” och det inte händer någonting.”

Totalt fem män ansåg att sexuallivsförändringar i form av ED hade förändrat deras syn på relationen. Av tre män beskrevs positiva förändringar såsom en djupare och mer innerlig relation.

”Det har medfört att vi känner varandra bättre nu både sexuellt och i samlivet i stort.”

Två av de fem ovan nämnda männen upplevde negativa förändringar i relationen relaterat till ED. De beskrev att de undvek fysisk närhet med partnern. En av dem förklarade att detta var relaterat till att han inte ville ge sin partner falska förhoppningar. Mannen vidareutvecklade detta med att beskriva att han gick upp tidigare på helgerna och gick till sängs senare på kvällarna.

En man med ett 35-årigt äktenskap bakom sig upplevde vare sig förståelse eller fungerande kommunikation med sin hustru i sexuallivet. Detta resulterade i skilsmässa.

Sexton av 20 män ansåg sig kunna samtala med sin partner om sexuallivet efter operationen.

Erhållen information och stöd angående sexuallivet ur männens perspektiv

Att prostatektomi kunde resultera i ED fick samtliga män upplysning om preoperativt. En man hade fått informationen av sin hustru som var distriktssköterska. Övriga uppgav att deras läkare informerat dem i samband med operationen. Vidare beskrev männen att de inhämtat kompletterande information.

Ingen man ångrade operationen, med motiveringen att livet var viktigast för dem. Tre män uttryckte även lättnad över att cancerrelaterade miktionsproblem hade avtagit.

”Vi värdesätter de ”små” sakerna i livet - årstidernas växlingar, blommor, fjärilar, gnistrande snö, ett stilla vårregn och störs inte så mycket av små förtretligheter.”

Fem av 20 män uppgav att de hade erhållit information om alternativ sex. Två av dessa män, opererade vid samma sjukhus, hade konsulterat en kurator. I två fall beskrevs läkare ha gett viss information. En man skildrade att han själv hade sökt kunskap om alternativ sex i olika skrifter.

Med undantag av de två fall där kurator hade gett konsultation beskrev männen att de inte hade fått känslomässigt stöd angående sexuallivet. En man belyste viss rådgivning om erektionshjälpmedel av en urologsköterska. Uroterapeuter hade uppmanat två män att avvakta potensen respektive att ”träna känslor”. Enklare stöd från ProLiv belystes av två män. En man hade kontaktat sexolog.

”Förstående/engagerad partner är ett måste.”

Önskat stöd angående sexuallivet beskrivet av männen

Nio män ansåg sig inte behöva ytterligare stöd angående sexuallivet. Bland dem kommenterades att de inte visste vad för hjälp som fanns att tillgå. Elva män önskade ytterligare stöd. Stödet skulle vara en omvårdnadsrutin perioperativt. Männen menade att en professionell person med denna uppgift skulle finnas på varje avdelning så att både man och partner kunde få information om olika behandlingsmetoder. Exempel på professionell person var sjuksköterska, uroterapeut, kurator eller sexolog. En man önskade kostnadsfri hjälpmedelsutprovning. De elva männen efterfrågade en öppen kommunikation om sexuallivet mellan patient, partner och vårdpersonal.

Vidare efterfrågades uppsökande stödverksamhet. En man beskrev sin besvikelse över att han upplevt sig utelämnad till ensamt experimenterande med hjälp- och läkemedel. Omvårdnaden kring operationen beskrevs av tre män som god, men underströk avsaknad av sexuallivsstöd. En man beskrev att en läkare sagt till honom att det var "kört" och att mannen skulle finna sig i att gå vidare utan sexualliv.

Den man som separerat något år efter operationen upplevde ED som ett hinder att inleda nya relationer.

"Jag lämnade min fru" ... "2004 och insåg hur viktigt det var och är att få ordning på mitt sexualliv igen. Jag är" ... "år och söker en ny livskamrat. På den vägen känns det mycket osäkert, med prestationsångest."

