

anonym

Hvordan kan sykepleier tilrettelegge for god seksuell helse hos pasienter som har gjennomgått kirurgisk radikal prostatektomi?

7554 ord

Bacheloroppgave i Sykepleie

Juni 2021

anonym

Hvordan kan sykepleier tilrettelegge for god seksuell helse hos pasienter som har gjennomgått kirurgisk radikal prostatektomi?

7554 ord

Bacheloroppgave i Sykepleie
Juni 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn:

Behandlingen kirurgisk radikal prostatektomi kan gi senskader som påvirker pasientens seksualitet. Dødeligheten etter behandlingen er relativt lav, og det er mange menn som lever med senskader etter behandlingen. Valget av tema baseres på både egne erfaringer fra kirurgisk praksis og relevant teori som viser at sykepleier sjeldent tar opp seksualitet med sine pasienter.

Hensikt/problemstilling:

Denne litteraturstudien tar for seg pasientgruppen som er diagnostisert med prostatakraft. Studien skal se på problemer knyttet til pasientens seksuelle helse etter behandlingen. Målet med litteraturstudien er å undersøke hvordan sykepleiere kan tilrettelegge for god seksuell helse hos pasienter som har gjennomgått kirurgisk radikal prostatektomi.

Metode:

Det er gjennomført et systematiske søk etter aktuelle artikler som resulterte i at syv artikler ble inkludert i litteraturstudien. Resultatene av fra disse artiklene er tatt med sammen med relevant litteratur om kirurgisk radikal prostatektomi og seksuell helse.

Resultater:

Etter gjennomgang og analyse av de syv inkluderte forskningsartikler ble det funnet tre hovedtemaer som kunne bidra til å belyse problemstillingen. Temaene er pasientens forventninger, behandlingens senskader og mestringsstrategier. Alle tre hovedtemaene belyser hvordan sykepleier kan tilrettelegge gjennom kommunikasjon, informasjon og veiledning.

Konklusjon/oppsummering:

Sykepleier bør ha god kunnskap om kommunikasjon, psykiske og fysiske konsekvenser ved behandlingen, og om temaet seksualitet for å kunne tilrettelegge for disse pasientene. Videre kreves det at sykepleier har, og tar seg nok tid, i arbeidshverdagen til å kunne gjennomføre dette i praksis.

Nøkkelord: Prostatakraft, Ereksjonssvikt, Radikal prostatektomi, Seksuell helse, Sykepleie

Innhold

1.	INTRODUKSJON	5
1.1.	Introduksjon til tema og bakgrunnskunnskap.....	5
1.2.	Teori.....	5
1.2.1.	Prostatakraft	5
1.2.2.	Senskader	6
1.2.3.	Seksuell Helse	6
1.2.4.	Kommunikasjon og informasjon	7
	Tabell 1.1 PLISSIT-Modellen.....	10
1.3.	Formål og problemstilling	10
2.	METODE.....	11
2.1.	Beskrivelse av metode	11
	Tabell 2.1 PICO-skjema	11
2.2.	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	12
2.3.	Søkehistorikk.....	12
	Tabell 2.2 Søketabell MedLine	13
	Tabell 2.3 Søketabell PubMed	15
	Tabell 2.4 Søketabell Cinahl COMPLETE	17
2.4.	Vurdering og utvelgelse av artikler	19
2.5.	Analyse.....	20
	Tabell 2.5 Syntese	20
3.	RESULTAT	21
3.1.	Artikkelmatrise	21
	Tabell 3.1 - Artikkelmatrise	21
3.2.	Resultater	26
3.2.1.	Pasientens forventninger.....	26
3.2.2.	Behandlingens senskader	27
3.2.3.	Mestringsstrategier.....	28
4.	DISKUSJON	29
4.1.	Drøfting	29
4.1.1.	Pasientens forventninger.....	29
4.1.2.	Behandlingens senskader	31
4.1.3.	Mestringsstrategier.....	32
4.2.	Implikasjoner for sykepleie.....	33
4.3.	Styrker og svakheter med litteraturstudiet	34
4.4.	Konklusjon/Oppsummering	36

Referanser.....37

1. INTRODUKSJON

1.1. Introduksjon til tema og bakgrunnskunnskap

Prostatakraft er den hyppigste kreftformen i Norge blant menn og rammer i underkant av 5000 menn årlig (Kreftregisteret, u.å.). 4877 menn fikk påvist prostatakraft i 2019. Behandlingsformene for kreften er svært effektive og overlevelsesraten er 95,5% 5 år etter diagnostisering (Kreftforeningen, 2021). Da dødeligheten av prostatakraft har gått ned, er opplevelsen av å leve et liv etter kreft mer utbredt. Behandlingsformene for prostatakraft er forbundet med flere senvirkninger som påvirker pasientens behov for eliminasjon, velvære, aktivitet og seksuelle og psykososiale behov. Ca. 70% av pasientene opplever problemer knyttet til ereksjon etter den kirurgiske behandlingen (Stubberud & Almås, 2017). 98% av sykepleiere mener ifølge Gjessing (2017) at pasienter skal informeres om sammenhengen mellom kreft og seksualitet, men kun 1 av 4 mener at dette er sykepleierens oppgave. Allikevel er det kun 1 av 5 som tar opp temaet om seksualitet med sine pasienter (Stubberud et al., 2017).

Bakgrunnen for valg av tema kommer av at min erfaring, fra kirurgisk praksis ved urologisk avdeling, vekket min interesse for temaet. Jeg erfarte i praksis at sykepleiere sjeldent tar opp seksualitet med pasientene. Interessen for temaet kommer også av at jeg selv er mann, og ønsker å tilegne meg mer kunnskap om temaet.

1.2. Teori

1.2.1. Prostatakraft

Prostata er en eksokrin kjertel som omgir øvre del av urinrøret hos menn, og den siste delen av sædlederne. Sædlederen munner ut i urinrøret midt inne i prostata. Prostata vokser naturlig gradvis med økende alder, og konsekvensen av dette er at urinrøret blir trangere. Glatte muskelceller og bindevev omgir kjertelepitelet i prostata, og kan danne utgangspunkt for framvekst av prostatakraft (Wyller, 2016a). Kjertelepitelet i prostata stimuleres av kjønnshormonet *testosteron*. Testosteron bidrar også til å stimulere kreftceller (Wyller, 2016b).

Prostatakraft er ofte lokalisert i den ytre delen av kjertelen (Wyller, 2016b). Det kan også hende at kreften har vokst seg igjennom og utenfor prostata i enkelte tilfeller (Prostatakraftforeningen, u.å.). Anatomien rundt prostata består av mange skjøre strukturer. Dette inkluderer muskler, blodkar og nerver som påvirker både vannlating og ereksjon. (Norsk Helseinformatikk, 2014). Forekomsten av prostatakraft er mest vanlig hos eldre menn, men kan i sjeldne tilfeller forekomme hos menn under 50 år. I mange tilfeller vokser prostatakraft svært langsomt. Hvis prostatakraft blir oppdaget før kreften vokser utenfor prostata kan den bli helbredet ved blant annet kirurgisk behandling. Da fjernes hele prostata (Wyller, 2016b).

Både sykdommen og behandlingen av prostatakreft kan gi negative konsekvenser for pasientens grunnleggende behov. De mest vanlige komplikasjonene påvirker pasientens behov for eliminasjon, velvære og aktivitet og seksuelle og psykososiale behov (Stubberud et al., 2017). Denne oppgaven skal se nærmere på det sistnevnte problemet som er pasientens seksuelle og psykososiale behov, med hovedfokus på de seksuelle problemene tilknyttet behandlingen av prostatakreft.

Det finnes flere behandlingsformer for kreftformen. Disse er delt inn i tre hovedkategorier, kirurgisk, farmakologisk og stråleterapi. Radikal prostatektomi, fjerning av testiklene og transurethral reseksjon av prostata er forskjellige typer av kirurgiske tiltak. De farmakologiske tiltakene omhandler legemidler som hemmer produksjonen av testosteron (Wyller, 2016b). Ved stråleterapi drepes kreftcellene ved bruk av høyenergetiske røntgenstråler eller ved at små korn av radioaktivt materiale legges inn i kreften under en liten operasjon (Helsebiblioteket, 2020). Denne oppgaven skal ta for seg den kirurgiske behandlingen av kreftformen, radikal prostatektomi. Ved radikal prostatektomi blir hele prostatakjertelen fjernet. Denne kirurgiske behandlingsformen gjennomføres som enten åpen prostatektomi eller som robotassistert laparoskopisk prostatektomi (Stubberud et al., 2017).

1.2.2.Sensskader

Mange kan oppleve at livet endrer seg, når kreften blir en del av det, både mentalt og fysisk. Ved behandling av prostatakreft kan pasienten oppleve å få konsekvenser knyttet til seksuelle og psykososiale behov. Mange kan oppleve seksuelle problemer som en del av bivirkningene av den behandlingen de har fått. Ca. 70% av pasientene opplever problemer knyttet til ereksjon etter den kirurgiske behandlingen (Stubberud et al., 2017). Hensikten med den kirurgiske behandlingen er å fjerne all kreften og å hindre spredning. Det er et stort inngrep å fjerne prostata, og det kan føre til skader på nærliggende organer og nerver (Helsebiblioteket, 2020). Ved kirurgisk behandling må man være nøyaktig og ha god kontroll for å kunne bevare nervetrådene som styrer ereksjonen (Norsk Helseinformatikk, 2014). Disse nervene ligger i noe som kalles nervekar-strengen som fører nerver og blodkar til svampelegemet i penis. Nervekar-strengen styrer ereksjonsevnen hos menn (Prostatakreftforeningen, u.å.). Bedringsutsiktene etter behandling, med tanke på ereksjon, er avhengig av hvilke strukturer som er skadet. Tilstanden vil hos mange bedres av seg selv over tid (Gamnes, 2017).

1.2.3.Seksuell Helse

Alle mennesker i alle aldre har et forhold til begrepet seksualitet. Som oftest blir seksualiteten sett på som en kroppslig relasjon mellom to mennesker, men den omfatter i sin helhet fysiske, psykiske, sosiale og kulturelle sider. Forskning har vist at sykdom og behandling, generelt sett, kan medføre forandringer som har en uheldig virkning på seksuallivet. Sykepleier har som ansvar å undersøke pasienters seksuelle behov på lik linje som andre grunnleggende behov. Ved at sykepleiere får økt kunnskap på temaet

kan det bidra til at sykepleiere føler seg tryggere på å ta opp temaer knyttet til pasientenes seksuelle helse med pasientene selv (Gamnes, 2017). Verdens helseorganisasjon, WHO, definerer seksuell helse som

«... en tilstand av fysisk, emosjonell, mental og sosialt velvære i forhold til seksualitet; det er ikke bare fravær av sykdom, dysfunksjon eller svakhet. Seksuell helse krever en positiv og respektfull tilnærming til seksualitet og seksuelle forhold, samt muligheten for å ha behagelige og trygge opplevelser, uten tvang, diskriminering og vold. For at seksuell helse skal oppnås og opprettholdes må alle personers seksuelle rettigheter respekteres, beskyttes og oppfylles.» (World Health Organization, 2006).

