

Helena Fløysand
Line Bakken Lindsøe
Emilie Pedersen Midje

SEKSUALITET - FRA TABU TIL TEMA

"Hvordan kan sykepleiere bidra til at pasienter som har gjennomgått radikal prostatektomi får et godt forhold til sin seksualitet?"

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: Bente Hamnes
Mai 2020

Helena Fløysand
Line Bakken Lindsøe
Emilie Pedersen Midje

SEKSUALITET - FRA TABU TIL TEMA

"Hvordan kan sykepleiere bidra til at pasienter som har gjennomgått radikal prostatektomi får et godt forhold til sin seksualitet?"

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: Bente Hamnes
Mai 2020

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik



Kunnskap for en bedre verden

SAMMENDRAG

Dato:	30.05.2020
Tittel:	«Hvordan kan sykepleiere bidra til at pasienter som har gjennomgått radikal prostatektomi får et godt forhold til sin seksualitet?»
Deltakere:	Helena Fløysand, Line Bakken Lindsøe, Emilie Pedersen Midje
Veileder:	Bente Hamnes
Stikkord/nøkkelord:	Prostatakreft, seksualitet, kommunikasjon, livskvalitet og pårørende
Antall sider/ord:	33/9588
<p>Introduksjon: Prostatakreft er den vanligste kreftsykdommen blant menn i Norge. Kreftsykdommen har innvirkning på pasientens seksualitet og livskvalitet. Likevel er ikke temaet prioritert i sykepleieutøvelsen.</p> <p>Hensikt: Belyse temaet seksualitet. Finne svar/ løsning på hvorfor temaet ikke er prioritert da seksualitet er et grunnleggende behov. Få kunnskap om hvordan sykepleier kan bidra til at pasienter som har gjennomgått radikal prostatektomi får et godt forhold til sin seksualitet.</p> <p>Metode: Litteraturstudie er brukt som metode. Dette studiet er basert på fem vitenskapelige forskningsartikler, som har benyttet en kombinasjon av kvantitativ og kvalitativ forskning.</p> <p><i>Søkeord: prostate, urinary incontinence, erection, prostate cancer, nursing, sexuality, man, implications, surgery, experiences, oncology, communication.</i></p> <p>Resultat: Artikkene og sekundærlitteraturen viser at mangel på kunnskap om seksualitet og sykepleieres unnvikende holdning påvirker pasientens seksuelle helse i negativ grad. Det kommer frem i studiene at tilstrekkelig informasjon og god kommunikasjon bidrar til god seksualitet og dermed økt livskvalitet.</p> <p>Konklusjon: Det er behov for økt kunnskap om seksualitet blant sykepleiere. Tematikken bør i større grad implementeres i utdanningen, samt via kurs og fagdager for ferdigutdannede sykepleiere. Ved å inkludere pårørende som en ressurs styrkes pasientens evne til å mestre sykdomstilpasningen. I praksis kan dette gjøres ved hjelp av en felles prosedyre.</p>	

ABSTRACT

Date:	30.05.2020
Title:	«How can the nurse help patients who have gone through a radical prostatectomy maintain a good relationship with their sexuality»
Participants:	Helena Fløysand, Line Bakken Lindsøe, Emilie Pedersen Midje
Supervisor:	Bente Hamnes
Keywords:	Prostate cancer, sexuality, communication, quality of life, relative
Number of pages/words:	33/9588
<p>Introduction: Prostate cancer is the most common type of cancer among men in Norway. The disease affects the patient's sexuality and quality of life. However, the subject is normally not prioritized in the practice of nursing.</p> <p>Purpose: Highlight the subject of sexuality. Find answers to why the topic is not prioritized when sexuality is a human need. Gain knowledge on how the nurse can help patients who have gone through a prostatectomy maintain a good relationship with their sexuality.</p> <p>Methods: This is a literature study based on five scientific articles. The articles feature a combination of quantitative and qualitative research.</p> <p>Search terms: <i>prostate, urinary incontinence, erection, prostate cancer, nursing, sexuality, man, implications, surgery, experiences, oncology, communication.</i></p> <p>Results: The articles and secondary literature shows a lack of knowledge about sexuality, and the evasive nature often seen in nurses affect the sexual health of the patient negatively. The studies reviewed show that adequate information and clear communication contributes to a healthy sexuality and inherently a higher quality of life.</p> <p>Conclusion: There is a need for an increased level of knowledge about sexuality among nurses. The topic should to a higher degree be implemented in education, as well as classes for educated nurses. By including relatives as a resource, the patient's ability to master the acceptance of their illness is strengthened. In practice, this can be achieved through a common procedure.</p>	

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING	4
2.0 BAKGRUNN OG TEORI.....	5
2.1 Prostatakraft – symptomer, behandling og komplikasjoner	5
2.2 Helsefremmende arbeid	6
2.3 Livskvalitet	6
2.4 Seksualitet og seksuell helse	7
2.5 Kommunikasjon og åpenhet	7
2.6 Sykepleieteoretikere om sykepleierollen	8
3.0 STUDIENS HENSIKT OG PROBLEMSTILLING	10
3.1 Presentasjon av problemstilling	10
3.2 Begrepsavklaring	10
4.0 METODE	11
4.1 Litteraturstudie	11
4.2 Søkestrategi	11
4.2.1 Søk etter øvrig litteratur	11
4.2.2 Søk etter forskningslitteratur	12
4.3 Avgrensninger	13
4.4 Utvelgelse av forskningsartikler	13
4.5 Søkehistorikk og valgte artikler	14
4.6 Presentasjon av inkluderte artikler	15
4.7 Kildekritikk	17
4.8 Forskningsetiske overveielser	18
5.0 ANALYSE AV FUNN.....	19
5.1 Hva er analyse?	19
5.2 Fysisk, psykisk og seksuell helse må ivaretas for å fremme livskvalitet	19
5.3 Sykepleierens evne til å kommunisere	20
5.4 Pårørendes rolle	21
6.0 DRØFTING.....	22
6.1 Livskvalitet og seksualitet	22
6.2 Sykepleiers veiledende og undervisende funksjon - kommunikasjon	24
6.3 Hvordan bruke pårørende som en ressurs	28
6.4 Metodediskusjon – styrker og svakheter ved studien	30
7.0 KONKLUSJON	31
8.0 LITTERATURLISTE	32

1.0 INNLEDNING

Ifølge Kreftforeningen (2020) fikk 4848 menn prostatakreft i Norge i 2018. Dette gjør kreft i prostata til den vanligste kreftsykdommen blant menn i landet. Fem år etter diagnostisering lever fortsatt 94,5% av mennene. Det vil si at ca. 4605 pasienter skal fortsette å leve og ha en god livskvalitet i årene etterpå (Kreftforeningen, 2020). Seksuell helse og seksualitet er generelt sett et tabubelagt tema som mange synes det er ubehagelig å snakke om. Dette problemet har gjentatte ganger blitt belyst i det norske samfunn. Betydningen av temaet kom tydelig frem da helse- og omsorgsminister Bent Høie, sammen med helse- og omsorgsdepartementet, la frem strategien «Snakk om det!» for seksuell helse i 2016 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Heyn (2015) hevder at sykepleiere er den yrkesgruppen som har mest pasientrettet arbeid og bruker mest tid i direkte kontakt med pasienten. Det er derfor viktig at sykepleiere tar opp temaet med pasienten, og ser hans behov for veiledning angående seksuelle utfordringer på lik linje med andre helserelaterede spørsmål (Heyn, 2015).

Tidsskriftet Sykepleien ga i 2018 ut en utgave som handlet om pasienters senskader etter kreft. Et eksempel på senskader etter kreft er forringet seksualitet. Bladet belyste sykepleieres viktige rolle innen veiledning og rådgivning om temaet etter kreft (Sykepleien, 2018). Det ble konstatert at sykepleiere har mangel på kunnskap og viser lav grad av åpenhet rundt seksualitet (Gjessing, 2018). Fordommene om at kreftpasienters seksualitet er et avsluttet kapittel, styrkes når sykepleiere unngår å diskutere temaet med pasientene. Pasienten trenger veiledning for å bevare sin seksuelle helse i møte med nye utfordringer og endret livssituasjon (Borg, 2017).

I 2018 deltok vi på Norsk Sykepleierforbunds (NSF) fagdag «Seksualitet – Kan DU som sykepleier nok?». Her ble det tatt opp spørsmål som; «Tør du å snakke med pasientene om seksualitet?», «Har du som sykepleier nok kunnskap om seksualitet?» og «Har du lært det du trenger som sykepleierstudent?». Denne fagdagen belyste at det er for lite kunnskap og åpenhet rundt temaet seksualitet blant sykepleiere. Dette viser at flere instanser har forsøkt å sette seksualitet på sykepleieres dagsorden, men erfaringer fra praksis tilsier at temaet fortsatt ikke er prioritert. Samtidig oppleves det at studieløpet ikke inneholder tilstrekkelig undervisning om temaet, noe vi som snart utdannede sykepleiere ønsker å belyse i denne oppgaven. Det er ønskelig å finne en løsning på hvorfor sykepleiere synes temaet er vanskelig å snakke om, samt hva som skal til for å gjøre dette enklere.

2.0 BAKGRUNN OG TEORI

2.1 Prostatakraft – symptomer, behandling og komplikasjoner

Prostatakraft er den hyppigste kreftformen blant menn i Norge og ses i økende grad med stigende alder (Larsen, 2016). Kreft er synonymt med skader i cellens arvestoff, noe som fører til at cellene deler seg ukontrollert (Bertelsen, Hornslien og Thoresen, 2017). Når den ukontrollerte celledelingen (mutasjonen) foregår over tid, dannes en opphopning av kreftceller i organet der veksten startet. Etter hvert dannes en tumor (kreftsvulst). En tumor kan være malign (ondartet) eller benign (godartet). En malign tumor er, til forskjell fra en benign, en samling av celler som har ukontrollert cellevekst. Ofte spres disse cellene til fjerne organer, dette kalles metastasering (Bertelsen, Hornslien og Thoresen, 2017). Prostatakraft omtales først og fremst som en malign tumor, altså en ondartet kreftsvulst. Prostata er lokalisert i bunnen av urinblæren og har en vekt på ca. 20 gram. Urinrøret passerer gjennom organet, som tømmer sitt sekret ut i urinrøret under ejakulasjonen (Sand *et al.*, 2018). Ved prostatakraft (cancer prostatae) er tumoren lokalisert i prostata. Ved noen tilfeller har den også vokst seg gjennom og utenfor kjertelen (Prostatakraftforeningen, 2020).