Partnerns upplevelser av sexuallivet efter prostataoperationen

Samtliga kvinnor beskrev att partners operation hade påverkat deras sexualliv. De beskrev att ED lett till avsaknad av normala samlag. Enligt två av dem krävdes planering av sexuallivet då hjälp- och läkemedel hade blivit en förutsättning för sexuell aktivitet. De var frustrerade då de saknade spontaniteten i sexuallivet. En kvinna beskrev kortare förspel då hennes partner var rädd för att den erektion han hade erhållit via hjälpmedel skulle försvinna. En annan kvinna menade att det inte kändes bra att paret behövde sprutor för att kunna genomföra samlag. Saknad av sexuallivet beskrevs i fyra enkäter.

"Inte spontant längre, eftersom det måste planeras: ta fram Bondil som ska vara rumstemp, "injecera", vänta på erektion."

En kvinna benämnde ED som ett handikapp. Hon och maken hade haft en livslång relation och kvinnan menade att ett tidigare rikt sexualliv inte avtar pga ålderdom. En annan kvinna, med en nästan tjugoförårig relation bakom sig upplevde att ett insufficient sexualliv hade lärt henne och maken att hjälpa varandra på andra sätt.

Endast två kvinnor svarade att de sexuallivsrelaterade förändringarna hade påverkat deras syn på relationen. Den ena menade att närheten förlorats medan den andre upplevde att relationen blivit öppnare. Liknande positiva och negativa upplevelser nämndes i svar under andra enkätfrågor.

"Vi har blivit mycket mer öppna mot varandra. Det är viktigt att våga prata om problemen."

Bland de fyra kvinnorna som uttryckte saknad av sexuallivet beskrev en kvinna med ett långt äktenskap att hon och maken var nöjda med att de hade kvar varandra trots avsaknad av samlag. Kvinnan med kortast relation till sin partner beskrev att hon var nykär vid operationen, vilket hjälpte henne att hantera problemen. Kvinnorna med långa relationer uttryckte underförstått att det var självklart att fortsätta förhållandet även då det inneburit en jobbig tid för dem.

Samtliga kvinnor upplevde att deras partner såg de sexuella problemen postoperativt som en ömsesidig angelägenhet.

Erhållen information och stöd angående sexuallivet ur partnernas perspektiv

Endast en kvinna uppgav att hon preoperativt saknade vetskap om att radikal prostatektomi innebar risk för ED. Övriga kvinnor hade fått information om detta av sin partners läkare i samband med dennes operation.

En kvinna upplevde att det fanns information om ED:s orsaker men för lite information om känslöhantering. Hon önskade professionellt stöd i frågan. En annan kvinna beskrev att det hade blivit hennes uppgift som partner att inhämta kunskap om ED. En kvinna skildrade hur en läkare preoperativt upplyst henne om ED som en bieffekt men att den inte skulle innebära något problem då hjälpmedel fanns.

Endast tre av kvinnorna ansåg att de hade fått information om alternativ sex. Två av dem, vars partners opererades vid samma sjukhus, hade haft tillgång till kurator i samband med operationen. Kuratorns funktion beskrevs som adekvat då denne stöttat paret kring sexuallivet.

”Vi har långt kvar att få en ”öppen” normal diskussion om potensen. Visst får man saklig information men det känslomässiga det finns inte. Inte heller någon person yrkesmässigt som tar hand om frågan.”

Endast en kvinna fann att hon som partner hade fått stöd av vårdpersonal angående problem i sexuallivet. Detta stöd bestod av ovan nämnda kuratorssamtal efter partnerns operation. En kvinna som inte upplevt något stöd beskrev att man inte får något stöd såvida man inte anhåller om det.

Önskat stöd angående sexuallivet beskrivet av partnerna

Fyra av tio kvinnor beskrev att de önskade sexuallivsstöd. Ett önskemål var att preoperativ information skulle följas upp med rutinmässigt stöd postoperativt. Vidare önskade de fyra kvinnorna utförlig information om hjälpmedel och läkemedel. En av dem ansåg att behandlingsmetoder skulle utprovas kostnadsfritt.