For å danne en bedre forståelse av betydningen bak seksuell helse, vil det kunne være aktuelt å se betydningen bak seksualitet og seksuelle rettigheter. Seksualitet tar for seg alle sider av det å være en seksuell person, og omhandler ikke bare seksuelt samleie. Seksualitet kan deles inn i handlinger og atferd. Med handlinger menes for eksempel onanering, samleie og kyssing, mens med atferd menes flørting, «dating» og å se erotiske filmer. Seksuelle rettigheter er en del av menneskerettighetene og baseres på iboende frihet, verdighet og likhet for alle mennesker. Den seksuelle helse er avhengig av at man skal kunne utrykke sin seksualitet og at de seksuelle rettighetene blir anerkjent og respektert (Gamnes, 2017).

Denne oppgaven skal se nærmere på menns seksuelle helse. Penis og ereksjon er et synlig og bekreftende tegn på menns kjønn, seksualitet og legning. I stor grad skjer menns kjønnsbekreftelse gjennom seksualiteten. Den dagen ereksjonen svikter vil det kunne føre til en stor skade på en manns syn på sin «manndom» eller seksualitet (Gamnes, 2017).

I dag fins det mye informasjon om hvordan seksuell funksjon påvirkes av ulike sykdommer og funksjonshemminger. Mangel på informasjon kan føre til at pasientene opplever unødig angst og bekymring, og i verste fall kan seksuallivet stoppe opp. Kirurgiske inngrep i bekkenområdet kan føre til skade på nerver som har betydning for seksuallivet, hos både kvinner og menn (Gamnes, 2017). Hos mannen kan det som beskrevet i kapittel 1.2.2 redusere menns evnen til å få en ereksjon. Ettersom menns seksualitet i stor grad er knyttet opp mot ereksjon, vil senskader etter kirurgiske inngrep ved prostatakreft kunne ha store følger for mannens seksualitet eller opplevelse av seksuell helse (Gamnes, 2017).

1.2.4. Kommunikasjon og informasjon

1.2.4.1. Travelbee

I følge Travelbee kan sykepleierens mål og hensikt bare nås gjennom etablering av et *menneske-til-menneske-forhold*. Denne typen forhold kan kun skapes mellom «personer». Det er ifølge Travelbee derfor viktig at man klarer å se bort ifra sine «roller» som sykepleier og pasient, men isteden ser på hverandre som unike personer. Dette forholdet etableres igjennom flere stadier, *det innledende møtet, identitet, empati, sympati og forståelse og kontakt* (Kristoffersen, 2017a).

Det innledende møtet baseres kort sagt på pasienten og sykepleierens stereotypiske oppfatning av hverandre. Først ved å bryte disse oppfatningene kan man begynne å se

hverandre for hvem man er. Identiteten til begge parter kommer mere til syne gjennom interaksjon, og sykepleier og pasient kan oppfatte hverandre forskjellig fra de stereotypiske oppfatningene. Det neste steget, empati, er ifølge Travelbee «... *evnene til å trenge inn i eller ta del i og forstå den psykiske tilstanden som en annen person er i der og da.*» (Kristoffersen, 2017a, s 33). I en sykepleier sammenheng kan empatisk forståelse bidra til å gi sykepleieren viktig informasjon med tanke på å forstå pasientens opplevelse og atferd. Sympati er ikke direkte en av fasene, men et resultat av empati. Den siste fasen, kontakt, er ifølge Travelbee resultatet av hva som har skjedd gjennom interaksjonen i de foregående fasene. Om sykepleier oppretter en relasjon til pasienten gjennom disse fasene kan det bidra til at pasienten opplever sykepleieren som noen han eller hun kan stole på. På denne måten kan sykepleieren bygge tillit hos pasienten (Kristoffersen, 2017a).

Kommunikasjon er et av sykepleiernes viktigste redskaper. Det er nettopp gjennom kommunikasjon at sykepleier etablerer et forhold til pasienten og gjennom kommunikasjon kan identifisere pasientens behov for sykepleie. Det er viktig at man klarer å skille mellom sine egne behov og pasientens behov, og at man ikke overfører sine egne behov til pasienten (Kristoffersen, 2017a).

1.2.4.2. Sykepleieraspektet

Når man som sykepleier skal snakke med en pasient om seksuelle behov og problemer, vil det være hensiktsmessig å benytte ord og uttrykk fra dagligtalen. Dette da latinske uttrykk vil være unaturlig og lite forståelig for pasienten. Det er altså viktig å benytte ord som ikke kan misforståes av pasienten. For å på en best mulig måte kunne ivareta pasienten vil det være nødvendig for en sykepleier å inneha kunnskap om sine egne og andres holdninger til seksualitet. Seksualiteten er kanskje noe av det mest private området hos et menneske. Det er derfor viktig å være klar over og å respektere at alle har forskjellige grenser som ikke kan overtredes, uten at det oppfattes krenkende (Gamnes, 2017).

Sykepleier kan, i møte med pasienten, gi rom for å snakke om seksualitet. Det vil da være hensiktsmessig å stille åpne spørsmål rettet mot aktuelle situasjoner i pasientens liv. Et eksempel på dette kan være: «Hvilken betydning har disse plagene i forholdet mellom deg og din ektefelle/partner/samboer/kjæreste?». Man må ha forståelse og være åpen for at pasienten ikke nødvendigvis er klar for eller ønsker å snakke om disse plagene. Pasienten kan også åpne seg opp om temaet. Det kan hende at pasienten har behov for å snakke om problemene, her bør da sykepleier møte pasienten. Det kan da i større eller mindre grad belyses hvilke behov problemet berører hos pasienten. Det vil da være nødvendig for sykepleier å inneha tilstrekkelig kunnskap for å kunne gi råd og tips. I enkelte tilfeller vil ikke sykepleieren kunne strekke til, og det vil da kunne være behov for å henvende pasienten videre (Gamnes, 2017).

Begrepet informasjon er generelt nært knyttet til kommunikasjon, mening, kunnskap og undervisning. Selv om informasjon blir gitt, er det ingen garanti for at den er mottatt og forstått. Informasjon kan gå en vei, eller begge veiene mellom 2 parter, som for eksempel sykepleier og pasient. informasjon som går en vei, kan for eksempel være et informasjons skriv om en spesifikk behandling. I disse tilfellene gir den som informerer, for eksempel sykepleieren, mottakeren de opplysningen han eller hun mener mottakeren

trenger. Dette er en form for standardisert informasjon, som kan gis til alle uten individualisering eller tilpasning. Informasjon som går begge veier kan i en sykepleiefaglig sammenheng inngå som en del av undervisning eller veiledning av pasienten. I disse situasjonene kan pasientens behov for informasjon tilpasses den enkeltes behov. Kommunikasjonen er i disse situasjonene sentral (Kristoffersen, 2017b)

Det er lovfestet at pasienter har en rett til å bli informert om konsekvenser av den behandlingen de skal få. Konsekvenser som kan ha betydning for pasientens seksualliv faller inn under sykepleiers informasjonsplikt. Plikten innebærer at sykepleier må gi informasjon uten at pasienten tar initiativ selv og ber om å bli informert. Informasjonsplikten er lovfestet i helsepersonelloven (Helsepersonelloven, 1999, §10) og pasient- og brukerrettighetsloven (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §§ 3-2 til 3-4).

1.2.4.3. PLISSIT-Modellen

Problemer knyttet til seksualitet blir i liten grad omtalt. Dette kan skyldes at det ikke oppleves som tillat å ta opp problemene, eller at pasienten selv ikke er klar over sammenhengen mellom problemet og behandlingen. Klinisk sexologi handler om å kunne forstå, veilede og eventuelt hjelpe mennesker som opplever seksuelle problemer og dysfunksjoner. Med tanke på sykepleierens rolle, er det mange som har liten erfaring med å innsamle informasjon som er knyttet til pasientens seksualitet. Det er en forutsetning at det er etablert et tillitsforhold mellom sykepleier og pasient, der det under en samtale er ønskelig å kartlegge pasientens behov rundt temaet. For å kunne avdekke eventuelle behov forutsettes det også at sykepleier som møter pasienten gir rom for at temaer rundt seksuell helse kan komme opp. (Gamnes, 2017).

Ved arbeid rettet mot seksuell helse er det utarbeidet en modell som skal kunne brukes som et hjelpemiddel for alt helsepersonell. PLISSIT-modellen (Tabell 1.1) beskriver på en forenklet måte ulike nivåer man kan forholde seg til og behandle seksuell helse på. PLISSIT står for *Permission (P)*, *Limited Information (LI)*, *Specific Suggestions (SS)* og *Intensive Therapy (IT)*. Hvert nivå tar for seg hvordan sykepleier kan hjelpe pasienten ut ifra hva problemet omfatter og hvilke behov pasienten har, knyttet til problemet (Gamnes, 2017).

Tabell 1.1 PLISSIT-Modellen

Permission (P)	Er det laveste nivået. Her skal det gis rom for å snakke om seksualitet på en generell basis. Sykepleiers oppgave, ovenfor pasienten, er å signalisere at det er tillat å snakke om temaet. Det kreves på dette nivået ingen spesialisert fagkunnskap for sykepleier (Gamnes, 2017).
Limited Information (LI)	Er det neste nivået. Her vil sykepleier kunne måtte gi enkel og saklig informasjon om seksualitet til pasienten. Informasjonen kan være både skriftlig og muntlig, men ved skriftlig informasjon må sykepleier forsikre seg om at informasjonen blir forstått (Gamnes, 2017).
Specific Suggestions (SS)	Er det nest høyeste nivået. Sykepleiers oppgave på dette nivået vil være å svare på spørsmål fra pasienten om seksuelle problemer, samt kunne gi spesifikke forslag til løsninger. Dette nivået forutsetter at sykepleier må inneha kunnskap om rådgivning og en oversikt over og kjennskap til ulike tiltak. Nivået krever ofte videre kunnskap om seksualitet, ved utdanning eller kurs. Om sykepleier ikke innehar aktuell kunnskap for å hjelpe pasienten på dette nivået, bør sykepleier tilegne seg kunnskap om hvem og hvor pasienten kan henvises (Gamnes, 2017).
Intensive Therapy (IT)	Er det høyeste nivået. Her vil pasienten ha behov for et spesialisert behandlingsforløp. Dette nivået krever at helsepersonellet innehar spesialkompetanse i psykoterapi og sexologi (Gamnes, 2017).