Tidlig i sykdomsstadiet kan det være vanskelig å diagnostisere pasienten (Oncolex, 2016). Dette er fordi krefttypen ikke gir kreftspesifikke symptomer. I denne oppgaven ønskes det å ta for seg organlokalisert sykdom. De vanligste symptomene på dette er; vanskeligheter med å tømme blæren skikkelig, samt obstruksjonssymptomer som treg vannlatning, tynn og svak urinstråle. Prostatakraft diagnostiseres ved forhøyet PSA-verdi som sees på en utvidet venøs blodprøve. Dersom det er mistanke om svulstdannelse i prostata tas nålebiopsi utfra hvor i prostata tumoren sitter (Oncolex, 2016). Det brukes store ressurser på å diagnostisere prostatakraft tidlig, slik at det kan gis helbredende behandling. Radikal prostatektomi er en kirurgisk behandlingsform mot kreft lokalisert i prostatakjertelen. Ved denne typen kurativ behandling fjernes hele prostatakjertelen og urinblæren kobles direkte på urethra (urinrøret). Ved et slikt inngrep er impotens og varierende grad av urininkontinens komplikasjoner som kan oppstå (Larsen, 2016).

Kreftcellene er strålefølsomme, noe som betyr at stråling også blir benyttet i behandlingen. Kurativ strålebehandling mot hele kjertelen kan gis, og benyttes ofte i kombinasjon med hormonbehandling (Larsen, 2016). Det er i denne oppgaven valgt å avgrense til pasienter som har gjennomført radikal prostatektomi, derfor vil ikke annen type behandling bli utdypet.

2.2 Helsefremmende arbeid

Verdens Helseorganisasjon (WHO) definerer helsefremmende arbeid som den prosessen som gjør den enkelte og samfunnet i stand til å bedre og bevare sin helse (Gammersvik og Larsen, 2018). Helse defineres som å ha minst mulig sykdom og samtidig ha overskudd til å mestre dagliglivets påkjenninger og oppgaver. Helsefremmende arbeid har helse, velvære og livskvalitet som mål og baserer seg på et helhetlig helsebegrep (Gammersvik og Larsen, 2018). I denne oppgaven ses helse fra den positive definisjonens perspektiv, hvor fokuset er rettet mot den enkeltes opplevelse av velvære og mestring. Det å redusere urettferdigheten og ulikheten i helse er viktige mål i det helsefremmende arbeidet (Gammersvik og Larsen, 2018). I pasient og brukerrettighetsloven (2001) §3-2 beskrives det at alle pasienter har rett på «informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001). For å nå målet om en god helse, samt opplevelse av mestring og velvære, har en gjennom både forskningsartikler og praksis fått inntrykk av at sykepleiere er nøkkelpersonell under prosessen.

2.3 Livskvalitet

Begrepet livskvalitet knyttes ofte til en beskrivelse av tilfredshet eller lykke. I nyere tids forståelse av livskvalitet og velvære kan vi trekke paralleller til hva mennesket streber mot (Lerdal og Grov, 2015). WHO (2020) definerer livskvalitet som enkeltmenneskets opplevelse av sitt liv og sin posisjon sett i lys av sammenhengen vedkommende lever i (World Health Organization, 2020). I denne definisjonen omhandler begrepet helseaspekter av fysisk, psykisk, sosial og eksistensiell art. Graden av uavhengighet og omgivelsenes innvirkning vil også ha betydning for den enkeltes livskvalitet og velvære (Lerdal og Grov, 2015).

Innenfor begrepet helserelatert livskvalitet kan den fysiske, den psykiske og den sosiale dimensjonen ha ulikt innhold (Lerdal og Grov, 2015). Den fysiske dimensjonen innebærer utholdenhet, mobilitet, fysisk styrke, funksjonsnivå, samt fysiske symptomer som for eksempel smerte. Den psykiske dimensjonen omhandler ofte aspekter som angst, tretthet, nedstemthet og konsekvenser av følelsesmessige problemer. Den sosiale dimensjonen vil derimot omhandle omgang med venner og familie og deltakelse i organisasjoner og foreninger (Lerdal og Grov, 2015).

2.4 Seksualitet og seksuell helse

WHO (2006) definerer seksualitet som en kjernedimensjon ved det å være menneske. Det inkluderer blant annet seksuelle handlinger, intimitet, kjærlighet og bekreftelse (World Health Organization, 2006). Seksualitet er en kilde til glede og selvrealisering, men kan også føre til helseutfordringer og vanskeligheter (Helland, 2015). Seksualitet kan være svært personlig både for pasient og sykepleier. Som sykepleier kan det oppleves grenseoverskridende ovenfor pasienten å gå inn på temaet. Dermed kan måten sykepleieren tilnærmer seg pasienten på være avgjørende. Å tilby samtale om temaet kan være en sykepleieroppgave, hvor pasientens ønske om å ytre seg eller ikke, må respekteres (Helland, 2015).

Ifølge WHO (2006) defineres seksuell helse som en tilstand av fysisk, emosjonelt, mentalt og sosialt velvære i forhold til seksualitet. For å oppnå en god seksuell helse må alle personers rettigheter respekteres (Borg, 2017). Seksuell helse omhandler både somatiske, psykiske og samfunnsmessige faktorer. Det knyttes gjerne til glede, bekreftelse og lyst, men kan også medføre negative konsekvenser som fører til en dårlig seksuell helse (Jerpseth, 2017).

Borg (2017) hevder det er individuelt hva som oppleves som seksuell aktivitet. Det er imidlertid viktig at helsepersonell erkjenner seksualitet som noe helsesrelatert, og at det blir et tema i møte med pasienter og pårørende. Hos kreftpasienter er det ofte de fysiske aspektene som representerer den største trusselen mot den seksuelle helsen. Fysiske utfordringer får ringvirkninger som påvirker hele seksualiteten; emosjonelt, intellektuelt og sosialt. Seksuelle problemer innebærer funksjonssvikt av organisk eller psykologisk art, ofte i kombinasjon. På en ubehagelig eller smertefull måte hemmer dette et individs seksuelle motiver. Borg (2017) hevder derfor at problemer av seksuell art også må ses i et systematisk perspektiv, hvor pasientens situasjon må kartlegges for å sikre tilpasset informasjon hos den enkelte (Borg, 2017).

Strategien «Snakk om det!» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016) tar utgangspunkt i at seksualitet er en helsefremmende ressurs i alle livsfaser, og at individets handlingskompetanse for å ivareta god seksuell helse bidrar til god livskvalitet og helse for den enkelte.

2.5 Kommunikasjon og åpenhet

Det er flere årsaker til at sykepleiere må være flinke til å kommunisere. «Pasientene er i en ny og sårbar situasjon, der de kan føle at de har liten eller ingen kontroll over det som skjer, og

ofte over egen situasjon» (Heyn, 2015, s. 363). Det er derfor viktig at pasientene får god informasjon, samt støtte og empati. Dersom sykepleieren klarer å formidle forståelig informasjon til pasienten på en empatisk og støttende måte, kan det føre til at pasienten opplever situasjonen som mer håndterbar (Heyn, 2015).

Alle pasientsituasjoner er unike, i flere situasjoner kan det være utfordrende å vite hva en skal si. Det er derfor viktig å møte deres individuelle behov, noe som krever kunnskap om kommunikasjon (Heyn, 2015). Kommunikasjonssvikt kan bety at sykepleieren formidler informasjonen på en uforståelig eller mangelfull måte. Det er flere studier som viser at kommunikasjonssvikt kan føre til nedsatt pasienttilfredshet og dårligere pleie. Det kan også sette pasientens sikkerhet i fare. Til tider kan det være utfordrende og informere pasienten. En pasient er en sårbar person som plutselig befinner seg i en situasjon der han eller hun er avhengig av andre (Heyn, 2015).

I forbindelse med sykepleierstudiet ble det diskutert av sykepleiere i praksis at pasienter diagnostisert med prostatakreft, som har gjennomgått en radikal prostatektomi, er åpne for å stille spørsmål og dele tanker rundt seksualitet dersom helsepersonell legger til rette for det. Sykepleierne sier at pasientene ofte har spørsmål rundt seksualitet og uttrykker at de blir skuffet dersom sykepleierne ikke tar opp dette temaet. Erfaringer fra student-praksis viser at seksualitet er et tabubelagt tema som flere sykepleiere synes er ubehagelig å snakke om. Pasienter er ofte misfornøyde med helsepersonells unnvikende holdninger til å ta opp seksuelle problemer (Jerpseth, 2017). Som sykepleier er det viktig å være åpen, spørrende og tilgjengelig. Det er viktig å la pasienten selv få bestemme hvor stor grad av åpenhet han ønsker å tillate, og om han ønsker å ha med partneren sin til samtale. Åpenhet og støtte anses som svært viktig dersom pasienten skal kunne oppnå tillit til sykepleieren (Jerpseth, 2017).

2.6 Sykepleieteoretikere om sykepleierollen

Ifølge Kirkevold (1998) er en sykepleieteori noe som skriftlig beskriver sykepleiefagets karakter og ansvarsområde generelt, eller innen et område av sykepleiepraksisen (Kirkevold, 1998a). Sykepleieteoretikeren Hildegard Peplau (2011) la vekt på sykepleier-pasientrelasjonen. En av Peplaus sykepleierroller er veilederrollen som hjelper pasienten med å forstå og integrere meningen med nåværende livsomstendigheter. Hildegard Peplau beskriver at sykepleiere kan tilnærme seg pasienter blant annet ved å bruke ulike roller i møtene. Peplau skriver at både pasient og sykepleier må arbeide sammen for å gjenkjenne og definere det som

er det aktuelle problemet. I tillegg mener hun det er viktig at sykepleiere ikke kun støtter pasienten, men også bruker sykepleierens undervisende rolle aktivt (Belcher, 2011).

Sykepleieteoretikerne Victoria Henderson og Dorothea Orem tar utgangspunkt i at mennesket har grunnleggende behov som må dekkes for å opprettholde liv og helse (Kirkevold, 1998b). Det er sykepleiers oppgave å kompensere for disse når pasienten selv ikke er i stand til det. Orem ser på sykepleie som en erstatning for egenomsorg eller helserelaterte aktiviteter i situasjoner hvor pasienten ikke er i stand til å ivareta disse selv. Sykepleierens mål er at pasienten skal oppnå så stor grad av uavhengighet som mulig (Kirkevold, 1998b). Det ses stor overføringsverdi fra nettopp dette til denne oppgaven; veiledning fra sykepleiere er nødvendig når pasienten ikke er i stand til å ivareta egenomsorg knyttet til seksualitet etter cancer prostata.

3.0 STUDIENS HENSIKT OG PROBLEMSTILLING

Hensikten med dette litteraturstudiet er å få kunnskap om temaet seksualitet og betydningen det har for pasienter som har gjennomgått radikal prostatektomi. Det er ønskelig å finne svar på hvordan sykepleiere, gjennom sykepleierens undervisende og veiledende funksjon, kan bidra til at pasienter får et godt forhold til sin seksualitet.