En av de fyra kvinnorna önskade uppsökande och professionell stödverksamhet. Tre kvinnor önskade skriftlig eller muntlig information samt samtal med andra drabbade kvinnor. I två svar uttrycktes önskemål om mer hjälp till partners till män med ED.

Ytterligare önskemål som en kvinna beskrev var att sjuksköterskor och distriktssköterskor utbildades i att kunna ge adekvat information och stöd angående sexualliv. Vädjan om att inte exkludera äldre i sexualrådgivning uttrycktes. Två kvinnor ansåg sig vara de som gav den opererade mannen mest stöd och att de därför var tvungna att vara starka.

Diskussion

Att via ProLiv komma i kontakt med presumtiva studiedeltagare var strategiskt då personerna som var engagerade i patientföreningen gärna delade med sig av sina upplevelser.

Enkät som datainsamlingsmetod visade sig vara fruktbar, vilket den höga svarsfrekvensen (81%) indikerade. Svarsfrekvensen kan även förklaras av att deltagarna måhända fann det enklare att besvara frågorna skriftligt än muntligt, då ämnet för studien var känsligt. En viss begränsning med enkäter var emellertid att det var svårt att urskönja en djupare mening i enkätsvaren även då dessa var explicita.

Författaren tolkade de utförliga svaren som att enkäterna var välbearbetade. En fråga som dock tycks ha konfunderat männen var om huruvida de önskade ytterligare sexuallivsstöd. Ordet ”ytterligare” borde inte ha stått med i frågan eftersom männen angav i tidigare frågor att de inte ens från början hade erhållit adekvat stöd. De kvinnliga deltagarna tycks ha tolkat frågan som behandlar huruvida ett förändrat sexualliv har påverkat kvinnornas syn på relationen, som om den sökte svar på om de övervägde att bryta relationen.

Databearbetning med deskriptiv metod möjliggjorde en icke-tolkande beskrivning av deltagarnas enkätsvar och därmed kunde studiesyftet besvaras.

I förhållande till det totala antalet prostatektomerade män i Sverige var urvalet litet men det representerades av par från hela landet. Begränsningar i urvalet var att etnisk mångfald saknades samt att det inte återfanns någon man bland partnerna. Författaren hade gärna sett att något homosexuellt par hade deltagit. I frånvaro av homosexuella deltagare blir resultatet relevant främst för heterosexuella par.

Att radikal prostatektomi inte sällan resulterar i ED (3, 5, 6) verifierar resultatet. Samtliga deltagare beskrev i princip samma upplevelser kring påverkat sexualliv. De uttryckte besvikelse och frustration. Trots att hjälpmedel som Sildenafil och erektionssprutor hade viss positiv effekt beskrevs de ha en hämmande inverkan på spontaniteten, ett faktum som författaren inte sett i någon annan studie.

Mindre fysisk närhet beskrevs av såväl kvinnor som män. Fyra kvinnor uttryckte saknad av den tillfredsställelse de upplevt förr, liksom en man beskrev att han inte kunde tillfredsställa sin partner längre. Dessa beskrivningar kongruerade med tidigare forskning (18, 22).

Två intressanta aspekter av denna studie är dels att resultatet inte bara beskriver parens upplevelser av sexuallivet postoperativt utan även vad de ansåg vara adekvat stöd i sammanhanget. Detta kan ge konkreta hänvisningar till vårdkvalitetsutveckling och därmed reducera lidandet för berörda. Vidare inkluderar studien männens partner, vilket är relativt exklusivt och ger en tydligare helhetsbild av männens situation.

Samtliga kvinnor beskrev negativ påverkan på sexuallivet efter männens operation och upplevde sig ansvariga för inhämmande av kunskap. Nästan hälften önskade sexuallivsstöd. En man beskrev att partnern måste vara förstående. Männens och kvinnornas hälsostatus hade reciprok påverkan, vilket även Pateman (28) konstaterade i en liknande studie. Pateman (28) menade att aspekter av feministisk forskning lämpades i studier med detta tema. Feministisk forskning åsyftar att förbättra kvinnors situation (28). Författarens förhoppning är att resultatet kan leda till bättre situation för såväl män med ED likväl som för deras partner.