1.3. Formål og problemstilling

Denne litteraturstudien skal se nærmere på pasientgruppen som er diagnostisert med prostatakraft. Da prostata er noe kun menn er født med, vil studien ta for seg mannlige pasienter. Det finnes flere former for behandling mot kreften, men oppgaven skal ta for seg den kirurgiske behandlingen radikal prostatektomi. Dette innebærer at man ved et kirurgisk inngrep fjerner hele prostata. Selve behandlingen fjerner og hindrer spredning av kreften, men den har negative konsekvenser for flere av pasientens grunnleggende behov. Studien skal se på problemer knyttet opp imot pasientens seksuelle helse etter behandlingen. Oppgaven vil ta for seg hva sykepleiere kan gjøre og hvordan de kan tilrettelegge for at pasienten seksuelle helse blir ivaretatt. Med bakgrunn i formålet er det utarbeidet følgende problemstilling:

Hvordan kan sykepleier tilrettelegge for god seksuell helse hos pasienter som har gjennomgått kirurgisk radikal prostatektomi?



2. METODE

2.1. Beskrivelse av metode

Denne oppgaven er bygget opp som en litteraturstudie, og det har blitt gjennomført et systematisk litteratursøk for å innhente relevante forskningsartikler. En litteraturstudie er en metode som benytter kunnskap som allerede er etablert ved å analysere eksisterende forskning (Dalland, 2013). Oppgavens struktur bygger på IMRAD-modellen. IMRAD står for *Innledning, Materiale og metode, Resultater, og (And på engelsk) og Diskusjon*. Strukturen bygger på spørsmålene som skal besvares i artikkelen eller studien, hvorfor, hvordan, hva man fant og hva det betyr (Heim, 2020). Ved søk etter litteratur er PICO-skjema (tabell 2.1) benyttet for å danne en god oversikt over søkeord, og hvordan disse skal kombineres. PICO er en forkortelse for Population/Problem, Intervention, Comparison og Outcome (Helsebiblioteket, 2016a). Da problemområdet ikke skulle sammenligne eller sette forskjellige tiltak opp imot hverandre ble ikke C benyttet. Oppgaven bygges på relevante forskningsartikler, samt relevant faglitteratur og pensumbøker.

Det ble i forkant av oppgaveskrivingen gjort et enkelt søk etter relevant informasjon på oppgavens tema. Dette for å danne en oversikt over hva som finnes av litteratur og forskning, og for å finne et problemområde. Når valgt område for problemstilling var funnet, ble det utarbeidet en oversikt av søkeord ved hjelp av en nettside som heter mesh.uia (Folkehelseinstituttet, u.å). Denne nettsiden ble benyttet for å finne aktuelle synonyme søkeord for de temaene problemstillingen omfattet. Disse ble ført inn i et PICO-skjema (tabell 2.1) og benyttet i systematiske søk i 3 forskjellige databaser.

Tabell 2.1 PICO-skjema

		P	I	C	O
 OR 	Prostat* Cancer	Ereksjonsvansker	Radikal prostatektomi	<i>(Ble ikke benyttet)</i>	Bedret seksuell helse
	Prostatakraft	Sviktende genital respons	Prostatectom*		Improved sexual health
	Prostate Neoplasm*	Erectile Dysfunction	Radical prostatectom*		Seksuell Helse
		Male Sexual Impotence			Sexual Health
		← AND →			

Innhenting av relevant teoretisk litteratur ble gjort ved manuelt søk. Det ble gjennomført et manuelt søk i aktuell pensumlitteratur for å finne relevant teori knyttet til problemstillingen og problemområdet. Det ble også gjort et manuelt søk på aktuelle temaer i søkemotoren google. Her ble det valgt oppdatert informasjon fra pålitelige kilder, slik som store medisinske leksikon, WHO, norsk helseinformatikk, Norsk senter for forskningsdata, Helsebiblioteket, Kreftregisteret, prostatakraft foreningen, m.fl.

2.2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Søket ble utført i 3 forskjellige databaser. Artiklene måtte være fagfellevurdert. De måtte være tilgjengelig med full tekst. Artiklene måtte være publisert f.o.m. 2011, ikke eldre enn 10 år. De måtte være skrevet på enten engelsk eller norsk. Det ble ikke satt noen begrensninger til pasientenes alder, da de fleste som rammes av kreftformen er eldre menn. Det ble heller ikke satt begrensninger med tanke på kjønn da kvinner ikke har prostata. Artikler som ikke inneholdt både tema om seksualitet og radikal prostatektomi ble ekskludert. Tidsskriftene artiklene er publisert i måtte være fagfellevurdert, dette ble undersøkt ved å søke opp tidsskriftene hos Norsk senter for forskningsdata sine publiseringskanaler (Norsk senter for forskningsdata, u.å.).

2.3. Søkehistorikk

Søket ble utført i databasene MedLine, PubMed og Cinahl COMPLETE. PICO-skjemaet (tabell 2.1) ble benyttet for å strukturere søkeordene i søkene i de tre databasene. Først ble søkeordene innad i de fire kolonnene kombinert ved hjelp av den Boolske operatøren OR. Første kolonne (*prostatakraft OR prostate OR neoplasm* OR prostat* cancer*), andre kolonne (*ereksjonsvansker OR sviktende OR genital respons OR erictile dysfunction OR male sexual impotence*), tredje kolonne (*radikal prostatektomi OR prostatectom* OR radical prostatectom**) og fjerde kolonne (*bedret seksuell helse OR improved sexual health OR seksuell Helse OR sexual health*). Videre ble kombinasjonssøkene i de fire kolonnene kombinert med den Boolske operatøren AND. Deretter ble inklusjons- og eksklusjonskriteriene i kapittel 2.2 benyttet i søkene. Selv om de norske ordene ga få eller ingen treff, ble de benyttet da det også ble søkt etter norske artikler. Det ble valgt 2 artikler fra MedLine, 2 artikler fra PubMed og 3 artikler fra Cinahl COMPLETE, totalt 7 artikler.

Tabell 2.2 Søketablell MedLine

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
MedLine	16.04.2021	S1	Prostatakraft		34	
		S2	Prostate Neoplasm*		133'051	
		S3	Prostat* Cancer		166'013	
		S4	S1 OR S2 OR S3		166'069	
		S5	Ereksjonsvansker		0	
		S6	Sviktende genital respons		0	
		S7	Erectile Dysfunction		25'751	
		S8	Male Sexual Impotence		19'516	
		S9	S5 OR S6 OR S7 OR S8		25'757	
		S10	Radikal prostatektomi		21	
		S11	Prostatectom*		150'326	
		S12	Radical prostatectom*		21'880	
		S13	S10 OR S11 OR S12		150'328	
		S14	Bedret seksuell helse		0	
		S15	Improved sexual health		23	
		S16	Seksuell Helse		0	

		S17	Sexual Health		11'523	
		S18	S14 OR S15 OR S16 OR S17		11'523	
		S19	S4 AND S9 AND S13 AND S18		107	
		S20		SISTE 10 ÅR FULL TEXT ENGELSK NORSK	64	2 (nr. 39(A), nr. 61(B))

Inkluderte artikler:

- A. Welliver Jr., R. C., Mechlin, C., Goodwin, B., Alukal, J. P. & McCullough, A. R. (2014). A Pilot Study to Determine Penile Oxygen Saturation Before and After Vacuum Therapy in Patients with Erectile Dysfunction After Radical Prostatectomy. *Journal of Sexual Medicine*, 11(4), 1071-1077. <https://doi.org/10.1111/jsm.12445>
- B. Messaoudi, R., Menard, J., Ripert, T., Parquet, H. & Staerman, F. (2011). Erectile dysfunction and sexual health after radical prostatectomy: impact of sexual motivation. *International journal of impotence research*, 23(2), 81-86. <https://doi.org/10.1038/ijir.2011.8>

Tabell 2.3 Søketablell PubMed

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
PubMed	16.04.2021	S1	Prostatakraft		34	
		S2	Prostate Neoplasm*		155'216	
		S3	Prostat* Cancer		190'257	
		S4	S1 OR S2 OR S3		190'576	
		S5	Ereksjonsvansker		0	
		S6	Sviktende genital respons		0	
		S7	Erectile Dysfunction		26'394	
		S8	Male Sexual Impotence		26'761	
		S9	S5 OR S6 OR S7 OR S8		26'769	
		S10	radikal prostatektomi		21	
		S11	Prostatectom*		40'946	
		S12	Radical prostatectom*		23'864	
		S13	S10 OR S11 OR S12		40'954	
		S14	Bedret seksuell helse		0	
		S15	improved sexual health		15'520	
		S16	Seksuell Helse		0	

		S17	Sexual Health		105'631	
		S18	S14 OR S15 OR S16 OR S17		105'652	
		S19	S4 AND S9 AND S13 AND S18		291	
		S20		SISTE 10 ÅR FULL TEXT ENGELSK NORSK	159	
		S21		Sortert etter publikasjons- dato	159	2 (nr. 100(C), nr. 111(D))

Inkluderte artikler:

- C. Paich, K., Dunn, R., Skolarus, T., Montie, J., Hollenbeck, B., Palapattu, G., Wood Jr, D., Mitchell, S., Hola, V., Erickson, K., Shifferd, J. & Wittmann, D. (2016). Preparing Patients and Partners for Recovery From the Side Effects of Prostate Cancer Surgery: A Group Approach. *Urology*, 88, 36-42.
<https://doi.org/10.1016/j.urology.2015.07.064>
- D. Wittmann, D., Carolan, M., Given, B., Skolarus, T. A., Crossley, H., An, L., Palapattu, G., Clark, P. & Montie, J. E. (2014). What couples say about their recovery of sexual intimacy after prostatectomy: toward the development of a conceptual model of couples' sexual recovery after surgery for prostate cancer. *Journal of Sexual Medicine*, 12(2), 494-504.
<https://dx.doi.org/10.1111%2Fj.12732>

Tabell 2.4 Søketelell Cinahl COMPLETE

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
Cinahl COMPLETE	20.04.2021	S1	Prostatakraft		8'981	
		S2	Prostate Neoplasm*		31'543	
		S3	Prostat* Cancer		28'763	
		S4	S1 OR S2 OR S3		42'179	
		S5	Ereksjonsvansker		0	
		S6	Sviktende genital respons		0	
		S7	Erectile Dysfunction		9'441	
		S8	Male Sexual Impotence		8'596	
		S9	S5 OR S6 OR S7 OR S8		9'441	
		S10	radikal prostatektomi		27	
		S11	Prostatectom*		8'034	
		S12	Radical prostatectom*		3'902	
		S13	S10 OR S11 OR S12		8'034	
		S14	Bedret seksuell helse		0	
		S15	improved sexual health		15'409	
		S16	Seksuell Helse		0	