3.1 Presentasjon av problemstilling

På bakgrunn av ønsket om å belyse temaet best mulig ble følgende problemstilling valgt:

«Hvordan kan sykepleiere bidra til at pasienter som har gjennomgått radikal prostatektomi får et godt forhold til sin seksualitet?»

Det ble utarbeidet forskningsspørsmål for å komme frem til en problemstilling. Disse blir presentert under punkt 5.1 «Hva er analyse?».

3.2 Begrepsavklaring

Radikal prostatektomi er et kirurgisk inngrep som fjerner prostata og deler eller hele vesicula seminalis (sædblærene) (Brennhovd, 2016).

Urininkontinens defineres som ufrivillig avgang av urin i større eller mindre grad (Gøransson og Larsen, 2017).

Erektile dysfunksjon (impotens) vil si manglende evne til å oppnå god nok ereksjon til å gjennomføre et samleie. Årsaken til impotens kan være både psykogen og somatisk (Larsen, 2016).

4.0 METODE

4.1 Litteraturstudie

I denne oppgaven er det brukt litteraturstudie som metode. Ifølge Thidemann (2019) er målet med litteraturstudier å systematisere kunnskap fra andre skriftlige kilder. Dette innebærer å samle litteratur, og deretter kritisk gå gjennom informasjonen før en til slutt sammenfatter det hele. Hensikten med litteraturstudier er å gi leseren en god og oppdatert forståelse av kunnskapsområdet problemstillingen handler om, samt hvordan en har kommet frem til kunnskapen. Mange kliniske spørsmål kan besvares ved hjelp av en systematisk litteraturstudie. Et eksempel kan være om det finnes vitenskapelig støtte for å anbefale en behandling eller et tiltak (Thidemann, 2019a).

Innen forskning benyttes kvalitativ og kvantitativ metode i kombinasjon når en ønsker ulike typer informasjon om et fenomen. I denne oppgaven blir det derfor benyttet litteratur hvor både kvalitativ og kvantitativ metode er representert (Thidemann, 2019b). Kvalitativ metode benyttes i den humanvitenskapelige, forstående kunnskapsmetoden. Ifølge Thidemann (2019) er hensikten å innhente kunnskap om menneskelige egenskaper, motiver og holdninger. Store deler av datasamlingen ved kvalitativ metode foregår ved intervju og observasjon (Thidemann, 2019b). Kvantitativ metode benyttes i den naturvitenskapelige, forklarende kunnskapstradisjonen. Sett fra et naturvitenskapelig kunnskapssyn er det to kilder til kunnskap; det en kan observere og det en kan regne ut ved hjelp av logisk sans. Kvantitativ informasjon er målbare enheter som tall og eksakt faktakunnskap. Datasamlingen ved kvantitativ metode foregår ved hjelp av spørreskjemaer med bestemte svaralternativer, systematisk observasjon og eksperimenter. Et viktig kjennetegn ved metoden er at en får et lite antall opplysninger fra mange undersøkelsesobjekter og dermed breddekunnskap (Thidemann, 2019b).

4.2 Søkestrategi

4.2.1 Søk etter øvrig litteratur

Litteraturen i denne oppgaven er basert på relevante pensumbøker, litteratur fra universitetsbiblioteket ved NTNU i Gjøvik og offentlige dokumenter som belyser temaet. For å få større innsikt i hvordan seksualitet blir fulgt opp i praksis, kontaktet vi kreftsykepleier. Ifølge kreftsykepleier viser det seg at det er manglende kompetanse om temaet og at dette etterlyses.

4.2.2 Søk etter forskningslitteratur

I søket etter relevante artikler for den aktuelle problemstillingen ble det utført et strukturert søk etter vitenskapelige artikler. Det ble benyttet forskjellige databaser som NTNU i Gjøvik har tilgang til. En kombinasjon av emner og nøkkelord ble benyttet i søket for å få en oversikt i de forskjellige databasene. Søkeord som ble benyttet var; prostate, urinary incontinence, erection, prostate cancer, nursing, sexuality, man, implications, surgery, communication, oncology og experiences. Søkeordene ble koblet sammen med AND i databasene. Hensikten med å kombinere flere søkeord er å få et så relevant resultat som mulig, med et lavere antall treff på artikler (Thidemann, 2019c).

PICO-skjema:

For å operasjonalisere problemstillingen slik at den blir presis og søkbar, kan rammeverket PICO benyttes (Thidemann, 2019c). Hver av bokstavene i PICO står for bestemte elementer:

P: Patient/problem – Hvilken type pasientgruppe etterspør problemstillingen? Hva er problemet?

I: Intervention – Hvilke tiltak eller intervensjon skal vurderes?

C: Comparison – Dersom tiltak skal sammenlignes, skal det settes opp her.

O: Outcome – Hvilket utfall er av interesse?

(Thidemann, 2019c).

Tabell 1: PICO-skjema

P	I	C	O
Hvilke mennesker handler det om, hva er problemet?	Hva gjør vi med dem? Hva blir de utsatt for?	Hva sammenligner vi intervensjonen med?	Hvilke(t) utfall er av interesse?
<ul style="list-style-type: none">- Pasienter som har gjennomgått prostatektomi pga. cancer- Deres seksualitet- Partnere- Sykepleiere	<ul style="list-style-type: none">- Radikal prostatektomi- Sykepleieres veiledende og undervisende funksjon- Informasjon- Råd- Forebyggende tiltak	<ul style="list-style-type: none">- Ikke aktuell	<ul style="list-style-type: none">- Pasientens eget syn på situasjonen- Sykepleieres syn på situasjonen- At pasientene blir friske- At pasientene får en god livskvalitet- At mennene opplever god/fullstendig oppfølging rundt seksualitet

			<ul style="list-style-type: none"> - At pasientene ønsker å ytre sitt forhold til seksualitet - Sykepleier opparbeider seg kunnskap til kommunikasjon om temaet - At pårørende inkluderes
--	--	--	--

4.3 Avgrensninger

Dette litteraturstudiet er avgrenset til klare og orienterte menn diagnostisert med prostatakreft, som har gjennomgått en radikal prostatektomi. Følgende inklusjons- og eksklusjonskriterier er valgt:

Tabell 2: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

INKLUSJONSKRITERIER	EKSKLUSJONSKRITERIER
Radikal prostatektomi	Andre behandlingsformer
Klare og orienterte pasienter	Artikler eldre enn 10 år
Sykepleiefaglig relevans	Kvinner
Pasienter i en postoperativ fase	Palliativt forløp
Artikler hvor menns seksuelle helse er i fokus	Metastasering
Seksualitet	
Studier som er overførbare til vestlige forhold	
Fagfelleverdert	
Prostatakreft	
Kvalitativ studie	
Kvantitativ studie	

4.4 Utvelgelse av forskningsartikler

Innenfor medisin og helsefag er ofte vitenskapelige artikler bygd opp med en IMRAD- struktur som bygger på forskningsprosessen (Thidemann, 2019a). IMRAD- struktur består av introduksjon, metode, resultat og diskusjon, og forteller hvor en finner forskjellig informasjon. I tillegg til IMRAD-struktur må artiklene være fagfelleverdert. Dette er en

kvalitetssikring av artiklene og innebærer at de er vurdert og godkjent av eksperter innenfor området før de blir utgitt (Thidemann, 2019a).

I dette litteratursøket ble det utarbeidet inklusjons- og eksklusjonskriterier for valg av artikler. Databasene Medline, Cinahl og Pubmed ble hovedsakelig benyttet, da disse oppfattes som oversiktlige. Det ble forsøkt flere kombinasjoner av de aktuelle søkeordene. Overskrifter ble lest for å få oversikt over relevante artikler i forhold til problemstillingen og forskningsspørsmålene. Deretter ble abstrakter gjennomgått og noen av artiklene skimlet. Dersom artiklene belyste problemstillingen ble de vurdert i NSDs database, for å kontrollere at de aktuelle artiklene var vitenskapelige. Kun fagfellevurderte artikler med IMRAD-struktur ble valgt til oppgaven. ISSN-nummeret fra tidsskriftet ble brukt for å sjekke kvaliteten på artiklene. Til slutt ble artiklene lest grundig og satt opp i egne tabeller.

4.5 Søkehistorikk og valgte artikler

Tabell 3

Søkeord	MEDLINE (Ovid)	PUBMED (Medline)
1. Prostate	21505	
2. Urinary incontinence	22223	
3. Erection	7390	
4. Prostate cancer		171888
5. Nursing	141136	769381
6. Sexuality	28997	153351
7. Man		803733
8. Implications		543063
9. Surgery		4685499
10. Experiences		193215
11. Communication	230571	
12. Oncology	82991	
13. 1, 2 AND 3	15	
14. 4, 5, 6, 7 AND 8		10
15. 4, 5, 6 AND 9		19
16. 4, 5, 6 AND 10		15
17. 5, 6,11 AND 12	16	

Søk	Valgte artikler
13	«Sexuality in men after prostate cancer surgery: a qualitative interview study».
14	«Prostate Cancer and Sexuality: Implications for nursing».
15	«Life after prostate cancer treatment: a mixed methods study of the experiences of men with sexual dysfunction and their partners».
16	«Suitable sexual health care according to men with prostate cancer and their partners».

17	«Barriers and facilitators for oncology nurses discussing sexual issues with men diagnosed with testicular cancer».
----	---

4.6 Presentasjon av inkluderte artikler

De fem artiklene som er inkludert i denne oppgaven, blir kort presentert. Resultatene fra artiklene vil bli utdypet i neste kapittel 5.0 «Analyse av funn».

Tabell 4: «Sexuality in men after prostate cancer surgery: a qualitative interview study».

Forfatter:	Birgitte Schantz Laursen <i>et al.</i>
Tidsskrift:	Scandinavian Journal of caring sciences
År:	2017
Hensikt/ Problemstilling/ Forskningsspørsmål:	Hensikten med studien var å belyse effekten av kirurgisk behandling av prostatakreft på menns seksualitet.
Metode:	Beskrivende kvalitativ studie. Data samlet inn ved intervjuer.
Resultat/Diskusjon:	Særlig fire temaer ble nevnt: mangel på kontroll, selvfølelse, intime relasjoner og å redefinere egen seksualitet. Seksuell veiledning fra sykepleiere etterlyses. Menn opplevde at den erektil dysfunksjonen påvirket blant annet seksuallivet på en negativ måte.
Egne kommentarer:	Artikkelen er fagfellevurdert nivå 1. Ny studie utført i Danmark. Artikkelen tar for seg flere behandlingsformer for prostatakreft, dette er kommentert under kildekritikk.

Tabell 5: «Prostate Cancer and Sexuality: Implications for nursing».