Det status en människa upplever har betydelse för hur hon uppfattar olika stimuli. Helson (29) förklarar detta med adaptationsnivåteorin. Människan gör bedömningar utifrån skalor hon skapat själv i relation till sitt upplevda status. Till skillnad från fysiska instrument förändrar människan sina skalor när adaptationsnivån, det status de är vana vid, förändras. Därmed gör människan annorlunda bedömningar av skeenden när hennes status förändras. Teorin kan förklara det faktum att männen inte ångrade operationen, trots postoperativ ED. Ett cancerbesked sänker individens subjektiva hälsostatus

och stimuli värderas därefter annorlunda. Detta kan alltså förklara att ED bedömdes lindrigare i cancer närvaro än om det hade upplevts av en frisk person. Männens nya status kan även förklara att enkla ting i livet uppskattas mer efter cancerbeskedet. Ändock visade resultatet att över 50% av männen var i behov av ytterligare sexuallivsstöd.

Viktiga resultat var att ED är ett parproblem och att paren upplevde insufficiant sexuallivsstöd postoperativt. Detta har beskrivits tidigare, liksom att par önskade stöd postoperativt men förblev utan om denna önskan inte uttrycktes (9, 17, 18, 22, 24). Även trenden att hustrur till män med ED upplevde sig ansvariga för att stötta männen samt att inhämta kunskap och att de därmed ansågs vara i behov av känslöhantering finns beskrivet såväl här och i tidigare forskning (9, 14, 17, 22, 24).

Sexualitet är ett livslångt basalt behov. Människans sexualitet inbegriper även behov av närhet och kärlek. Föreligger sexuallivsproblem är det logiskt att närhets- och kärleksbehoven inte blir tillfredsställda. Följden kan bli sexuell ohälsa (1, 2, 5).

Förmår en individ inte att tillgodose vissa grundläggande behov, såsom sexualitet, innebär situationen bristande egenvård (30). Egenvård definieras av omvårdnadsteoretikern Orem (30) som tillämpningar av olika aktiviteter som en individ verkställer med avsikt att upprätthålla liv och hälsa. Enligt Orem (30) åsyftar omvårdnad att underlätta för en annan individ eller familj att återfå kontroll över sin egenvård. Sjuksköterskan ska interagera med patienten för att kunna identifiera de faktorer som gör egenvården insufficiant.

Tre av Orem's egenvårdsmetoder (30) kongruerar med de önskemål deltagarna i studien hade angående om hur sexuallivsstöd borde ges. De metoder som en sjuksköterska kan applicera i egenvårdsassistans är att guida, stötta samt undervisa patienten eller paret (30).

Med egenvårdsteorin som bas kan omvårdnad bedrivas i syfte att underlätta för prostatektomerade män och deras eventuella partner att tillfredsställa sina sexuella behov inkluderat behov av närhet och därigenom möjliggöra upplevelse av sexuell hälsa även då samlag inte är möjligt.

Konklusion

ED efter radikal prostatektomi upplevdes som ett bekymmer för såväl männen som deras partner. Läkemedel och hjälpmedel angavs ge viss erektil funktion men hämmade spontaniteten i sexuallivet. Paren upplevde insufficiant stöd från vården men hade realistiska önskemål om hur omvårdnaden skulle kunna förbättras. Beaktas dessa önskemål i klinisk verksamhet kan mycket lidande hos drabbade reduceras.