		S17	Sexual Health		11'986	
		S18	S14 OR S15 OR S16 OR S17		19'892	
		S19	S4 AND S9 AND S13 AND S18		448	
		S20		SISTE 10 ÅR FULL TEXT ENGELSK NORSK	119	3 (nr. 31(E), nr. 66(F), nr. 76(G))

Inkluderte artikler:

- E. Rosser, B. R. S., Capistrant, B., Torres, M. B., Konety, B., Merengwa, E., Mitteldorf, D. & West, W. (2016). The effects of radical prostatectomy on gay and bisexual men's sexual functioning and behavior: qualitative results from the restore study. *Sexual & Relationship Therapy, 31(4)*, 432-445.
<http://dx.doi.org/10.1080/14681994.2016.1217985>
- F. Wassersug, R. J., Westle, A. & Dowsett, G. W. (2017). Men's Sexual and Relational Adaptations to Erectile Dysfunction After Prostate Cancer Treatment. *International Journal of Sexual Health, 29(1)*, 69-79.
<http://dx.doi.org/10.1080/19317611.2016.1204403>
- G. Hartman, M.-E., Irvine, J., Currie, K. L., Ritvo, P., Trachtenberg, L., Louis, A., Trachtenberg, J., Jamnicky, L. & Matthew, A. G. (2014). Exploring gay couples' experience with sexual dysfunction after radical prostatectomy: a qualitative study. *Journal of Sex & Marital Therapy, 40(3)*, 233-253.
<http://dx.doi.org/10.1080/0092623X.2012.726697>

2.4. Vurdering og utvelgelse av artikler

Utvelgelsen av artiklene ble utført i flere ledd på en strukturert måte. Prosessen ble gjennomført ved alle tre søkene. Først ble artikler valgt ut ifra tittelens og sammendragets innhold. Kun de artiklene som tok for seg aktuelle tema og hvor tittelen kunne belyse aktuelle tema ble valgt ut. Deretter ble det undersøkt om artiklene var tilgjengelig med full tekst på nettet. De artiklene som ikke var tilgjengelig ble utelukket. Det ble videre undersøkt om tidsskriftene var fagfelleverdert. Kun de artiklene som var publisert i tidsskrifter som var fagfelleverdert ble beholdt. De gjenstående artiklene ble deretter gjennomgått for å se hvilke som var mest relevant knyttet opp mot problemstillingen og problemområdet. Artiklene ble valgt ut ifra innholdets relevans og at resultatene kunne knyttes opp imot hva som ønskes besvart i denne oppgaven. Deretter ble artiklenes kvalitet vurdert.

Alle artiklene som ble valgt har blitt publisert i tidsskrifter som er vurdert til minimum nivå 1 i Norsk Senter for Forskningsdatas register over vitenskapelige publiseringskanaler (Norsk senter for forskningsdata, u.å.). Dette vil si at artiklene er publisert i et fagfelleverdert vitenskapelig tidsskrift. Artiklene som er valgt er 3 kvalitative studier, 3 kvantitative studier og 1 kvalitativ og kvantitativ studie. Helsebiblioteket (2016) har publisert en rekke sjekklister som kan brukes som et hjelpemiddel til kritisk å vurdere kvaliteten av en forskningsartikkel. Sjekklister for kvalitativ studie, prevalensstudie og kohortstudie ble benyttet opp imot de metodene de forskjellige artiklene benyttet (Helsebiblioteket, 2016b). Det er valgt artikler som benytter både kvalitative og kvantitative metoder for denne litteraturstudien. De kvalitative artiklene forsøker å fange opp og belyse menneskers meninger og opplevelser (Dalland, 2013). Det vil være aktuelt å benytte denne typen studier da de kan bidra til å belyse pasientenes behov for sykepleie. De kvantitative studiene har til fordel at de kan belyse funn i form av målbare enheter, i motsetning til de kvantitative (Dalland, 2013). Disse studiene kan bidra med å gi konkrete og målbare funn på blant annet pasientens behov, virkning av behandling og liknende. Ved å innhente data fra artikler av både kvalitativt og kvantitativt design kan det bidra til å skape en bedre forståelse av problemområdet og virkningen av tiltak (Dalland, 2013).

2.5. Analyse

For å strukturere analysen av de valgte artiklene benyttes Evans (2002) analysemodell. Modellen beskriver fire faser for analyse og fremstilling av data, innsamling av data, identifisering av hovedfunn, sammenligning og sortering av data på tvers av artikler og beskrivelse og syntese av funnene (Evans, 2002).

Første fase som er innsamling av data (Evans, 2002) er gjennomført som tidligere beskrevet i metodekapittelet. Det er valgt ut 7 artikler som har gjennomgått en systematisk utvelgelse og kvalitetssikring. Artiklene er markert fra A-G i rekkefølgen de er funnet.

Andre fase som er identifisering av hovedfunn (Evans, 2002) er gjennomført ved å lese igjennom de 7 artiklene og notere de aktuelle funnene. Artiklene ble lest flere ganger for å skape en best mulig forståelse og samtidig sikre at forståelsen av funnene stemte overens med det som er beskrevet i de aktuelle artiklene. Prosessen bidro til å belyse likheter og ulikheter mellom de forskjellige artiklene. Funnene ble delt inn i forskjellige hovedtema og undertema. Disse ble systematisert i et samledokument. Aktuelle sitater fra pasienter i de ulike studiene ble også tatt med. Positive og negative erfaringer ved de ulike temaene ble identifisert.

Tredje fase er sammenligning og sortering av data på tvers av artikler (Evans, 2002). Likheter og ulikhetet i resultater ble identifisert på tvers av studiene og samlet i forskjellige hovedtema og undertema. Ved hjelp av samledokumentet ble funnene sortert i forskjellige kategorier. Videre ble det benyttet fargekoder for å inndele kategoriene ut ifra hva som passet sammen.

Fjerde fase er beskrivelse og syntese av funnene (Evans, 2002). Tabellen under (tabell 2.5) illustrerer selve syntesen, som blir videre beskrevet i kapittel 3.2. Funnene som ble systematisert i et samledokument ble grundig gjennomgått. Det ble identifiser 3 hovedtema; pasientens forventninger, behandlingens senskader og mestringsstrategier.

Tabell 2.5 Syntese

Hovedtema	Pasientens forventninger	Behandlingens Senskader	Mestringsstrategier
Artikkel	B, C, D, E, F, G	A, B, D, E, F, G	B, C, D, E, F, G

3. RESULTAT

3.1. Artikkelmatrise

De syv forskningsstudiene som er inkludert i denne litteraturstudien presenteres under i en artikkelmatrise (tabell 3.1). Artikkelmatrisen presenterer i korte trekk den mest relevante informasjonen fra hver enkelt artikkel.

Tabell 3.1 - Artikkelmatrise

Referanse	Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål	Metode	Resultat	Kommentar og relevans for problemstilling
A: Welliver Jr., R. C., et al. (2014). A Pilot Study to Determine Penile Oxygen Saturation Before and After Vacuum Therapy in Patients with Erectile Dysfunction After Radical Prostatectomy. <i>Journal of Sexual Medicine</i> , 11(4), 1071-1077.	Studien undersøker de kortsiktige effektene av vakuum ereksjon (VED) på oksygenmetning av penis og ønsker å belyse mulige fysiologiske begrunnelser for bruk av VED hos menn etter radikal prostatektomi.	Gjennomsnittlig alder for deltakerne var 58 år. 20 personer deltok i studien. Alle personer som deltok var behandlet med radikal prostatektomi i snitt 12,6 måneder før studien. Dette er en prevalensstudie med gjennomført målinger av oksygenmetningen før og etter bruken av VED.	Prosent metningen for både glanspenis og corpora hadde en statistisk signifikant øking i forhold til nivået før VED. Resultatene gir en fysiologisk begrunnelse for bruken av VED i rehabilitering av ereksjonsdysfunksjon.	Studien undersøker om bruken av VED kan bedre de fysiske plagene etter radikal prostatektomi. Begrunnelsen for bruk av VED er for å hindre hypoksi i svampvevet i penis etter radikal prostatektomi. Studier har vist sammenhengen mellom nerveskade og hypoksi og ereksjonsproblemer. Hypoksien er forbundet med både penisforkortelse og dårligere ereksjon. Resultatene viser en signifikant bedring i oksygenmetningen etter bruken av VED.
B: Messaoudi, R., et al. (2011). Erectile dysfunction and sexual health after radical	Denne studien forsøker å vurdere innvirkningen radikal prostatektomi har på	Gjennomsnittlig alder for deltakerne var 63,9 år. 63 personer deltok i studien. Alle personer som deltok var	Artikkelen finner at pasientene opplevde redusert seksuell helse og tilfredshet etter radikal prostatektomi. Pasientene rapporterte	Med stadig tidligere diagnose og behandling har forventet levealder hos pasienter med prostatakraft økt. Dette har bidratt til

<p>prostatectomy: impact of sexual motivation. <i>International journal of impotence research</i>, 23(2), 81-86.</p>	<p>pasientens seksuell helse og tilfredshet med tanke på seksuell motivasjon.</p>	<p>behandlet med radikal prostatektomi. Gjennomsnittlig tid fra operasjon til pasientene deltok i studien var 26,8 måneder. Studien er en kohortstudie som benyttet selvadministrerende spørreskjema for 2 grupper, med høyt eller lavt nivå av seksuell motivasjon.</p>	<p>at ereksjon og orgasme ble påvirket</p>	<p>at fokuset på livet etter kreftformen har økt. Selv om ereksjon gjenopprettes i større eller mindre grad etter behandlingen, med eller uten behandling, øker de seksuelle plagene og den seksuelle helsen gjenopprettes ofte ikke tilbake til sitt preoperative nivå. Dette bidrar til økte psykiske plager knyttet opp imot pasientens seksuelle helse.</p>
<p>C: Paich, K., et al. (2016). Preparing Patients and Partners for Recovery From the Side Effects of Prostate Cancer Surgery: A Group Approach. <i>Urology</i>, 88, 36-42</p>	<p>Studien evaluerer kunnskap og aksept oppnådd i et preoperativt pedagogisk opplærings gruppeseminar for pasient og partner før radikal prostatektomi.</p>	<p>Gjennomsnittlig alder for deltakerne var 61 år. 323 par ble inkludert i studien. Alle deltakerne i studien skulle behandles med radikal prostatektomi. Studien er en kohortstudie hvor deltakerne besvarte et spørreskjema etter deltakelse på seminar.</p>	<p>Over 90% av deltakeren syntes seminaret var informativt og 74% syntes gruppesammenhengen var behagelig. Studien fant at pars kunnskap om inkontinens, ereksjonsfunksjon og seksuallivets endring etter behandlingen ikke var sammenstemt, i større eller mindre grad. Et preoperativt pedagogisk opplærings gruppeseminar kan fremme realistiske forventinger og oppfattes av deltakerne som akseptabelt.</p>	<p>Et preoperativt informasjons og opplæringskurs om konsekvenser av radikal prostatektomi og rehabilitering av ereksjonsdysfunksjon fremmer realistiske forventninger og oppleves som et positivt tiltak for både pasient og partner. Både pasient og partner utrykte høy grad av tilfredshet etter kurset og utrykte større forståelse for hva man kan forvente etter operasjonen. Et preoperativt gruppeseminar anses som en gjennomførbare</p>