Forfatter:	Beverly K. Johnson <i>et al.</i>
Tidsskrift:	Geriatric Nursing
År:	2004
Hensikt/ Problemstilling/ Forskningsspørsmål:	Hensikten med artikkelen er å belyse konsekvensene prostatakreft har for selvfølelsen til pasienten, pasientens forhold til partner, seksuell helse, samt hvordan sykepleier kan kommunisere med pasienten om seksualitet. PLISSIT-modellen blir presentert som et kommunikasjonsverktøy for sykepleierne.
Metode:	Fagartikkel som oppsummerer forskning og belyser flere temaer.
Resultat/Diskusjon:	Artikkelen finner at gruppen med menn som hadde gjennomført prostatektomi hadde større sannsynlighet for inkontinens og impotens. Det kommer frem flere elementer i en samtale om seksualitet mellom sykepleier og pasient bør ta hensyn til; 1) respektere privatlivet, 2) en komfortabel atmosfære, 3) spørre klare og direkte spørsmål. I tillegg presenteres PLISSIT-modellen som et verktøy for dette. Det er konkludert med at sykepleiere må anerkjenne seksualiteten til den eldre pasienten, og søke kunnskap som fører til skikkethet til oppgaven.
Egne kommentarer:	Artikkelen er fagfellevurdert nivå 1.

Tabell 6: «Life after prostate cancer treatment: a mixed methods study of the experiences of men with sexual dysfunction and their partners».

Forfatter:æ Tidsskrift: År:	Albaugh <i>et al.</i> BMC urology 2017
Hensikt/ Problemstilling/ Forskningsspørsmål:	Hensikten med studien var å undersøke erfaringene til menn med seksuell dysfunksjon og deres partnere etter gjennomgått behandling av prostatakrefte.
Metode:	Studien inneholder menn som hadde blitt behandlet enten kirurgisk eller gjennom stråleterapi. Pasientene og deres partnere ble intervjuet 1-5 år etter endt behandling. Det ble utviklet en egen intervjuemetode som ble benyttet på alle intervjuobjektene. 27 menn og 9 partnere deltok.
Resultat/Diskusjon:	Det kom frem at temaer som frustrasjon rundt seksuell dysfunksjon og viktigheten av støtte og forståelse fra andre var viktige faktorer. Samtidig opplevde pasientene depresjon og angst i ulik grad knyttet til seksuell dysfunksjon. Det kom frem at pasienten og partneren påpekte viktigheten av intimitet samt informasjon og kunnskap om sex i etterkant av en slik operasjon. Det konkluderes med at overlevende etter prostatakrefte og partnerne deres trenger nøyaktig og grundig informasjon om seksuelle bivirkninger både før og etter behandling. Noen av mennene og partnerne trengte individuell hjelp og veiledning for å håndtere de utfordringene den seksuelle dysfunksjonen kunne føre til.
Egne kommentarer:	92,6% av deltakerne hadde blitt behandlet kirurgisk. Artikkelen er fagfelleurdert nivå 1.

Tabell 7: «Suitable sexual health care according to men with prostate cancer and their partners».

Forfatter: Tidsskrift: År:	Grondhuis Palacios <i>et al.</i> Supportive Care in Cancer 2018
Hensikt/ Problemstilling/ Forskningsspørsmål:	Hensikten med studien var å finne ut hvilket helsepersonell pasientene foretrakk å snakke om seksualitet med, og når i behandlingsforløpet det skulle foregå.
Metode:	Studien er en tverrsnittundersøkelse som tar for seg menn som har gjennomgått en form for behandling mot prostatakrefte og deres partnere. 253 menn og 174 partnere deltok.
Resultat/Diskusjon:	Flere typer behandling er inkludert i studien, men det fokuseres på den kirurgiske behandlingen og nevnes under kildekritikk. Tre måneder etter behandling er det mest gunstige tidspunktet. Det burde derfor avtales time tre måneder frem i tid for alle pasienter.
Egne kommentarer:	Artikkelen er fagfelleurdert nivå 1. Dette er en ny studie (2017) utført i Nederland.

Tabell 8: «Barriers and facilitators for oncology nurses discussing sexual issues with men diagnosed with testicular cancer».

Forfatter: Tidsskrift: År:	Moore, Higgins og Sharek European Journal of Oncology Nursing 2013
Hensikt/ Problemstilling/ Forskningsspørsmål:	Hensikten med studien var å undersøke kreftsykepleieres subjektive kunnskap og komfort i forbindelse med å ta opp temaet seksualitet med pasienter diagnostisert med testikkelkreft. Studien ønsket å undersøke tersklene og tilrettelegge for slike diskusjoner.
Metode:	Anonym spørreundersøkelse med et utvalg registrerte sykepleiere som jobber ved fem tilfeldig valgte onkologisentre i Irland.
Resultat/Diskusjon:	Totalt 89 spørreskjemaer ble inkludert i analysen. Funnene viser at sykepleierne var åpne for å diskutere bekymringer rundt temaet, men at få sykepleiere informerte pasientene sine om dette. Sykepleierne rapporterte at de manglet kunnskap og at de følte seg ukomfortable i slike diskusjoner. Dette inkluderer temaer som ejakulasjonsproblemer, erektil dysfunksjon, impotens og mulighet for protese. Funnene i studien belyser behovet for mer målrettet undervisning om seksualitet og testikkelkreft. Sykepleiere må ta en mer aktiv rolle innen seksualitetsomsorg. Utdanningsprogrammer må inneholde spesifikk informasjon om seksualitet og testikkelkreft. Sykepleiere må se på seksualitet som et essensielt aspekt av sitt yrke. Det kommer frem at det er behov for politiske endringer.
Egne kommentarer:	Artikkelen er fagfellevurdert nivå 1.

4.7 Kildekritikk

I dette litteraturstudiet blir det benyttet engelske artikler for å få et bredere perspektiv. Relativt ny forskning blir benyttet og artiklene er derfor fra 2004 til 2018. Det blir oppgitt under eksklusjonskriterier at artikler eldre enn 10 år ekskluderes. Det er likevel valgt å ta med en artikkel fra 2004, da den oppfattes som relevant og god for oppgaven. Johnsons (2004) artikkel er en fagartikkel som oppsummerer forskning gjort om prostatakreft og belyser en rekke temaer. Forskningen i fagartikkelen er utført i USA. Det ønskes i hovedsak å bruke litteratur som kan overføres til norske levekår og miljø. Ettersom det er pasientopplevelser som blir fremstilt og disse uansett vil være individuelle, har det blitt valgt å ta med artikkelen i oppgaven. Albaugh *et al.* (2017) sin studie tar for seg pasienter som har gjennomgått radikal prostatektomi og pasienter som har fått strålebehandling. Det velges likevel å ta med denne artikkelen i oppgaven da hele 93% av deltakerne i studien gjennomgikk radikal prostatektomi. Studien utført av Moore, Higgins og Sharek (2013) omhandler seksualitet, testikkelkreft og sykepleiers evne til å kommunisere. Artikkelen ble inkludert i oppgaven og fokus ble rettet

mot sykepleiers kommunikasjonsverktøy. Schantz Laursens (2017) studie består av kun fire deltakere. Til tross for få intervjuobjekter regnes artikkelen som relevant da pasientenes opplevelser er subjektive og av stor verdi.

4.8 Forskningsetiske overveielser

Forskningsetikk handler om på hvilken måte personvern er ivaretatt i studiene, og hvordan en kan bruke andre forskeres resultater redelig. Vitenskapelig kunnskap er avhengig av at den enkelte bidrar med sin innsikt, basert på innsikt skapt av andre. Dermed blir forskningen kritisk utprøvd. Det er derfor viktig å respektere andres bidrag og kreditere riktig (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2015).

Helsinkideklarasjonen blir sett på som en etisk grunnlov for all forskning på mennesker (Den norske legeforening, 2012). I likhet med mange land i verden bygger Norges forskningslovgiving på denne deklarasjonen. Helsinkideklarasjonen bygger på ett grunnleggende prinsipp; vitenskapens og samfunnets behov for ny kunnskap kan ikke forsvare at et forskningsobjekt utsettes for ufrivillig eller unødvendig ubehag eller risk. Prinsipper som brukermedvirkning, informasjon og samtykke er sentrale i deklarasjonen (Den norske legeforening, 2012). De benyttede studiene i denne oppgaven følger de forskningsetiske retningslinjene og en har referert til forskernes resultater på en redelig måte. Schantz Laursen (2017) og Albaugh *et al.* (2017) oppgir i artiklene at studiene følger helsinkideklarasjonens retningslinjer. Grondhuis Palacios *et al.* (2018) oppgir i artikkelen at studien overholder etiske standarder. Moore, Higgins og Sharek (2013) oppgir at de fikk etisk godkjenning for å gjennomføre studien fra universitetsetisk komite. Samtlige artikler i oppgaven er fagfellevurdert og publisert i tidsskrifter med godt renommé. Mye av dataen er innhentet i form av intervjuer eller spørreskjemaer. Oppgaven følger NTNUs retningslinjer for bacheloroppgaver.

5.0 ANALYSE AV FUNN

5.1 Hva er analyse?

Det å analysere en tekst vil si å granske hva teksten forteller, altså å tolke teksten for å forsøke å forstå den. De utvalgte artiklene ble lest kritisk og reflektert for å granske materialet.

Teksten ble lest gjentatte ganger, både i sin helhet og i deler for å få tak i detaljene. Dette ble gjort for å få en god forståelse av innholdet. Problemstillingen og forskingsspørsmålene var i fokus under prosessen, som en påminnelse til hva som var hensikten med å lese tekstene (Thidemann, 2019c). Forskningsspørsmålene nedenfor ble brukt som veivisere og analyseredskap i teksten:

- Hvilke erfaringer har pasienten knyttet til komplikasjoner og seksualitet i rehabiliteringsfasen?
- Tar sykepleieren opp temaet seksualitet med pasienten?
- Nevner pasienten noe om kommunikasjonen med sykepleier og informasjonen som ble gitt rundt temaet seksualitet, både pre- og postoperativt?
- Inkluderer sykepleieren pårørende i prosessen?
- Hvilke erfaringer har pasienten knyttet til seksualitet og livskvalitet?

Forskningsspørsmålene ble rammeverket for analysen. Videre i analyse- og tolkningsarbeidet ble temaene gransket, og det ble notert likheter og forskjeller i artiklene. Deretter kunne det vurderes hvordan temaene hang sammen. Noen forskjeller skyldtes hvordan studiene ble gjennomført. I denne prosessen ble de enkelte studienes kvalitet vurdert, og noen artikler ble byttet ut på bakgrunn av dette (Thidemann, 2019c). Etter granskning, vurderinger og noen endringer stod de endelige temaene klare; livskvalitet, sykepleiers veiledende funksjon – kommunikasjon og hvordan bruke pårørende som en ressurs.