Referenser

1. WHO (homepage on the Internet). Working definitions; Sexuality. Sexual health. Sexual rights. Department of Reproductive Health and Research, World Health Organisation. (cited May 25). Available from: www.who.int/reproductive-health/gender/sexual_health.html#3.
2. Almås E, Pirelli Benestad EE. Sexologi i praksis. (2nd ed). Oslo: Universitetsforlaget; 2006.
3. Cancerfonden & Socialstyrelsen. Cancer i siffror 2005. Populärvetenskapliga fakta om cancer- dess förekomst, bot och dödlighet. Stockholm: Epidemiologiskt centrum, Socialstyrelsen & Cancerfonden; 2005.
4. Bill A, Holmberg L, Ruutu M, Häggman M, Andersson S-O, Bratell S, et al. Radical Prostatectomy versus Watchful Waiting in Early Prostate Cancer. *The New England Journal of Medicine* 2005; 19(352):1977-1984.
5. Hulter B. Sexualitet och Hälsa. Lund: Studentlitteratur; 2004.
6. Ekman P. Urologiska sjukdomar och sexuell dysfunktion. I *Sexologi*. (2nd edn), (Lundberg PO ed.), 2002 Liber, Falköping, 322-328.
7. National Institutes of Health, NIH. Consensus Conference. Impotence. *JAMA* 1993; 270(1):83-90.
8. Olsson A M, Abramsson L, Höjerback T, Malmberg L & Pedersen J. Tekniska hjälpmedel, injektioner, implantat. Är det möjligt att bota impotens? *Läkartidningen* 1995; 92(4):313-316.
9. Petry H, Berry D L, Spichiger E, Kesselring A, Gasser T C, Sulser T, et al. Responses and experiences after radical prostatectomy: perceptions of married couples in Switzerland. *International Journal of Nursing Studies* 2004; 41:507-513.
10. Feldman H A., Goldstein I, Hatzichristou D G, Krane R J & McKinlay J B. Impotence and its medical and psychosocial correlates: Results of the Massachusetts male aging study. *The Journal of Urology* 1994; 151:54-61.
11. Malmsten U G.H, Milsom I, Molander U & Norlén L J. Urinary incontinence and lower urinary tract symptoms: an epidemiological study of men aged 45 to 99 years. *The Journal of Urology* 1997; 158:1733-1737.
12. Walsh P C, Marschke P, Ricker D & Burnett A L. Patient-reported urinary continence and sexual function after anatomic radical prostatectomy. *Urology* 2000; 55:58-61.
13. Litwin M S, McGuigan KA, Shpall AI & Dhanani N. Recovery of health related quality of life in the year after radical prostatectomy: early experience. *Journal of Urology* 1999; 161(2):515-519.
14. Neese L E, Schover L R., Klein E A., Zippe C & Kupelian P A. Finding help for sexual problems after prostate cancer treatment: a phone survey of men's and women's perspectives. *Psycho-Oncology* 2003; 12:463-473.
15. Beckman N, Waern M & Skoog I. Sexuell aktivitet och attityder till sex hos 70-åringar. Undersökta 1971, 1976, 1992, 2000. Göteborg: Göteborgs Universitet, Psykologiska Institutionen; 2003.