				metode for å presentere kompleks informasjon for å forberede par for postoperative bivirkninger og tiltak.
D: Wittmann, D., et al. (2014). What couples say about their recovery of sexual intimacy after prostatectomy: toward the development of a conceptual model of couples' sexual recovery after surgery for prostate cancer. <i>Journal of Sexual Medicine</i> , 12(2), 494-504.	Studien undersøker en biopsykososial modell for å bedre pars funksjonelle, psykologiske og relasjonelle ved deres seksualitet etter kirurgisk behandling av prostatakraft.	Gjennomsnittlig alder for deltakerne var 60,2 år. 20 par deltok i studien. 19 heterofile og et homofilt par ble inkludert i studien.. Pasientene som deltok ble behandlet med radikal prostatektomi. Parene deltok i forkant av og 3 måneder etter kirurgisk behandling. Det er en mixed method-studie som kombinerer kvalitativ og kvantitativ metode. Det ble benyttet spørreskjema og intervju ved innhenting av data. Alle intervjuene ble gjennomført av samme person.	Før radikal prostatektomi håpet alle parene på at seksuallivet skulle komme tilbake, men de var bekymret for spredning av kreften og bivirkningene av behandlingen. Før behandlingen overvurderte parene evnen til å gjenopprette ereksjon. Etter behandling slet de fleste menn med ereksjonsproblemer. Parenes seksuelle aktivitet ble redusert.	Alle par opplevde endring i deres seksuelle forhold. 3 måneder etter operasjonen var 60% av parene seksuelt aktive. Studien fant de som klarte seg best blant annet viste forståelse, klarte å snu om situasjonen og var åpne ovenfor hverandre og for å prøve nye ting, m.m. Partilvenning mot å bedre den seksuelle helsen er avgjørende for at intervensjoner skal lykkes. Par kan ha behov for oppmuntring til kommunikasjon seg imellom om sin sorg over seksuelt tap, menn kan trenge hjelp til å akseptere sårbarheten sin.
E: Rosser, B. R. S., et al.. (2016). The effects of radical prostatectomy on gay and bisexual men's sexual	Artikkelen undersøker effekten radikal prostatektomi har på homofile og bifile menn sin seksualitet. Studien ble gjennomført for	Alderen til deltakerne var 61,9 år. 19 personer deltok i studien. Alle deltakerne var behandlet med radikal prostatektomi.	Det ble funnet to hoved temaer for endring i deltakernes seksuelle funksjon, anatomiske endringer og atferdsendringer. 4 anatomiske endringer ble identifisert, endring i utseende og	Studien viser til at mer omfattende informasjon og opplæring før behandling kan bidra til å skape realistiske forventninger, Helsepersonell som

<p>functioning and behavior: qualitative results from the restore study. <i>Sexual & Relationship Therapy</i>, 31(4), 432-445.</p>	<p>å samle mere data på pasientgruppen, dette da det er gjort relativt lite forskning på området, opp imot bifile og homofile menn.</p>	<p>5-10 år før studien. Det er en kvalitativ artikkel med intervju.</p>	<p>størrelse på penis, miste evnen til å ejakulere, ereksjonsproblemer og vannlatning ved orgasme. Atferdsendringene påvirket deres seksuell oppførsel og aktivitet.</p>	<p>snakker om og tar opp temaer knyttet til seksualitet med pasienten kan bidra til å forbedre pasientens kliniske opplevelse. Studien fant flere likheter mellom homofile og bifile par. Pasienter rapporterte at tapt evne til anal penetrering skadet deres rolle i forholdet.</p>
<p>F: Wassersug, R. J., et al. (2017). Men's Sexual and Relational Adaptations to Erectile Dysfunction After Prostate Cancer Treatment. <i>International Journal of Sexual Health</i>, 29(1), 69-79.</p>	<p>Denne studien undersøkte hvordan menn tilpasser seg erektil dysfunksjon og andre seksuelle bivirkninger av behandling av prostatakreft. Hovedmålet er å forstå hva menn gjør annerledes når det gjelder seksualiteten, etter prostatakreft behandling.</p>	<p>Gjennomsnittlig alder for deltakerne var 57 år. 348 personer deltok i studien. Studien viste ingen begrensning for behandlingsformene av prostatakreft. Artikkelen er kvalitativ.</p>	<p>Funnene antyder at menn bør utforske ulike seksuelle alternativer. Partnere er også viktige i den generelle utvinningen av menns seksuelle liv. Temaer som kom frem gjenspeilte kjente endringene som prostatakreft behandlingene har på menns seksuelle liv, men viste også et nivå av tilpasningsevne i deltakernes evne til å utforske seksuell praksis som ikke er ereksjonsavhengig.</p>	<p>Studien belyser alternative måter til å være seksuell på som ikke er avhengig av ereksjon. Mange menn kan være uvitende om de ulike alternativene som er tilgjengelige, eller kan være nølende med å prøve dem uten oppmuntring fra helsepersonell. Funnene i studien tyder på at mange menn ville ha en bedre sjanse for å gjenopprette et givende seksuelt liv hvis de ble oppmuntret til og var villige til å utforske et ikke-ereksjonsavhengig sexliv. Pasienter som rapporterte om problemer med sitt seksuelle liv, sammenliknet sin postoperative med sin preoperative</p>

				seksuelle funksjon. Disse pasientene slet også med en følelse av seksuelt tap.
<p>G: Hartman, M.-E., et al.. (2014). Exploring gay couples' experience with sexual dysfunction after radical prostatectomy: a qualitative study. <i>Journal of Sex & Marital Therapy</i>, 40(3), 233-253.</p>	<p>Denne artikkelen undersøker opplevelsen til tre homofile par som håndterer seksuell dysfunksjon som et resultat av å gjennomgå en radikal prostatektomi.</p>	<p>Gjennomsnittlig alder for pasientene var 57,3 år. 3 par deltok i studien. Alle personer som pasienter som deltok var behandlet med radikal prostatektomi. Studien ble gjennomført 3-6 måneder etter behandling. studien er av kvalitativt design og benyttet semistrukturerte intervjuer.</p>	<p>Selv om homofile par og heterofile par deler mange lignende utfordringer, viste resultatene at homofile menn kan engasjere seg i nye sammensetninger i forholdet sitt, som åpne forhold, som ikke har blitt funnet hos heterofile par. Alle par, uansett nivå på seksuell funksjon, understreket behovet for mer omfattende programmering knyttet til seksuell rehabilitering.</p>	<p>Det ble observert en samlet reduksjon i seksuell interesse etter radikal prostatektomi. Alle parene erkjente en markant endring i sin seksuelle opplevelse. De bemerket dysfunksjon relatert til deres erektil funksjon, seksuell aktivitet og orgasme funksjon. Pasientene rapporterte om endringer i deres fysiologiske respons på seksuell stimulering etter radikal prostatektomi. Parene opplevde betydelig seksuell dysfunksjon som avbrøt normaliteten i deres seksuelle forhold. De forsøkte å motvirke de plagsomme elementene i seksuell dysfunksjon, og gi rom for plagene i deres sexliv.</p>

3.2. Resultater

Hensikten med denne litteraturstudien var å undersøke hvordan sykepleiere kan tilrettelegge for god seksuell helse hos pasienter som har gjennomgått kirurgisk radikal prostatektomi. Etter at de syv inkluderte artiklene var analysert ble det identifisert tre hovedtemaer som skilte seg ut; pasientens forventninger, behandlingens senskader og mestringsstrategier.

3.2.1. Pasientens forventninger

Flere forskningsstudier viser at senskadene fra radikal prostatektomi har en negativ innvirkning på pasientens seksuelle helse (Messaoudi, Menard, Ripert, Parquet & Staerman, 2011, Wittmann, Carolan, Given, Skolarus, Crossley, An, Palapattu, Clark & Montie, 2014, Rosser, Capistrant, Torres, Konety, Merengwa, Mitteldorf & West, 2016, Wassersug, Westle & Dowsett, 2017, Hartman, Irvine, Currie, Ritvo, Trachtenberg, Louis, Trachtenberg, Jamnicky & Matthew, 2014). Den seksuelle helsen påvirkes allerede etter diagnosen er gitt og før pasientene behandles (Messaoudi, et al., 2011). En av forskningsstudiene viste at pasienter opplever reduksjon i seksuell lyst, redusert hyppighet av samleie og fravær av eller mindre tilfredsstillende orgasme preoperativt (Messaoudi, et al., 2011). En viste at pasienter ikke har realistiske forventninger til hvordan den kirurgiske behandlingen ville påvirke deres seksualliv. Dette til tross for at de var gjort kjent med vanlige senskader av radikal prostatektomi (Paich, Dunn, Skolarus, Montie, Hollenbeck, Palapattu, Wood Jr, Mitchell, Hola, Erickson, Shiffert & Wittmann, 2016). Flere pasienter og partnere forventet at de ville mestre det seksuelle livet etter behandlingen (Wittmann, et al., 2014).

Til tross for forventningene rapporterte mange om endringer i deres seksuelle forhold. 60% var seksuelt aktive 3 måneder postoperativt, mot 95% preoperativt (Wittmann, et al., 2014). Flere pasienter opplevde tap av sin maskuline identitet, tap av selvtillit og/eller seksuell prestasjonsangst (Messaoudi, et al., 2011, Wittmann, et al., 2014). Noen pasienter rapporterte at normal ereksjonsfunksjon var viktig for et tilfredsstillende seksliv (Messaoudi, et al., 2011, Wittmann, et al., 2014, Rosser, et al., 2016, Wassersug, et al. 2017, Hartman et al., 2014). Andre ønsket kun å være seksuelt engasjert (Wittmann, et al., 2014, Wassersug, et al. 2017, Hartman et al., 2014). En studie framhever en pasients definisjon av seksuell gjenoppretting; *a return to unselfconscious sex, not baseline erectile function* (Wittmann, et al., 2014).

En av forskningsstudiene rapporterer om nytten av et preoperativt pedagogisk opplærings gruppeseminar (Paich, et al., 2016). Pasientene som deltok rapporterte at de opplevde det som et positivt tiltak. Mange beskrev seminaret som behagelig og informativt, og satte pris på å få stille spørsmål. Studien viste at pasientene fikk økt forståelse og kunnskap om senskadene av radikal prostatektomi, aktiviteter som fremmet erektil funksjon og alternativer for et nytt sexliv. Noen pasienter rapporterte at lang reisevei var belastende (Paich, et al., 2016).