5.2 Fysisk, psykisk og seksuell helse må ivaretas for å fremme livskvalitet

Ifølge Albaugh *et al.* (2017) medfører kreftbehandling senskader som har stor innvirkning på livskvaliteten. Behandlingen innebærer ofte fysiske endringer og med det ofte også et endret kroppsbilde. Et eksempel er at ca. 85% av pasienter som har gjennomgått radikal prostatektomi opplever erektil dysfunksjon i etterkant av operasjon. Å hjelpe menn og partnerne deres til å tilpasse seg endringer i seksuallivet er viktig sett fra et helhetlig omsorgsperspektiv. Psykiske utfordringer etter prostatakraft som depresjon og angst må identifiseres og bli tatt på alvor av helsepersonell (Albaugh *et al.*, 2017).

Erekttil dysfunksjon etter radikal prostatektomi påvirker både pasientens sexliv, deres selvfølelse og forhold til andre. Dette kan påvirke livskvaliteten. I samarbeid med pasienten, kan sykepleieren avdekke i hvilken grad erekttil dysfunksjon har påvirket selvbildet, kroppen og parforholdet (Schantz Laursen, 2017). Grondhuis Palacios *et al.* (2018) sin studie hevder at det er få muligheter for menn og deres partnere til å diskutere i hvilken grad behandlingen har påvirket deres seksuelle helse og livskvalitet. Dette fordi oppfølgingen prioriterer kontroll av den somatiske sykdommen. Schantz Laursens (2017) studie indikerer at behovet for å tilby sexologisk rådgivning til denne pasientgruppen er helt nødvendig for å fremme god livskvalitet.

5.3 Sykepleierens evne til å kommunisere

Moore, Higgins og Sharek (2013) skriver at sykepleieres tette og varige kontakt med pasientene setter dem i en særskilt god posisjon til å formidle informasjon, støtte og rådgiving angående seksualitet. Seksualitet er et tabubelagt tema, og sykepleiere forteller at de kvier seg for å ta opp dette med pasientene. I studien kommer det frem at flere av utfordringene handler om mangel på kunnskap og komfort rundt de intime aspektene av seksualitet, samt stor arbeidsbelastning og mangel på tid. Artikkelen konkluderer med at et kunnskapsløft og holdningsendringer må til for å kunne yte helhetlig omsorg (Moore, Higgins og Sharek, 2013).

Ifølge Johnson (2004) er PLISSIT-modellen et godt kommunikasjonsverktøy som sykepleieren kan bruke for å ta opp temaet seksualitet med pasienten. Begrepene i PLISSIT-modellen står for; permission (tillatelse), limited information (begrenset informasjon), specific suggestions (spesifikke forslag) og intensive therapy (intensiv terapi). Den sier at det er viktig å forsikre pasienten og partneren, om at det er tillat å stille spørsmål og diskutere seksualitet. Samt tilby tilstrekkelig informasjon om seksuelle bekymringer eller spørsmål, gi spesifikke forslag til spørsmål rundt seksualitet og sørge for intensiv terapi for seksuelle problemer hos den enkelte. Denne modellen er en måte å samle vurderingsdata på, slik at en kan gi riktig veiledning videre. Sykepleieren skal delta i de tre første stegene av PLISSIT-modellen og deretter henvise videre til kvalifisert sexologisk rådgiver eller terapeut (Johnson, 2004).

I følge Albaugh *et al.* (2017) er tilstrekkelig informasjon om seksualitet fra helsepersonell gjennom hele pasientforløpet avgjørende for pasientenes livskvalitet etter behandling. Pasientene forteller at de som var velinformerte under forløpet har tilpasset seg den nye livssituasjonen bedre enn de som følte de ikke fikk tilstrekkelig informasjon eller

feilinformasjon. Deltakerne i studien anbefaler at informasjonen repeteres før, under og etter behandling for best mulig resultat (Albaugh *et al.*, 2017). Ifølge studien spiller altså sykepleierens evne til å kommunisere en avgjørende rolle for pasientforløpet.

5.4 Pårørendes rolle

Ifølge Albaugh *et al.* (2017) trenger overlevende etter prostatakraft og partnerne deres tilstrekkelig informasjon om eventuelle seksuelle bivirkninger. Seksualitet er et tabubelagt tema (Schantz Laursen, 2017). Når mannens situasjon tvinger paret til å snakke om den seksuelle helsen, kan dette tabusynet føre til misforståelser og unngåelse av diskusjon. Det er avgjørende at paret befinner seg i en situasjon hvor de er klare for å diskutere (Schantz Laursen, 2017). Deltakerne i Albaugh *et al.* (2017) sin studie oppgir at i de tilfellene der partneren mottok god nok informasjon, ble det enklere å være en støttespiller i tilpasningsprosessen. For å mestre seksuell dysfunksjon kom det frem i Johnsons (2004) studie at partene ønsket individuell veiledning. Det vil være viktig at sykepleier motiverer pasienten og hans partner til å kommunisere åpent om seksuelle problemer som skyldes hans cancer prostata og behandling. For omtrent 70% av deltakerne var det helt avgjørende at partneren var til stede når den seksuelle helsen skulle diskuteres (Johnson, 2004).

6.0 DRØFTING

I drøftingen diskuteres og belyses problemstillingen: «Hvordan kan sykepleiere bidra til at pasienter som har gjennomgått radikal prostatektomi får et godt forhold til sin seksualitet?».

6.1 Livskvalitet og seksualitet

Livskvalitet er et subjektivt fenomen (Lerdal og Grov, 2015). Det er en opplevelse av enkeltmenneskets liv sett i lys av sammenhengen vedkommende lever i. Livskvalitet omfatter de fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle sider ved livet (Lerdal og Grov, 2015). I Schantz Laursens (2017) studie kommer det frem at pasientene ønsker å få mer informasjon og kunnskap om hvilken innvirkning prostatektomi kan ha på deres livskvalitet. Dette støttes i Heyn (2015) hvor det er beskrevet at pasienter som er i en ny og sårbar situasjon, opplever at behovet for informasjon er større enn normalt. Det oppleves at åpenhet og trygghet ofte bidrar til å skape en sterkere relasjon mellom pasient og sykepleier. Det kan være enklere for pasienten å åpne seg dersom trygge rammer er til stede. Samtidig bør sykepleier bidra til at de seksuelle problemene ikke blir bagatellisert, men diskutert.

Helse er alltid en viktig del av livskvaliteten og den kan bli svekket når helsesituasjonen utfordres (Rustøen, 2016). Prostatakreft er den hyppigste kreftformen blant menn i den vestlige verden. Blant flere behandlingsrelaterte bivirkninger er urininkontinens og seksualdysfunksjon de mest utbredte konsekvensene (Larsen, 2016). Dette kommer frem i Schantz Laursens (2017) studie hvor en stor andel av de som gjennomgår en form for behandling mot prostatakreft oppgir at de opplever erektil dysfunksjon. Også ifølge en undersøkelse utført av Grondhuis Palacios *et al.* (2018) kommer det frem at livskvaliteten til pasienter med prostatakreft påvirkes i negativ grad. Pasientene oppgir at bivirkninger som urininkontinens og erektil dysfunksjon, igjen fører til seksuell dysfunksjon (Grondhuis Palacios *et al.*, 2018). Grondhuis Palacios *et al.* (2018) fant at ca. en tredel av deltakerne i studien opplevde en grad av erektil dysfunksjon etter endt behandling. Hos pasienter operert for prostatakreft er det tydelig at blant annet den erektil dysfunksjonen har en innvirkning på pasientens livskvalitet (Schantz Laursen, 2017). Kan det tenkes at de fysiske plagene pasientene definerer er i sammenheng med de psykiske? Faktorene som påvirker mannens ereksjon er flere, også den psykiske delen har en innvirkning på dette. Mye sitter i hodet og en kan klare å endre tankegangen på egenhånd, likevel kan bistand fra partner eller helsepersonell være helt avgjørende (Prostatakreftforeningen, 2020).

Det at sykepleier har mot til å snakke med pasienter om seksuell helse er et viktig bidrag til fullgode helsetjenester (Lillemoen, 2015). At noen sykepleiere kun fokuserer på de medisinske problemene, uten å trekke inn seksuell helse og livskvalitet, vil kunne føre til at pasienter får ulik behandling. Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven (2001) § 2-1 kommer det frem at helse- og omsorgstjenesten skal gi nødvendig helsehjelp til de som er i behov av det (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001). For å understreke dette er det å gi lik helsehjelp til alle, et av sykepleieprofesjonens grunnleggende etiske prinsipper (Lillemoen, 2015). Det er utarbeidet opplæringstilbud for pasienter med prostatakreft og deres pårørende ved flere sykehus i Norge (Universitetssykehuset Nord-Norge, 2020). I Norge er det fritt behandlingsvalg. Det betyr at pasienten i utgangspunktet kan benytte seg av selvvalgt behandlingssted (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001). En forutsetning for dette kan være at pasienten er tilstrekkelig opplyst om de ulike tilbudene som eksisterer. På den andre siden innehar sykepleieren kunnskap om at kreftpasienter er i behov av individualisert behandling (Reitan, 2016a). Det å reise langt for å motta et slikt tilbud, kan oppleves som en stor påkjenning etter å ha blitt diagnostisert med kreft. Det kan derfor være ønskelig med et fullverdig behandlingstilbud på alle sykehus som behandler denne pasientgruppen.

Et velfungerende seksualliv betyr mye for de fleste mennesker og helsehjelpen skal ikke være personavhengig (Stendal, 2018). Økt oppmerksomhet til alle pasienter fra sykepleiere med rett kompetanse er derfor viktig for å fremme deres seksuelle helse og livskvalitet. «Det motsatte kan føre til mistriivsel, hvilket innebærer nedsatt helse og forverring av sykdom» (Stendal, 2018). Skal pasienter kjenne på lykke, tilfredshet, kjærlighet og god livskvalitet er det essensielt at de har god helhetlig helse, både psykisk, fysisk, seksuelt og åndelig. Det er derfor viktig at sykepleier respekterer pasientens rettigheter, beskytter og oppfyller disse (Stendal, 2018). En kan stille seg spørsmål om sykepleieren er godt nok forberedt til å ta på seg denne oppgaven. Moore, Higgins og Shareks (2013) studie viser at sykepleiere har for lite kunnskap om seksualitet og hva pasientene spesifikt har krav på når det skal gis informasjon om deres rettigheter som for eksempel hjelpemidler. I studien viste sykepleiere til andre faktorer som også kan spille inn på den unnvikende holdningen. For eksempel er dette med tidspress avgjørende, men også det at pasientene ofte er inneliggende i svært korte perioder (Moore, Higgins og Sharek, 2013). Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven (2001) har pasienten rett på informasjon og sykepleieren kan derfor ikke velge bort denne oppgaven, for eksempel på grunn av tidspress (Grønseth og Nortvedt, 2016). Til tross for dette oppleves det i praksis at hverdagen som sykepleier i stor grad styres av mangel på tid. For å få implementert seksualitet i sykepleiepraksisen, kan en informere

pasienten om temaet gjennom hele forløpet. Slik kan en unngå omfattende samtaler som kan bli tidkrevende postoperativt. Dersom sykepleier tar tak i det potensielle problemet før det oppstår, kan det trolig forhindres. Slik oppfølging kan på sikt være tidsbesparende og kan gjøre det mulig for sykepleiere å følge opp pasientens seksuelle helse, tross tidspress.