16. Lewin B. Sammanställning av sexualvaneundersökningen Sex i Sverige. (monograph on the Internet). Stockholm: FHI, Statens Folkhälsoinstitut; 1996. (cited 2005 May 25). Available from: www.rfsu.se .
17. Moore KN & Estay A. The early post-operative concerns of men after radical prostatectomy. *Journal of Advanced Nursing* 1999; 29(5):1121-1129.
18. Jakobsson L, Lovén L & Hallberg IR. Experiences of micturition problems, indwelling catheter treatment and sexual life consequences in men with prostate cancer. *Journal of Advanced Nursing* 2000; 32(1):59-67.
19. Phillips C, Gray R E, Fitch M I, Labrecque M, Fergus K & Klotz L. Early postsurgery experience of prostate cancer patients and spouses. *Cancer Practice* 2000; 8(4):165-171.
20. Berterö C. Altered sexual patterns after treatment for prostate cancer. *Cancer Practice* 2001; 9(5):245-251.
21. Steineck G, Helgesen F, Adolfsson J, Dickman PW, Norlén BJ & Holmberg L. Quality of life after radical prostatectomy or watchful waiting. *The New England Journal of Medicine* 2002; 346(11):790-796.
22. Harden J, Schafenacker A, Northouse L, Mood D, Smith D, Pienta K, et al. Couples' experiences with prostate cancer: Focus group research. *Oncology-Nursing-Forum* 2002; 29(4):701-709.
23. Soloway C, Soloway M S, Kim S S & Kava B R. Sexual psychological and dyadic qualities of the prostate cancer 'couple'. *BJU International* 2005; 95:780-785.
24. Feltwell AK & Rees CE. The information-seeking behaviours of partners of men with prostate cancer: a qualitative pilot study. *Patient Education and Counseling* 2004; 54:179-185.
25. Fagermoen M S. Urological patients' perceptions of nurses' information before and after surgery. *Vård i Norden* 2002; 22(4):38-43.
26. Polit D & Hungler B. *Nursing Research. Principles and Methods.* (6th edn). Philadelphia: Lippincott; 1999.
27. WMA. (homepage on the Internet). World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. The World Medical Association. (cited February 6). Available from: www.wma.net/e/policy/b3.htm
28. Pateman B. Feminist research or humanistic research? Experiences of studying prostatectomy. *Journal of Clinical Nursing* 2000; 9:310-316.
29. Helson H. *Adaption-level Theory. An experimental and systematic approach to behaviour.* New York: Harper & Row; 1964.
30. Orem D. *Nursing Concepts of Practice.* 2nd ed. St. Louis: Mosby; 1980.

Bilaga 1

Sahlgrenska akademien vid
GÖTEBORGS UNIVERSITET
Vårdvetenskapliga fakulteten
Institutionen för omvårdnad

Kod: _____

FRÅGEFORMULÄR TILL MAN SOM OPERERATS FÖR PROSTATACANCER

Vänligen skriv tydligt.

På de frågor där utförligt svar önskas kan Du gärna använda baksidan på enkäten eller bifoga lösblad och där tydligt ange vilken fråga som Du svarar på

Resultatet på studien kommer att skickas till Dig så att Du har möjlighet att komma med synpunkter på det.

1a. Födelseår: 19_____

1b. Operationsår: _____ månad_____

1c. Hur länge har Du haft en fast relation till den partner Du har nu och/eller hade vid operationen?

2 a. Upplevde Du erektionsproblem före operationen?

Ringa in det som stämmer: ja nej

2 b. Har Din operation påverkat Ditt och Din partners sexualliv?

Ringa in det som stämmer: ja nej

2 c. Om svar ja, beskriv utförligt hur. (Om svar nej, gå vidare till fråga 4a.)

Bilaga 1

2 d. Har dessa förändringar förändrat Din syn på er relation?

Ringa in det som stämmer: ja nej

2f. Om svar ja, beskriv utförligt hur.

3a. Talar Du och Din partner med varandra om sexuallivet nu efter operationen?

Ringa in det som stämmer: ja nej

4a. Visste Du att operationen kunde medföra risk för försämrad erektion?

Ringa in det som stämmer: ja nej

Om svar ja på fråga 4a;

4b. **Hur** fick Du den informationen?

4c. **Vem** gav Dig den informationen?

4d. **När** fick Du information om risk för försämrad erektion?

5 a. Ångrar Du att Du genomgick operationen?

Ringa in det som stämmer: ja nej

5 b. Motivera varför!

Bilaga 1

6 a. Har Du erhållit information om alternativ sex?

Ringa in det som stämmer: ja nej

6b. Om svar ja, beskriv **hur** Du fick den informationen.

6c Om svar ja; **vem** gav Dig informationen?

6d. Om svar ja, **när** fick Du den informationen?

7a. Anser Du att Du har fått stöd angående sexuallivet efter Din operation?

Ringa in det som stämmer: ja nej

7b. Om svar ja, beskriv **vad** stödet bestod av.

7c. Om svar ja, **vem** gav Dig stöd angående sexualliv?