En av forskningsstudiene så på forskjellen mellom pasienter med høy eller lav motivasjon for seksuell gjenvinning postoperativt (Messaoudi, et al., 2011). Pasienter med høy motivasjon rapporterte at senskadene medførte store seksuelle problemer. De med lav motivasjon rapporterte mindre seksuelle problemer. Pasientene med lav motivasjon rapporterte, i motsetning til de med høy motivasjon, at de hadde lave forventninger til seksuell gjenvinning (Messaoudi, et al., 2011).

3.2.2. Behandlingens senskader

Pasienter rapporterte at den kirurgiske behandlingen av prostatakreft ga anatomiske plager, psykiske plager og/eller atferdsendringer (Messaoudi, et al., 2011, Wittmann, et al., 2014, Rosser, et al., 2016, Wassersug, et al. 2017, Hartman et al., 2014). De anatomiske endringene som var rapportert er fysiske endringer av penis (størrelse, form, farge og krumning), tapt evne til å ejakulere, ereksjonsproblemer og vannlating ved orgasme (Messaoudi, et al., 2011, Wittmann, et al., 2014, Rosser, et al., 2016, Wassersug, et al. 2017, Hartman et al., 2014). Ereksjonsproblemer rapporteres av pasientene i 5 av artiklene (Messaoudi, et al., 2011, Wittmann, et al., 2014, Rosser, et al., 2016, Wassersug, et al. 2017, Hartman et al., 2014). En artikkel viste med konkrete målinger hvordan vakuumpumpe kan bidra til å bedre noen av de fysiske plagene (Welliver, Mechlin, Goodwin, Alukal & McCullough, 2014). Resultatene viser at bruk av vakuumpumpen kan motvirke fysiske endringer av penis og kan bedre ereksjonsproblemene (Welliver, et al., 2014).

Et sidefunn fra en artikkel viser at homofile og bifile pasienter rapporterte at ereksjonsproblemene skadet deres seksuelle rolle med partneren (Rosser, et al., 2016). Begrunnelsen til dette bygget på evnen til å penetrere. Pasientgruppen rapporterte at det ved anal penetrering krevde preoperativt ereksjonsnivå etter operasjonen (Rosser, et al., 2016, Hartman et al., 2014).

Pasienter rapporterte atferdsendringer og psykiske plager på grunn av de anatomiske endringene (Messaoudi, et al., 2011, Wittmann, et al., 2014, Rosser, et al., 2016, Wassersug, et al. 2017, Hartman et al., 2014). Fem forskningsstudier viser at pasientene opplevde de anatomiske endringene som avgjørende for sin seksuelle funksjon (Messaoudi, et al., 2011, Wittmann, et al., 2014, Rosser, et al., 2016, Wassersug, et al. 2017, Hartman et al., 2014). De mest gjentakende adferdsendringer som pasientene rapporterte var redusert seksuell lyst, redusert hyppighet, uspontant sex og økt avstand til partner (Messaoudi, et al., 2011, Wittmann, et al., 2014, Rosser, et al., 2016, Wassersug, et al. 2017, Hartman et al., 2014). Redusert maskulin identitet, frustrasjon, følelsesmessig tap, tapt selvtillit og engstelse var psykiske plager pasientene rapporterte om (Messaoudi, et al., 2011, Wittmann, et al., 2014, Rosser, et al., 2016, Wassersug, et al. 2017, Hartman et al., 2014). Tre forskningsstudier fant at de psykiske plagene vedvarte hos pasientene selv om de anatomiske plagene bedres (Messaoudi, et al., 2011, Wittmann, et al., 2014, Rosser, et al., 2016). Pasienter rapporterte at kommunikasjon og samarbeidet med sin partner var viktig for å håndtere senskadene bedre (Wittmann, et al., 2014, Wassersug, et al. 2017, Hartman et al., 2014). Tre av forskningsstudiene fant at partneren hadde en viktig rolle i pasientens håndtering av senskader etter radikal prostatektomi (Wittmann, et al., 2014, Wassersug, et al. 2017, Hartman et al., 2014).

To forskningsstudier fant at helsevesenet spilte en viktig rolle i hvordan pasientene håndterte senskadene (Rosser, et al., 2016, Wassersug, et al. 2017). Over halvparten av pasientene rapporterte at de ønsket at helsepersonell skulle spørre om deres seksuelle bekymringer, over 90% rapporterte at de sjeldent ble spurt (Wassersug, et al. 2017). Pasientenes respons i en studie viste at de som hadde diskutert seksuelle senskader med sykepleier, eller annet helsepersonell, håndterte senskadene bedre (Rosser, et al., 2016).

3.2.3. Mestringsstrategier

Flere av forskningsstudiene viste at mange pasienter hadde problemer med å mestre den nye seksuelle hverdagen etter radikal prostatektomi (Messaoudi, et al., 2011, Wittmann, et al., 2014, Rosser, et al., 2016, Wassersug, et al. 2017, Hartman et al., 2014). En av studiene så på pasientenes respons opp imot hva som hjalp og hva som hindret pasientene med å håndtere deres seksuelle liv etter den kirurgiske behandlingen (Wittmann, et al., 2014). Responsen viste både hva pasienten og hva eventuelt partner gjorde. Mestringsstrategier pasienter gjorde som hjalp inkluderte å være optimistisk, bruk av humor, vilje til å eksperimentere og bruke hjelpemidler, regelmessig seksuell aktivitet, mm. Responsen viste at partner kunne bidra med blant annet å være tålmodig, vise interesse og aksept og kommunisere om problemet. (Wittmann, et al., 2014). To av forskningsstudiene viste at de pasientene som rapporterte at de aksepterte sin nye seksuelle funksjon, hadde en mer positiv opplevelse av seksualiteten sin (Wassersug, et al. 2017, Hartman et al., 2014).

En av forskningsstudiene ser på responsen til pasienter som deltok på et preoperativt seminar for radikal prostatektomi (Paich, et al., 2016). Seminaret tok, blant annet, for seg hvordan pasienten og partner kunne finne til et nytt tilfredsstillende sexliv etter behandlingen. Responsen fra pasientene viste at 84% forsto hvordan de kunne mestre den seksuelle hverdagen etter radikal prostatektomi (Paich, et al., 2016). Forskningsstudiet finner at ved å øke pasientenes kunnskap, fremmes realistiske forventninger for hvordan det seksuelle livet vil bli med radikal prostatektomi. Flere pasienters respons viste at de var villige til å utforske og å bruke hjelpemidler etter behandlingen (Paich, et al., 2016). Responsen fra pasienter viste også det motsatte (Paich, et al., 2016, Wittmann, et al., 2014). Pasienter som så på normal ereksjon som essensielt for å ha et seksuelt liv rapporterte om problemer med å tilpasse seg etter radikal prostatektomi (Messaoudi, et al., 2011, Wittmann, et al., 2014, Rosser, et al., 2016, Wassersug, et al. 2017, Hartman et al., 2014).

4. DISKUSJON

Denne litteraturstudien har som hensikt å ta for seg sykepleiers rolle ved tilretteleggelse av god seksuell helse hos pasienter som har gjennomgått kirurgisk radikal prostatektomi. Studien har presentert relevant teoretisk litteratur og resultatene av syv inkluderte forskningsstudier. Dette kapittelet skal se teori og resultater opp imot problemstillingen;

Hvordan kan sykepleier tilrettelegge for god seksuell helse hos pasienter som har gjennomgått kirurgisk radikal prostatektomi?

Litteraturstudien skal også se på hvilke implikasjoner den kan ha for sykepleie. Styrker og svakheter ved studien presenteres også i dette kapittelet. Innledningsvis til drøftingen er det viktig å bemerke at de inkluderte artiklene ikke er norske studier, eller at de tar for seg norske pasienter. Allikevel stemmer funnene i artiklene med faglitteraturen.

4.1. Drøfting

4.1.1. Pasientens forventninger

Forskningen viser at flere pasienter ikke har realistiske forventninger til senskadene etter radikal prostatektomi (Paich, et al., 2016, Rosser, et al., 2016). Mangel på tilstrekkelig informasjon om senskadene av behandlingen kan tenkes at er en årsak. Dette gjenspeiles i hvilke forventninger pasientene har til gjenoppretting av sin seksuelle funksjon postoperativt (Wittmann, et al., 2014). Pasienters respons bekrefter at de ikke forstår informasjonen de er gitt om konsekvensene av behandlingen (Messaoudi, et al., 2011, Wittmann, et al., 2014, Rosser, et al., 2016, Wassersug, et al. 2017, Hartman et al., 2014). Dette betyr at pasienter har et økt behov for informasjon og opplæring preoperativt.

Hva forventer egentlig pasientene? Mange pasienter forventer at de vil mestre det seksuelle livet etter radikal prostatektomi, og at de ikke vil la seg påvirke av de anatomiske senskadene (Wittmann, et al., 2014). Allikevel er realiteten en annen. Både litteratur (Stubberud et al., 2017) og forskning (Messaoudi, et al., 2011, Wittmann, et al., 2014, Rosser, et al., 2016, Wassersug, et al. 2017, Hartman et al., 2014) viser at pasienten påvirkes negativt av senskadene. Dette bidrar til å støtte opp under pasientenes behov for god og relevant informasjon. Flere studier (Messaoudi, et al., 2011, Paich, et al., 2016, Wittmann, et al., 2014, Rosser, et al., 2016, Wassersug, et al. 2017) konkluderer med at økt kunnskap og forståelse hos pasienter kan bidra til å skape realistiske forventninger. Det er viktig å presisere at dette ikke gjelder alle pasienter. Flere pasienter har realistiske forventninger til seksuell funksjon etter radikal prostatektomi (Wittmann, et al., 2014). En pasient beskrev dette som; «*a return to unselfconscious sex, not baseline erectile function*» (Wittmann, et al., 2014). Men hva er det som gjør at enkelte pasienter har realistiske forventninger og andre ikke? De pasientene som hadde diskutert de seksuelle senskadene med sykepleiere håndterte senskadene bedre og hadde mer realistiske forventninger (Rosser, et al., 2016). Dette viser at blant annet sykepleiere har en viktig rolle for å hjelpe pasienter til å oppnå realistiske forventninger.

Informasjon kan gis både skriftlig og muntlig. For å sikre at pasienten har forstått informasjonene er det mest hensiktsmessig å gi informasjon muntlig, gjennom en dialog med pasienten (Kristoffersen, 2017b). Dette viser viktigheten av god kommunikasjon, Ved å gi pasienten relevant informasjon kan sykepleier tilrettelegge for at pasientens forventninger blir realistiske. Seksualiteten er kanskje noe av det mest private området hos et menneske (Gamnes, 2017). Sykepleier må derfor være varsom i en samtale om seksualitet med pasienten, og må ta hensyn til pasientens meninger og opplevelser. Videre forteller Gamnes (2017) at pasienter i liten grad omtaler seksualiteten. Dette viser viktigheten av at sykepleier tar opp temaet. Dessuten kan dette føre til at pasienter opplever det som akseptabelt å snakke om seksualitet.