I Albaugh *et al.* (2017) sin studie kommer det frem at flere av deltakerne var tilfreds med realiteten som kreftfri, til tross for seksuell dysfunksjon. Fosså *et al.* (2018) presenterer en studie utført av prostatakreftforeningen. I denne studien kommer det frem at det å ha god helse, å fungere i arbeidslivet, i fritiden og med familien betyr mest for god livskvalitet. Utfordringer med seksuallivet, vannlating eller tarmfunksjon hadde mindre betydning (Fosså *et al.*, 2018). På den andre siden er det tydelig at gode seksuelle opplevelser gir bedre livskvalitet (Wiig *et al.*, 2017). Dette er en fellesnevner hos flesteparten av deltakerne som var åpne om seksualfunksjon i etterkant av behandlingen. Disse så erektil dysfunksjon i sammenheng med svekket livskvalitet (Schantz Laursen, 2017). God seksuell helse har en betydelig innvirkning på livskvalitet ved at det gir økt velvære og bidrar til å beholde den maskuline følelsen (Fosså *et al.*, 2018). Sykepleier kan bistå pasienten med økt egenomsorg. Et eksempel på dette er gjennom tilstrekkelig informasjon om hjelpemidler som kan benyttes for å opprettholde seksuell aktivitet (Kirkevold, 1998b). For å tilrettelegge for denne typen informasjon i praksis kan en opplyse pasienten om mulighetene muntlig, skriftlig i form av et informasjonsskriv, samt tilby henvisning til spesialist. Pasienten kan i større grad bli i stand til å ivareta sin egen seksualitet, blant annet ved å ha kunnskap om ulike hjelpemidler.

6.2 Sykepleiers veiledende og undervisende funksjon - kommunikasjon

Den veiledende og undervisende sykepleiefunksjonen innebærer sykepleiers ansvar for å informere, undervise og veilede både pasienter og pårørende (Grønseth og Nortvedt, 2016). Tilstrekkelig informasjon skal fremme trygghet og bidra til at pasienten forstår og mestrer konsekvensene sykdom og behandling medfører. Seksualitet er et grunnleggende behov og det er sykepleier sin jobb å dekke mangler eller utfordringer rundt dette, der en ser at det har innvirkning på pasientens liv (Grønseth og Nortvedt, 2016). I Albaugh *et al.* (2017) sin studie kommer det frem at pasienter operert for prostatakreft har behov for informasjon om seksuelle utfordringer både før, under og etter behandlingen (Albaugh *et al.*, 2017).

Det er en forutsetning at sykepleieren er bevisst på det relasjonelle forholdet og saksforholdet i kommunikasjonen (Reitan, 2016). Ved dialog ønsker en å oppnå engasjement og deltakelse gjennom formidling av informasjon. I motsetning kan enveiskommunikasjon

føre til at pasienten distanserer seg og blir en passiv mottaker. Hensikten med informasjon er å bistå pasienten til å forstå og mestre, samt redusere og fjerne usikkerhet (Reitan, 2016). Heyn (2015) hevder at den vanligste feilen sykepleiere gjør er å uttrykke gjennom non-verbal kommunikasjon at de har dårlig tid. Dette fører ofte til at pasienter vegres for å åpne seg emosjonelt og «belaste» sykepleieren (Heyn, 2015). Ifølge Moore, Higgins og Sharek (2013) ser en at i fremtiden vil det være nødvendig å utvikle bedre kompetanse innenfor området kommunikasjon for å kunne ta opp intime temaer som seksualitet. I studieplanen for sykepleierutdanningen er det lagt lite vekt på samliv og seksualitet. Den enkelte sykepleier må derfor heve kompetansen i praksis. I forbindelse med dette litteraturstudiet er det ikke funnet e-læringskurs eller andre nettbaserte tilbud til sykepleiere innenfor det aktuelle fagområdet. For å sikre kompetanse er det derfor viktig å utvikle kurs og fagdager for sykepleiere som behandler denne pasientgruppen.

Moore, Higgins og Sharek (2013) hevder at sykepleiepraksisen rundt seksualitet er ufullstendig. Flere sykepleiere rapporterer at de ikke alltid informerer pasienten om muligheten for diskusjon rundt seksuelle bekymringer og føler at det er pasienten selv som bør ta opp diskusjoner rundt temaet seksualitet. På den andre siden viser det seg at pasientene ofte er misfornøyd med helsepersonells unnvikende holdning til å ta opp seksuelle problemer (Moore, Higgins og Sharek, 2013). Dersom sykepleier unngår å informere pasienter i kreftbehandling om mulige seneffekter, handler det enten om å skåne pasienten, eller at de mangler kunnskap. Begge deler er like uheldig (Johansen, 2018). Ifølge den internasjonale sykepleierorganisasjonens (ICN) retningslinjer har alle pasienter rett til å vite hva som skjer med dem, og dermed krav på tilstrekkelig informasjon. Dette for at de skal være i stand til å ta del i beslutninger som gjelder seg selv (International Council of Nurses, 1999). Pasienter kan få tilgang på nødvendig og tilstrekkelig informasjon om seksualitet via prostatakreftforeningen. Det kan sykepleier informere om både muntlig og skriftlig. I dagens samfunn oppleves det at pasienter ofte tar initiativ til å innhente kunnskap om egen sykdom, for eksempel gjennom internett. Likevel innehar sykepleier kunnskap om sykdom og behandling som en må anta at pasienten selv ikke har. Pasienten har krav på å slippe å spørre etter denne informasjonen; de skal bli informert (International Council of Nurses, 1999).

Sykepleiere er den største profesjonsgruppen i helse- og omsorgstjenesten og den yrkesgruppen som tilbringer mest tid i direkte kontakt med pasienten. Derfor har de en viktig rolle i å identifisere og møte pasienters behov for samtale og veiledning angående seksuelle spørsmål (Helland, 2015). Som sykepleier må man være spørrende, åpen og tilgjengelig (Jerpseth, 2017). Albaugh *et al.* (2017) hevder at pasientene er i behov av individualisert og

tydelig informasjon om konsekvensene av behandlingen. Det kommer også frem at det er viktig for pasienten og selv få bestemme hvor stor grad av åpenhet han vil tillate, og at helsepersonell åpner for at eksempelvis partner og familie kan delta på samtale. Viktigheten av tilstrekkelig informasjon og kommunikasjon kommer tydelig frem i et intervju gjort i Albaugh *et al.* (2017) sin studie. Der belyser en pasient sine tanker om livet etter gjennomført behandling av prostatakreft. Blant annet kom det frem at når pasienten tenkte tilbake ville han kanskje ikke gjennomført operasjonen likevel, men heller levd et kortere liv med økt livskvalitet.

Sykepleiere må stadig jobbe med seg selv og holdninger til sin egen seksualitet for å tørre å møte pasienter med seksuelle problemer (Jerpseth, 2017). Ifølge Moore, Higgins og Sharek (2013) er sykepleierens egne følelser knyttet til seksualitet ofte forbundet med fraværende eller manglende initiativ til samtale rundt temaet. Mange sykepleiere er usikre på egen kropp og seksualitet. Det å fortelle om normalvariasjoner kan bidra til at de får større tillit til sin egen seksualitet og kroppsfunksjon (Jerpseth, 2017). Dette støttes i Moore, Higgins og Sharek (2013) der det kommer frem at en av årsakene til fraværende initiativ til samtale, er sykepleierens manglende kunnskap innenfor området. Åpenhet og støtte anses som svært viktig dersom sykepleierne ønsker at pasientene skal endre seksuell atferd til det positive (Jerpseth, 2017). Det er mulig sykepleieren stiller for høye krav til egen kunnskap. Sykepleier trenger ikke nødvendigvis å sitte med alle svar, men uansett sørge for å ta initiativ til samtale, slik at pasienten forstår at det er mulighet for å diskutere den seksuelle helsen. På denne måten kan sykepleieren bidra til å ufarliggjøre temaet.

Sykepleieren har et særlig ansvar for å skape gode rutiner og prosesser som kan sikre både pasienter og pårørendes autonomi gjennom hele sykdoms- og behandlingsforløpet (Grønseth og Nortvedt, 2016). Det kommer tydelig frem i Johnsons (2004) studie at pasientene ønsker informasjon om seksualitet. Dette støttes i Grondhuis Palacios *et al.* (2018) sin studie hvor flesteparten av deltakerne også ønsket at temaet skulle tas opp av helsepersonell. Det er flere fordeler ved at sykepleiere åpner for samtale om seksuell helse med pasienten (Borg, 2017). Etter endt prostatakreftbehandling er det viktig å normalisere de utfordringene pasienter kan møte. Dersom pasientene opplever at sykepleiere er åpne for å diskutere temaet, vil terskelen for å søke hjelp være lavere (Borg, 2017). På den andre siden er det, i forbindelse med dette litteraturstudiet, ikke funnet noen nasjonale anbefalinger for hvordan seksuelle spørsmål skal ivaretas i helse- og omsorgstjenesten. Det er heller ikke funnet noen offentlige pålegg til spesialisthelsetjenesten om å ivareta seksuell helse (Helland, 2015). Det oppleves at det er et tydelig behov for nasjonale anbefalinger om hvilken

informasjon som skal gis, samt fordelingen av ansvar. Disse føringene kan gjøre det enklere for sykepleieren å sørge for en helhetlig omsorg.

I Johnsons (2004) studie ble det utviklet noen spørsmål til hvordan sykepleiere kan gå frem i forbindelse med en slik samtale. Et slikt spørsmål kan for eksempel være «Hva skjer når du prøver å ha sex?». For mange sykepleiere kan det være vanskelig å stille slike spørsmål, da det kan oppfattes direkte og personlig (Helland, 2015). På den andre siden kan vage spørsmål rundt seksualitet føre til usikkerhet hos pasienten om hva som egentlig er akseptabelt å diskutere (Helland, 2015). Samtidig er det viktig at sykepleier påpeker at seksualitet ikke nødvendigvis er det samme som seksuell funksjon (Borg, 2017). En svært viktig del av seksualiteten omhandler nærhet, ømhet og kjærlighet. På bakgrunn av dette kan det være riktig å snakke med pasienten om intimitet, i stedet for seksualitet (Borg, 2017). Sykepleieren kan bruke tidligere erfaringer i møte med pasienter for å innlede samtaler om for eksempel nærhet og relasjoner. Ved at sykepleier åpner for samtale basert på disse elementene, vil muligens mer sensitive temaer som sex og samliv bli ufarliggjort.