7d. Om svar ja, **när** fick Du stöd angående sexuallivet?

Bilaga 1

8a. Önskar Du ytterligare stöd angående ditt sexualliv?

Ringa in det som stämmer: ja nej

8b. Om svar ja, beskriv utförligt **hur** Du önskar att det stödet skulle se ut.

8c. Av **vem/vilka** skulle Du vilja ha stöd?

9. Har Du något mer som Du önskar berätta angående operationen, sexuallivet eller stödet från hälso- och sjukvården?

TACK för Din medverkan!

**Funderar Du över något angående studien är du varmt välkommen att kontakta mig på telefon:
0704- 89 67 46**

Enkät och svar sändes till:

Lovisa Dahlström, leg. sjuksköterska
c/o Lisbeth Hellström
Institutionen för omvårdnad
Arvid Wallgrens Backe
413 46 Göteborg

Bilaga 2

Sahlgrenska akademien vid
GÖTEBORGS UNIVERSITET
Vårdvetenskapliga fakulteten
Institutionen för omvårdnad

Kod: _____

FRÅGEFORMULÄR TILL PARTNER VARS MAN OPERERATS FÖR PROSTATACANCER

Vänligen skriv tydligt.

På de frågor där utförligt svar önskas kan Du *gärna använda baksidan* på enkäten eller bifoga lösblad.

Ange där tydligt vilken fråga som Du svarar på.

Resultatet på studien kommer att skickas till Dig så att Du har möjlighet att komma med synpunkter på det.

1a. Födelseår: 19 _____

1b. Din partners operationsår: _____ månad _____

1c. Hur länge har Du haft en fast relation till Din partner?

2a. Hade Din partner problem med erektionen före operationen?

Ringa in det som stämmer: ja nej

2b. Upplever Du att Din partners operation har påverkat Ert sexualliv?

Ringa in det som stämmer: ja nej

2c. Om ja, beskriv utförligt hur. (Om nej, gå vidare till fråga 4a.)

Bilaga 2

2d. Har dessa förändringar förändrat Din syn på Er relation?

Ringa in det som stämmer: ja nej

2e. Om ja; beskriv utförligt hur.

3. Upplever Du att Din partner anser att sexuella problem efter operationen är en ömsesidig angelägenhet som han delar med Dig?

Ringa in det som stämmer: ja nej

4a. Visste Du att Din partners operation kunde medföra risk för försämrad erektion?

Ringa in det som stämmer: ja nej

4b. Om svar ja; beskriv **hur** Du har fått den informationen.

4c. Om svar ja; **vem** gav Dig den informationen?

4d. Om ja, **när** fick Du den informationen?

Bilaga 2

5a. Har Du som partner fått information om alternativ sex?

Ringa in det som stämmer: ja nej

5b. Om svar ja, beskriv **hur** Du har fått den informationen .

5c. Om svar ja; **vem** gav Dig den informationen?

5d. Om svar ja, **när** fick Du den informationen?

6a. Har Du som partner fått stöd av vårdpersonal angående eventuella problem med sexuallivet?

Ringa in det som stämmer: ja nej

6b. Om svar ja, beskriv **vad** det stödet bestod av.

c. Om ja, **vem/vilka** gav Dig det stödet?

6d. Om svar ja, **när** fick Du det stödet?

Bilaga 2

7a. Önskar Du ytterligare stöd angående Ditt sexualliv?

Ringa in det som stämmer: ja nej

7b. Om svar ja, beskriv utförligt hur Du önskar att det stödet skulle se ut.

8. Har Du något mer som Du önskar berätta angående operationen, sexuallivet eller stödet från hälso- och sjukvården?

TACK för Din medverkan!

**Funderar Du över något angående studien är du varmt välkommen att kontakta mig på telefon:
0704- 89 67 46**

Enkät och svar sändes till:

Lovisa Dahlström, leg. sjuksköterska
c/o Lisbeth Hellström
Institutionen för omvårdnad
Arvid Wallgrens Backe
413 46 Göteborg