Ifølge Gjessing (2017) mener 1 av 4 sykepleiere at det er deres oppgave å informere pasienter om sammenhengen mellom kreft og seksualitet, men kun 1 av 5 sykepleiere snakker med pasienten om seksualitet. Hvorfor er det slik? Det kan være at mange ikke føler de har kompetanse nok om seksualitet, eller kanskje de ikke føler seg trygge på å snakke med pasientene om det. Det kan også stilles spørsmål til om sykepleier har tilstrekkelig med tid til å gjennomføre en slik samtale med pasienten. Min erfaring fra urologisk sengepost viser til at sykepleiere til vanlig har en travel arbeidshverdag. Tiden strekker nesten ikke til for at de skal klare å gjennomføre sine vanlige arbeidsoppgaver. Sykepleiere har faktisk plikt til å informere pasienter om konsekvensene av den behandlingen de skal få (Helsepersonelloven, 1999, §10, Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §§ 3-2 til 3-4). Tallene Gjessing (2017) presenterer viser at mange sykepleiere ikke er klar over denne plikten. Dette viser til at sykepleiere har behov for økt kompetanse, både med tanke på kunnskap og at de har en plikt til å informere pasienten.

En av studiene (Paich, et al., 2016) viser til hvordan man kan gi pasienter realistiske forventninger gjennom et preoperativt pedagogisk opplærings gruppeseminar. Pasientene som deltok, ga gode tilbakemeldinger og mange viste til at de hadde forstått informasjonene gjennom et spørreskjema (Paich, et al., 2016). Et slikt seminar kan være et godt tiltak for å sikre at informasjon blir gitt og forstått. I tillegg kan spørreskjemaet brukes for å kartlegge hvilke pasienter som kan ha behov for ytterligere oppfølging. Et slikt seminar har også muligheten for å gjøres digitalt, men da kan ikke sykepleier på samme måte sikre at informasjonen er forstått.

For å oppsummere har pasienter økt behov for informasjon og opplæring i forkant av radikal prostatektomi. Videre har pasienter som diskuterte med sykepleier om seksuelle senskader mer realistiske forventninger og håndterte senskadene bedre. Dette viser at sykepleier har en viktig rolle i dette arbeidet. Derimot kan det virke som om sykepleiere har et behov for økt kompetanse på området.

4.1.2. Behandlingens senskader

Når det gjelder behandlingsformen radikal prostatektomi så kan den gi anatomiske senskader som påvirker pasientens seksuelle funksjon. Dette støttes av forskningen (Messaoudi, et al., 2011, Wittmann, et al., 2014, Rosser, et al., 2016, Wassersug, et al. 2017, Hartman et al., 2014) og teorien (Stubberud et al., 2017). For det første kan så mange som 70% oppleve ereksjonsproblemer i større eller mindre grad (Stubberud et al., 2017). For det andre viser forskning (Messaoudi, et al., 2011, Wittmann, et al., 2014, Rosser, et al., 2016, Wassersug, et al. 2017, Hartman et al., 2014) at pasienter opplevde de anatomiske endringene som avgjørende for sin seksuelle funksjon. Altså er det mange menn som påvirkes, da ereksjon er viktig for penetrerende samleie. Dessuten kan noen av de anatomiske senskadene behandles (Welliver, et al., 2014). En av studiene viser at bruken av vakuumpumpe kan bedre ereksjonsproblemer og fysiske endringer av penis (Welliver, et al., 2014). Dette viser at det er behandlingsformer mot noen av de fysiske senskadene. Hvis sykepleier innehar informasjon om disse behandlingsformene, kan sykepleier veilede og informere pasienter om bruken av dem.

Videre kan de anatomiske endringer påvirke menn på andre måter. Gamnes (2017) skriver at ereksjonsproblemer kan føre til store skader på en manns syn på sin «manndom» eller seksualitet. Dette betyr ifølge Gamnes at flere menn kan også slite psykisk postoperativt. Dette støttes av forskningen (Messaoudi, et al., 2011, Wittmann, et al., 2014, Rosser, et al., 2016, Wassersug, et al. 2017, Hartman et al., 2014). Videre beskriver pasienter at tapet av seksuell funksjon fører til blant annet redusert maskulin identitet, frustrasjon, følelsesmessig tap, tapt selvtillit og engstelse (Messaoudi, et al., 2011, Wittmann, et al., 2014, Rosser, et al., 2016, Wassersug, et al. 2017, Hartman et al., 2014). Dette tydeliggjør at flere pasienter som behandles med radikal prostatektomi kan ha behov for en mer spesialisert behandling. Sykepleier vil her ha en viktig rolle ved å åpne for at pasienter kan snakke om disse problemene. Over halvparten av pasienter rapporterte at de ønsket å ha blitt spurt om sine seksuelle bekymringer, men 90% ble sjeldent spurt (Wassersug, et al. 2017). Det viser at over halvparten av pasientene er åpne for å snakke om seksuelle problemer, men det kan også tyde på at sykepleiere ikke føler seg trygge eller kompetent nok til å snakke med pasienter om problemer knyttet til seksualitet. Dette støtter videre opp under at sykepleiere sannsynligvis har behov for økt kompetanse med å ta opp temaer om seksuell helse.

Gamnes (2017) skriver at en av de anatomiske senskadene kan for mange bedres av seg selv over tid. Dette gjelder ereksjonsproblemer (Gamnes, 2017). Med andre ord, kan behandling av ereksjonsproblemer være midlertidig for mange. På den andre siden viser forskning (Messaoudi, et al., 2011, Wittmann, et al., 2014, Rosser, et al., 2016) at de psykiske plagene vedvarte hos pasientene selv om de anatomiske plagene bedres. Dette støtter opp under et økt behov for behandling av pasienters psykiske plager etter radikal prostatektomi. Litteraturen peker på at mangel på informasjon kan føre til at pasienter opplever unødig angst og bekymring knyttet til sin seksuelle funksjon (Gamnes, 2017). Mange av de psykiske problemene kan bedres ved at pasienter blir informert. Men dette forutsetter at sykepleier tar opp disse temaene med pasientene.

Når det gjelder å arbeide opp mot pasientens seksuelle helse er det allerede utarbeidet et hjelpemiddel som heter PLISSIT-modellen. Modellen er utarbeidet for at en sykepleier skal kunne bruke den (Gamnes, 2017). Modellen kan derfor være et godt hjelpemiddel for sykepleiere å støtte seg på i arbeidet med pasienters seksuelle helse. Da den seksuelle helsen til pasienter påvirkes etter radikal prostatektomi, kan denne modellen hjelpe sykepleier i arbeidet opp mot denne pasientgruppen.

Oppsummert, så har sykepleier en viktig rolle i arbeidet opp mot senskadene pasienter opplever etter radikal prostatektomi. Sykepleieren kan bidra med å informere om, og veilede i, bruken av behandling mot anatomiske senskader. Videre bør sykepleier spørre om, og åpne opp for, at pasienter kan snakke om seksuelle problemer. Ved å gjøre dette kan sykepleieren kartlegge de berørte seksuelle behovene hos pasienten og finne behandlingsalternativer. Sykepleier kan også henvise pasientene videre, der sykepleier ikke kan hjelpe. Ved å informere pasienten kan sykepleier hindre at pasienten opplever psykiske plager i forbindelse med de anatomiske senskadene. Som nevnt i drøfting rundt pasientens forventninger, kreves det at sykepleier har reel mulighet til å bidra med informasjon og samtaler. Dette forutsetter at sykepleier har nok tid og kunnskap om temaet.

4.1.3. Mestringsstrategier

Forskningen viser til at de fleste pasienter har problemer med å mestre den nye seksuelle hverdagen etter radikal prostatektomi (Messaoudi, et al., 2011, Wittmann, et al., 2014, Rosser, et al., 2016, Wassersug, et al. 2017, Hartman et al., 2014). Altså betyr det at noen av pasientene klarer å tilpasse seg med tanke på å håndtere de anatomiske endringene. Hva skal da til for at pasienter skal klare dette?

Forskning (Wittmann, et al., 2014) har funnet flere mestringsstrategier basert på pasienters respons. Først og fremst inkluderte disse mestringsstrategiene blant annet å være optimistisk, bruk av humor, vilje til å eksperimentere og bruke hjelpemidler og regelmessig seksuell aktivitet. Dette viser til styrker en pasient selv kan inneha, men noe av dette kan faktisk sykepleier oppmuntre til, og informere og veilede pasienten om. Dette forutsetter at sykepleier innehar den relevante kunnskapen, og at sykepleier tar dette opp med pasienten. Som nevnt over i kapittel 4.1.2 så viser en studie at mange pasienter ønsker at sykepleier skal snakke med dem om dette temaet, men at få pasienter opplever at det blir gjort (Wassersug, et al. 2017).

For det andre viste responsen også at partner kunne bidra med blant annet å være tålmodig, vise interesse og aksept og kommunisere om problemet (Wittmann, et al., 2014). Med andre ord så kan partner spille en viktig rolle for hvordan pasienten mestrer den nye seksuelle hverdagen. Når det gjelder de pasientene som har en partner så viser forskning at partneren kan være viktig for pasientens mestring (Wittmann, et al., 2014, Wassersug, et al. 2017, Hartman et al., 2014). Hos disse pasientene kan sykepleier hjelpe med å oppmuntre til at pasienten kan kommunisere med partneren sin. Dette kan bidra med at partner får økt forståelse for pasientens situasjon og at partneren kan bidra med å hjelpe pasienten. Det kan også for pasientens del tenkes at det blir lettere å ikke stå alene i den nye situasjonen. Forskningen støtter opp under dette og viser til at par kan ha behov for oppmuntring til å kommunisere om sine følelser med hverandre om det seksuelle tapet (Wittmann, et al., 2014). Dette kan bety at en partilnærming for å tilrettelegge for at pasienten skal mestre den seksuelle hverdagen etter radikal prostatektomi er hensiktsmessig. For de pasientene som er enslige ved tidspunkt for behandling kan det være til hjelp å oppmuntre dem til å prate med sine potensielle framtidige partnere om problemer og løsninger knyttet til behandlingen.

Forskning viser til at pasienten kan ha en bedre sjanse til å gjenopprette sexlivet hvis de blir oppmuntret til, og selv er villig til, å utforske et sexliv som ikke er ereksjonsavhengig

(Wassersug, et al. 2017, Hartman et al., 2014). Dette tydeliggjør viktigheten av at sykepleier tar opp seksuelle temaer med pasienten, men også at pasienten selv må være åpen for å prøve noe nytt. Det kan tenkes at pasienten ikke er villig til dette. Derimot hvis sykepleier ikke tar opp dette med pasienten, så kan det tenkes at pasienten ikke ville tenkt over å utforske et sexliv som ikke er ereksjonsavhengig.