Albaugh *et al.* (2017) sin studie viser at majoriteten av menn (74%) som deltok i studien ikke rapporterte om erektil dysfunksjon i forkant av radikal prostatektomi. Alle deltakerne rapporterte imidlertid om erektil dysfunksjon etter operasjon. Mennene som var mest misfornøyde med seksual dysfunksjon etter radikal prostatektomi, var de som ikke følte seg godt nok informert om mulige bivirkninger. De ønsket informasjonen i forkant av behandlingen (Albaugh *et al.*, 2017). Dette sier noe om viktigheten av sykepleierens og legens evne til å formidle kunnskap, samt sørge for at den blir forstått (Jerpseth, 2017). For å forsikre seg om at kunnskapen blir forstått, kan en for eksempel stille konkrete spørsmål som «Opplever du erektil dysfunksjon i etterkant av operasjonen?». Ved at pasienten inkluderes på denne måten, kan sykepleieren få et inntrykk av pasientens grad av forståelse. Over halvparten av deltakerne i Grondhuis Palacios *et al.* (2018) sin studie ønsket en konsultasjon med urolog, sexolog eller kreftsykepleier etter behandling. Deltakerne i studien ønsket at innholdet i disse konsultasjonene skulle være diskusjon av endret seksualitet, metoder for å oppleve intimitet på en annen måte og seksuell undervisning. Det mest gunstige tidspunktet ble satt til å være tre måneder etter behandling (Grondhuis Palacios *et al.*, 2018). På bakgrunn av denne kunnskapen bør tilstrekkelig informasjon tilbys gjennom hele pasientforløpet. For å opprettholde ønsket om en god seksualitet bør pasienten innkalles til en poliklinisk samtale. Denne samtalen bør finne sted tre måneder etter operasjon, med en sykepleier som har tilstrekkelig kompetanse.

Ifølge Johnson (2004) er PLISSIT-modellen et nødvendig verktøy for sykepleiere. Med denne modellen kan en åpne opp for samtale med pasienten og partneren der de kan snakke om sine seksuelle problemer. Johnson (2004) henviser til PLISSIT-modellen og beskriver at det er viktig å forsikre både pasienten og partneren om at det er tillatt å stille spørsmål og diskutere seksualitet. Modellen er tenkt som en pyramide, der informasjonen og samtalen i bunnen av pyramiden handler om generelle og menneskelige problemstillinger (Jerpseth, 2017). Dette gjør PLISSIT-modellen til et verktøy en ikke trenger å være spesialist for å bruke, men et hjelpemiddel sykepleiere kan benytte seg av om et tabubelagt tema. Etter den første datainnsamlingen kan det være aktuelt å henvise pasienten videre, til eksempelvis sexolog (Jerpseth, 2017). Det støttes i Borg (2017) at PLISSIT-modellen er et nyttig kommunikasjonsmiddel for veiledning i seksuelle spørsmål. På bakgrunn av dette kan modellen eller deler av den innføres som et nyttig hjelpemiddel for alle sykepleiere som behandler denne pasientgruppen.

6.3 Hvordan bruke pårørende som en ressurs

For å kunne utøve god sykepleie er kommunikasjon og samhandling med pasienter og pårørende helt avgjørende (Reitan, 2016). Som tidligere nevnt i oppgaven kom det frem i Albaugh *et al.* (2017) sin studie at deltakerne ønsket informasjonen gjentatt flere ganger grunnet svekket evne til å ta den inn over seg når en akkurat har fått en kreftdiagnose. Når nyheter og informasjon skal formidles, bør pasienten alltid få tilbud om å ha med seg partner eller annen pårørende (Reitan, 2016). Pårørende kan være en støtte og hjelpe pasienten med å huske informasjonen som blir gitt. Det å inkludere partneren i hele prosessen kan ha flere positive effekter. Sykepleiere opplever ofte at pasienten ikke husker å ha mottatt informasjon om for eksempel svekket ereksjonsevne etter radikal prostatektomi. Likevel kan det være dokumentert i legejournal at denne informasjonen er gitt. Dette viser at pasientene ikke alltid forstår informasjonen. Å inkludere partneren kan også bidra til at paret er mer forberedt og åpne med hverandre rundt seksuelle problemer som måtte oppstå (Reitan, 2016). Ifølge Johnsons (2004) studie mente omtrent 70% av deltakerne at det var helt avgjørende at partneren var til stede når seksualitet skulle diskuteres. På den andre siden var de resterende deltakerne delt mellom å bry seg lite om partneren var til stede, og å foretrekke å diskutere slike spørsmål uten partners tilstedeværelse (Johnson, 2004). På bakgrunn av dette kan det være viktig at sykepleier tilbyr samtale til både pasient og partner, dog at det er frivillig. Disse funnene viser at sykepleier må være oppmerksom på behovet av at informasjon gjentas og at

den med fordel også kan være skriftlig. Sykepleieren kan bringe begge partnerne sammen i en god samtale hvor begge får mulighet til å uttrykke sine tanker og følelser.

Et solid forhold krever at partnerne er klare for å diskutere problemer og finne løsninger (Schantz Laursen, 2017). For mange er seksualitet et tabubelagt tema, og par kan ha vanskelig for å snakke sammen om intime aspekter ved deres liv. Når mannens erektil dysfunksjon tvinger dem til å diskutere emnet, finnes en risiko for misforståelser. Et toveis tabu-syn kan forhindre kvinnen i å diskutere potensproblemet av hensyn til partnerens sjenanse, mens han unngår diskusjoner på grunn av bekymringer for at stillheten hennes indikerer at hun finner ham utilstrekkelig (Schantz Laursen, 2017). Ifølge Schantz Laursens (2017) studie var noen par i stand til å overvinne problemene som oppstod i det postoperative løpet og de lyktes med å gjenopprette sexlivet. Andre par var imidlertid helt avhengig av å få profesjonell hjelp for å lykkes. Ifølge Helland (2015) kan pasient og partner oppnå realistiske forventninger til eget seksualliv, til tross for situasjonen, med tilstrekkelig informasjon og veiledning fra sykepleier. Ved store utfordringer knyttet til seksuell aktivitet kan paret i større grad rette fokus mot intimitet. Om å gjennomføre et samleie oppleves som uopnåelig, kan fysisk og psykisk intimitet likevel oppnås gjennom å ligge tett inntil hverandre, holde rundt hverandre og uttrykke forståelse (Helland, 2015). Disse funnene viser at sykepleier bør anvende sin kunnskap om seksualitetens aspekter i samtale med pasient og partner. I en slik samtale bør fokuset rettes mot viktigheten av intimitet og nærhet, når en opplever at livssituasjonen endres.

I Schantz Laursens (2017) studie erfarte deltakerne at deres erektil dysfunksjon påvirket forholdet til partneren. I de forholdene der de ikke snakket åpent om seksuallivet, ledet det til misforståelser og feiltolkning. Deltakerne fortalte at mangelen på ereksjon gjorde at de følte skyld. De følte seg utilstrekkelig fordi de ikke klarte å oppfylle ektefellens seksuelle behov. Noen av deltakerne var bekymret over at situasjonen deres ville få ektefellen til å se etter en ny partner (Schantz Laursen, 2017). I studentpraksis ble det i noen tilfeller erfart at pasienten misforstår partners nonverbale kommunikasjon. Eksempelvis var en pasients følelse at ektefellen unngikk ham. Enhver avvisning så han i sammenheng med sin impotens. For å forebygge og redusere usikkerhet, samt bekymringer og skyldfølelse i parforholdet, bør sykepleier tilrettelegge for samtale om seksuell helse. Ved å sikre at partneren har god forståelse og innsikt i situasjonen, kan kommunikasjonen i parforholdet bli enklere. Dermed blir sykdomsbyrden motvirket (Helland, 2015). Sykepleiers undervisende og veiledende funksjon innebærer også et ansvar for at partner er informert, om områder som har innvirkning på deres liv (Nortvedt og Grønseth, 2017).

Ifølge Helland (2015) viser forskning på pasienter med kreft og partnerne deres at mange aktivt leter etter måter å tilpasse seg endringer i sitt seksualliv på. Sykepleieren kan bidra til denne tilnæringsprosessen ved eksempelvis å spørre om behov for samtale. Gjennom kommunikasjon bekrefter sykepleier at pasienten ikke er alene om å oppleve eventuelle utfordringer, samt å normalisere disse (Helland, 2015). Flere av deltakerne i Albaugh *et al.* (2017) sin studie ga uttrykk for at de mottok for lite informasjon i forkant av behandlingen. Det resulterte i at tiden etter kunne by på utfordringer. En deltaker fortalte at han ble deprimert som følge av de fysiske endringene. Personlig opplevde han det å tilpasse seg som utfordrende. For en annen pasient ble derimot evnen til å tilpasse seg avgjørende. Han så mulighetene, i stedet for begrensningene. Blant annet uttrykte han at viktigheten av å holde hender med sin kone ble større etter operasjonen (Albaugh *et al.*, 2017). Denne informasjonen understreker at mange pasienter og partnere kan trenge bistand for å mestre tilpasningsprosessen etter sykdom og behandling. Sykepleier kan ved hjelp av samtale om seksuell helse, normalisering og informasjon spille en avgjørende rolle for at denne prosessen får et positivt utfall.

6.4 Metodediskusjon – styrker og svakheter ved studien

I denne litteraturstudien ble det gjort strukturerte søk for å finne relevante forskningsartikler. Inklusjon- og eksklusjonskriteriene ble fulgt for å besvare problemstillingen. En styrke ved oppgaven er at temaet som blir belyst er dagsaktuelt. Utfordringene rundt temaet er reelt til stede, og det er behov for intervensjoner. Oppgaven belyser flere sider av saken, og en forsøker å finne svar og komme med konkrete forslag til hvordan sykepleiere kan endre handlings- og tankemønstre i forbindelse med seksualitet. En svakhet ved oppgaven kan være at det kun er brukt engelske artikler, noe som kan ha ført til misforståelser i oversettelsesprosessen. Ved bruk av flere databaser ville det trolig blitt funnet flere artikler som kunne belyst problemstillingen fra ulike ståsted.

7.0 KONKLUSJON

Pasienter og partnere opplever at radikal prostatektomi påvirker seksuallivet og dermed livskvaliteten. Åpenhet, god kommunikasjon og tilstrekkelig informasjon har vist seg å være viktige faktorer for å mestre tilpasningsprosessen. Majoriteten av deltakerne i studiene i denne oppgaven oppgir at de ønsker at helsepersonell skal ta opp temaet seksualitet. På den andre side opplever sykepleiere at de verken har nok kunnskap eller tid til å prioritere temaet. Basert på funnene bør både pasient og partner bli introdusert for temaet seksualitet allerede før operasjon, under behandling og etter endt behandling. Sykepleiere er lovpålagt å informere pasienten tilstrekkelig, slik at han blir i stand til å mestre egen sykdom. Til tross for dette, samt at flere offentlige instanser har forsøkt å sette temaet på sykepleiers dagsorden, kommer det frem at seksualitet ikke er prioritert i dagens sykepleiepraksis. I denne oppgaven konkluderes det med at det er behov for økt kunnskap om seksualitet og at dette må implementeres i sykepleierutdanningen. For allerede ferdigutdannede sykepleiere som behandler denne pasientgruppen, bør det for eksempel innføres kurs og fagdager for å sikre økt kompetanse. Økt fokus på kommunikasjon og åpenhet kan bidra til å normalisere tematikken. Ved å inkludere pårørende som en ressurs kan en styrke pasientens evne til å mestre tilpasningen. I praksis kan dette gjøres gjennom en felles prosedyre. Forslag til innhold i denne prosedyren er tilstrekkelig informasjon om mulige bivirkningen gjennom hele behandlingsforløpet, aktiv bruk av kommunikasjonsverktøyet PLISSIT, bruk av pårørende som en ressurs, samt en tremåneders oppfølgingsamtale. Denne prosedyren bør innføres i spesialisthelsetjenesten der pasientgruppen behandles. For at en slik prosedyre skal etterleves kan det være nødvendig med nasjonale anbefalinger. På sikt kan dette føre til at pasienter som har gjennomgått radikal prostatektomi får et styrket forhold til sin seksualitet, samt at utøvelsen av sykepleie blir mer helhetlig. Det er fremdeles eksisterende kunnskapshull innenfor fagfeltet og fremtidig forskning bør derfor rettes mot kommunikasjonsmetoder og implementering av seksualitet i sykepleiepraksisen.

8.0 LITTERATURLISTE

- Albaugh, J. A. *et al.* (2017) Life after prostate cancer treatment: a mixed methods study of the experiences of men with sexual dysfunction and their partners, *BMC urology*, 17(1), s. 45-45. doi: 10.1186/s12894-017-0231-5.
- Belcher, J. R. (2011) *Interpersonal Relations in Nursing Nursing theories : the base for professional nursing practice*. 6th ed. utg. Boston: Pearson, s. 64-76.
- Bertelsen, B., Hornslien, K. og Thoresen, L. (2017) *Svulster Sykdom og behandling*. 2. utg. utg. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 127-149.
- Borg, T. (2017) *Seksualitet Kreftsykepleie : pasient, utfordring, handling*. 4. utg. utg. Oslo: Cappelen Damm akademisk, s. 120-131.
- Brennhovd, B. (2016) *Radikal prostektomi*. Tilgjengelig fra: http://oncolex.no/Prostata/Prosedyrekatolog/BEHANDLING/Kirurgi/Radikal-prostektomi?lg=procedure&fbclid=IwAR1rWv1SRNU69a5snZ8oJTEDRbsAw6DwnUqTYHCkw5gTDnBCH_hkzQA21HI (Hentet: 25.03 2020).
- De nasjonale forskningsetiske komiteene (2015) *Hva er forskningsetikk?* Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/hvem-er-vi-og-hva-gjor-vi/hvem-er-vi-og-hva-gjor-vi/hva-er-forskningsetikk/> (Hentet: 29.04 2020).
- Den norske legeforening (2012) *Helsinkideklarasjonen*. Tilgjengelig fra: <https://www.legeforeningen.no/fag/forskning/helsinkideklarasjonen/> (Hentet: 01.04 2020).
- Fosså, S. D. *et al.* (2018) Bivirkninger og livskvalitet etter behandling *Prostatakraft : en håndbok for pasienter og pårørende*. Oslo: Cappelen Damm akademisk, s. 81-95.
- Gammersvik, Å. og Larsen, T. B. (2018) Helsebegrepet i helsefremmende arbeid *Helsefremmende sykepleie : i teori og praksis* 2. utg. utg. Bergen: Fagbokforl., s. 45-55.
- Gjessing, R. (2018) Seksualitet etter kreften, *Sykepleien*, 8. Tilgjengelig fra: https://sykepleien.no/sites/default/files/sy_2018-11-01.pdf.
- Grondhuis Palacios, L. *et al.* (2018) Suitable sexual health care according to men with prostate cancer and their partners, *Supportive Care in Cancer*, 26(12), s. 4169-4176. doi: 10.1007/s00520-018-4290-2.
- Grønseth, R. og Nortvedt, P. (2016) Klinisk sykepleie - funksjon, ansvar og kompetanse, i Almås, H., Stubberud, D.-G. og Toverud, K. C. (red.) *Klinisk sykepleie : 1* 5. utg. utg. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 17-39.
- Gøransson, L. og Larsen, S. M. (2017) Sykdommer i nyrene og urinveiene *Sykdom og behandling*. 2. utg. utg. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 298-319.
- Helland, Y. (2015) *Seksualitet Sykepleieboken : 1 : Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* 5. utg. utg. Oslo: Cappelen Damm akademisk, s. 861-886.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2016) *Snakk om det!* Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_hels_e.pdf?fbclid=IwAR2dAO0qkU1rU6BCso0IDVuE3Uy1WSWFPcNyzGF2Imn1aAOsSRjN7PFWL6Q (Hentet: 21.04 2020).
- Heyn, L. (2015) Kommunikasjon - menneskets grunnleggende behov for å forstå og å bli forstått, i Grov, E. K., Holter, I. M. og Toverud, K. C. (red.) *Sykepleieboken : 1 : Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utg. utg. Oslo: Cappelen Damm akademisk, s. 363-398.
- International Council of Nurses (1999) *ICNs ETISKE REGLER FOR SYKEPLEIERE*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/Content/113949/ICNs> (Hentet: 30.04 2020).
- Jerpseth, H. (2017) Sykepleie ved gynekologiske sykdommer *Klinisk sykepleie : 2*. 5. utg. utg. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 133-168.
- Johansen, L. B. (2018) Det ingen sa.. *Sykepleien*, 8. Tilgjengelig fra: https://sykepleien.no/sites/default/files/sy_2018-11-01.pdf.
- Johnson, B. K. (2004) Prostate cancer and sexuality: Implications for nursing, *Geriatric Nursing*, 25(6), s. 341-347. doi: 10.1016/j.gerinurse.2004.09.014.
- Kirkevold, M. (1998a) Hva er sykepleieteori? *Sykepleieteorier : analyse og evaluering* 2. utg. utg. Oslo: Ad notam Gyldendal, s. 38-65.
- Kirkevold, M. (1998b) Dorothea Orems egenomsorgsteori *Sykepleieteorier : analyse og evaluering* 2. utg. utg. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Kreftforeningen (2020) *Prostatakraft*. Tilgjengelig fra: <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/prostatakraft/> (Hentet: 03.02 2020).
- Larsen, S. (2016) Sykdommer i mannlige kjønnsorganer *Sykdom og behandling*. 2. utg. utg. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 456-465.
- Lerdal, A. V. og Grov, E. K. (2015) Aktivitet *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utgave. utg. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 819-838.

- Lillemoen, L. (2015) Etikk i sykepleien *Sykepleieboken : 1 : Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utg. utg. Oslo: Cappelen Damm akademisk, s. 297-338.
- Moore, A., Higgins, A. og Sharek, D. (2013) Barriers and facilitators for oncology nurses discussing sexual issues with men diagnosed with testicular cancer, *European Journal of Oncology Nursing*, 17(4), s. 416-422. doi: 10.1016/j.ejon.2012.11.008.
- Nortvedt, P. og Grønseth, R. (2017) Klinisk sykepleie- funksjon, ansvar og kompetanse, i Almås, H., Stubberud, D.-G. og Toverud, K. C. (red.) *Klinisk sykepleie : 1* 5. utg. utg. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 18-39.
- Oncolex (2016) *Histologi ved prostatakrefte*. Tilgjengelig fra: <http://oncolex.no/Prostata/Bakgrunn/Histologi> (Hentet: 03.03 2020).
- Pasient- og brukerrettighetsloven (2001) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_4 (Hentet: 13.05 2020).
- Prostatakreftforeningen (2020) *Seksualitet og samliv etter prostatakreftbehandling*. Tilgjengelig fra: https://prostatakreft.no/seksualitet-og-samliv-etter-prostatakreftbehandlingen/?fbclid=IwAR2U1QirifSXFNtxHcWwde0u0GHwqJAAt_e_rAOGn8LFwf8z_rxx4z0Q5ewE (Hentet: 05.05 2020).
- Reitan, A. M. (2016) Klinisk kommunikasjon, i Schjøllberg, T. K. (red.) *Kreftsykepleie : pasient, utfordring, handling*. 4. utg. utg. Oslo: Cappelen Damm akademisk, s. 104-119.
- Rustøen, T. (2016) Livskvalitet og velvære, i Heggstad, A. K. og Knutstad, U. (red.) *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie 2*. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 87-88.
- Sand, O. et al. (2018) Nyrene og urinveiene *Menneskekroppen : fysiologi og anatomi* 3. utg. utg. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 452-478.
- Schantz Laursen, B. (2017) Sexuality in men after prostate cancer surgery: a qualitative interview study, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(1), s. 120-127. doi: 10.1111/scs.12328.
- Stendal, M. B. (2018) *Sykepleiere kan fremme seksuell helse hos mennesker med psykisk lidelse*. Tilgjengelig fra: https://sykepleien.no/forskning/2018/08/sykepleiere-kan-fremme-seksuell-helse-hos-mennesker-med-psykisk-lidelse?fbclid=IwAR0p3wfYbRgtQ4LmvupRbAcnscUIRbMU6aQOBtSAWS6U4dx3XeWEMUBvTZ_0 (Hentet: 29.04 2020).
- Sykepleien (2018) *Etter kreften*. Tilgjengelig fra: https://sykepleien.no/sites/default/files/sy_2018-11-01.pdf (Hentet: 15.05 2020).
- Thidemann, I.-J. (2019a) Hva slags kunnskap trenger jeg for å svare på problemstillingen? *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter : den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. 2. utgave. utg. Oslo: Universitetsforlaget, s. 59-75.
- Thidemann, I.-J. (2019b) Valg av metode *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter : den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* 2. utgave. utg. Oslo: Universitetsforlaget, s. 76-82.
- Thidemann, I.-J. (2019c) Litteratursøk *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter : den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. 2. utgave. utg. Oslo: Universitetsforlaget, s. 83-99.
- Wiig, H. et al. (2017) *100 spørsmål med svar om kreft, seksualitet, samliv og sex: å vokse sammen istedenfor å gli fra hverandre*. Brummundal: H. Wiig.
- World Health Organization (2006) *Sexual and reproductive health*. Tilgjengelig fra: https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/ (Hentet: 15.05 2020).
- World Health Organization (2020) *Health statistics and information systems*. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/> (Hentet: 18.05 2020).