Hvordan kan sykepleier komme i posisjon til å tilrettelegge for mestring hos pasienten? Travelbee snakker om å opprette en relasjon til pasienten, og gjennom dette skape tillit. På denne måten kan sykepleier oppleves av pasienten som noen man kan stole på (Kristoffersen, 2017a). Gamnes (2017) skriver av seksualiteten er noe av det mest private området hos et menneske. Det kan tenkes at pasienter opplever det som vanskelig å snakke om. Ved nettopp å skape tillit kan det bli lettere for pasienten å snakke med sykepleier om seksualiteten. For hvis ikke pasienten ønsker å snakke om det, vil det være vanskelig å hjelpe pasienten. Det er gjennom kommunikasjonen at sykepleier kan kartlegge og identifisere hvilke behov som er berørt hos pasienten (Kristoffersen, 2017a). Dette betyr at hvis sykepleier skal komme i posisjon til å hjelpe pasienten med å tilrettelegge for mestring, ved å informere og veilede, må sykepleier skape tillit hos pasienten.

For å oppsummere så kan sykepleier ved å informere, veilede og oppmuntre, hjelpe pasienten med å mestre sin nye seksuelle hverdag. Dette forutsetter at sykepleier snakker med pasienten om seksualitet. Videre vil det være hensiktsmessig for å sykepleier å etablere tillit hos pasienten, men pasienten selv må også være åpen for å snakke om og å utforske sin seksualitet. Dessuten viser forskningen at en partilnærming kan bidra til at pasienten lettere kan mestre den nye seksuelle situasjonen. Som nevnt i kapittel 4.1.1 og 4.1.2 vil det også i forhold til temaet handler om pasientens mestring, være helt avgjørende at sykepleier har mulighet til å bruke nok tid med pasienten. Dette for å skape god kommunikasjon og gi god informasjon om mestringsstrategier relatert til konsekvenser av behandlingen.

4.2. Implikasjoner for sykepleie

Denne studien ser på hva en sykepleier kan gjøre for å tilrettelegge for pasienters seksuelle helse etter radikal prostatektomi. Studien viser en mulig mangel i sykepleiernes kompetanse. Først og fremst er mange sykepleiere ikke klare over sin plikt til å informere pasienter om hvordan radikal prostatektomi påvirker pasientens seksualitet (Helsepersonelloven, 1999, §10, Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §§ 3-2 til 3-4). Dette begrunnes med at kun 1 av 4 mener at dette er sykepleiers oppgave. Selv om 4 av 5 ikke tar opp temaer knyttet til seksualitet med sine pasienter, så kan dette skyldes at disse sykepleierne ikke står i situasjoner hvor dette er aktuelt (Gjessing, 2017). Allikevel er ikke dette noen unnskyldning for at sykepleier ikke skal ta opp temaet. Dette viser til at sykepleiere må gjøres klar over retten pasienten har til å bli informert.

Videre finner denne studien at mange sykepleiere enten ikke er komfortable med eller at de ikke føler seg kompetente til å snakke med pasienter om seksualitet (Gamnes, 2017). Dette viser til at sykepleiere har behov for mere kunnskap på temaet. Det vil være vanskelig for sykepleieren å tilrettelegge for noe de ikke snakker med pasienten om. Ved å

øke kompetansen til sykepleierne om seksualitet kan det føre til at de blir mere komfortable til å snakke med pasienten om temaet.

Resultater knyttet til den seksuelle helsen bidrar til å gi sykepleier en innsikt i hvordan pasienter opplever senskader av den behandlingen de får (Messaoudi, et al., 2011, Wittmann, et al., 2014, Rosser, et al., 2016, Wassersug, et al. 2017, Hartman et al., 2014). Den seksuelle helsen henger sammen med senskadene, da de påvirker den seksuelle helsen (Messaoudi, et al., 2011, Wittmann, et al., 2014, Rosser, et al., 2016, Wassersug, et al. 2017, Hartman et al., 2014). Kunnskap om senskader og pasientens opplevde seksuelle helse danner et grunnlag for tiltak som kan benyttes for å tilrettelegge for pasienten. De anatomiske senskadene kan behandles med forskjellige praktiske og medikamentelle tiltak (Welliver, et al., 2014). De psykiske senskadene kan kreve mer spesialisert behandling (Messaoudi, et al., 2011, Wittmann, et al., 2014, Wassersug, et al. 2017). Sykepleiers viktigste oppgave vil her være å skape tillit og tilrettelegge for at pasienten kan åpne opp om hvordan problemene påvirker han.

Sykepleier kan ved å ta opp de seksuelle senskadene av radikal prostatektomi med pasienten gi informasjon som kan skape realistiske forventninger. Ved å ta opp temaet, så åpner sykepleier for at det er tillat å snakke om seksualitet. Videre kan dette åpne for at sykepleier kan informere om aktuelle tiltak og mestringsstrategier som kan bedre den nye seksuelle hverdagen for pasienten.

4.3. Styrker og svakheter med litteraturstudiet

Dalland (2013) og Evans (2002) er brukt som et utgangspunkt for oppbyggingen av oppgaven. Kildene gir et godt perspektiv på hvordan den systematiske litteraturstudien og analysen skal gjennomføres. En av styrkene til denne studien er at den har inkludert forskning som ikke er eldre enn ti år gammelt. Seks av de syv inkluderte artiklene i denne studien er publisert mellom 2014 og 2017, og den siste er publisert i 2011. Artikkelen fra 2011 kan sees på som en svakhet da den er ti år gammel, men da studiens funn bidrar til å belyse problemstillingen er den inkludert. En av oppgavens styrker er at de syv inkluderte artiklene benytter fire forskjellige forskningsmetoder.

Tre av artiklene er kvalitative studier som baseres på intervju. Styrken med disse studiene er at de fanger opp pasientenes meninger og opplevelser. En svakhet med å benytte kvalitative studier er at de kan preges av forfatterens personlighet, og kan påvirkes av deres evne til å oppnå kontakt med intervjupersonene (Dalland, 2013). To av studiene (Rosser, et al., 2016, Hartman et al., 2014) er inkludert fordi de ser på effekten radikal prostatektomi har på homofile og bifile menn. Styrken med disse artiklene er at de viser likheter mellom denne pasientgruppen og heterofile menn, samt særegne utfordringer for homofile og bifile menn. Den tredje studien (Wassersug, et al. 2017) er inkludert fordi den ser på i hvilken grad menn klarer å tilpasse seg ereksjonsproblemer etter radikal prostatektomi.

Tre av artiklene er forskjellige kvantitative studier. Styrken ved kvantitative studier er at de presenterer statistikk som kan gi konkret informasjon på et fenomen (Dalland, 2013). En prevalens studie (Welliver, et al., 2014) er inkludert da denne presenterer en behandlingsmetode mot ereksjonsproblemer og de fysiologiske forandringer av penis etter radikal prostatektomi. De siste to kvalitative studiene er kohortstudier. Den ene studien (Messaoudi, et al., 2011) er inkludert fordi den viser hvordan pasienters

seksuelle helse og tilfredshet reduseres etter radikal prostatektomi. Den andre studien (Paich, et al., 2016) som er inkludert undersøker effekten av et preoperativt gruppe seminar for pasienter som skal behandles med radikal prostatektomi.

Den siste artikkelen er en mixed method-studie som samler og integrerer både kvalitative og kvantitative funn. Styrken med å kombinere kvalitative og kvantitative studier er at de sammen bidrar til å skape en bedre forståelse av et fenomen (Dalland, 2013). Denne studien (Wittmann, et al., 2014) ble inkludert da den presenterer pasienters respons på hvordan de mestret sexlivet etter radikal prostatektomi.

En svakhet ved denne oppgaven kan være at det ikke ble satt noen aldersbegrensninger ved artikkelsøket. De valgte artiklene tar allikevel for seg pasienter i ca. samme aldersgruppe. Spriket mellom snittet på pasienter som deltok på studiene er 57-63,9 år. Det er en styrke at pasientene i de syv artiklene er i ca. samme aldersgruppe. Under analyseprosessen av de syv inkluderte forskningsstudiene ble artiklene oversatt fra engelsk til norsk. Denne oversettelsesprosessen er en svakhet da innholdet kan bli misforstått eller feiltolket. I et forsøk på å minske muligheten for misforståelse og feiltolking ble både den norske oversettelsen og den engelske originalteksten fra hver artikkel lest grundig.

En annen svakhet ved denne oppgaven er at den er skrevet av en person. Alle synspunkter og avgjørelser kan påvirkes av forfatter. Det at det kun er en forfatter av oppgaven kan føre til en bedre flyt og sammenheng i teksten, noe som kan ansees som en styrke. Teksten kan også være preget av tilbakemeldinger av veileder og andre som har lest og gitt tilbakemeldinger.

Noe som også kan sees på som en svakhet ved denne oppgaven er at ingen av de 7 inkluderte artiklene omhandler norske pasienter, eller tar for seg norske forhold. Til tross for dette ble det forsøkt å søke etter som tok for seg norske forhold på problemområdet, men dette ble ikke funnet. Allikevel samstemmer funnene fra disse syv artiklene med relevant teori og faglitteratur. Dette gjorde det aktuelt å ta med disse artiklene.

4.4. Konklusjon/Oppsummering

Denne oppgaven undersøker hvordan sykepleier kan tilrettelegge for god seksuell helse hos pasienter som har gjennomgått kirurgisk radikal prostatektomi. Denne litteraturstudien finner at pasienter kan ha behov for informasjon og opplæring i forkant av behandlingen. Slik kan pasienter få realistiske forventninger til hvordan behandlingen påvirker dem. Videre viser resultatene til at pasienter kan ha behov for å bli informert om, og veiledet i bruken av behandlingsmetoder mot anatomiske senskader. Ved at pasienter blir tilstrekkelig informert om disse senskadene, kan det hjelpe pasienten med å håndtere belastningen det kan ha på deres seksuelle helse. Enkelte pasienter kan også ha behov for mer spesialisert oppfølging. Videre kan de ha behov for å bli informert om og oppmuntret til å finne strategier for å mestre den nye seksuelle hverdagen. For pasienter som har en partner, bør partner inkluderes i dette arbeidet. Sykepleierens viktigste hjelpemiddel vil være kommunikasjon. Ved å informere og veilede pasienten med å skape realistiske forventninger, om tiltak for å behandle senskader og om strategier for å mestre seksualiteten, så kan sykepleier i teorien tilrettelegge for god seksuell helse. Sykepleier bør ha god kunnskap om kommunikasjon, psykiske og fysiske konsekvenser ved behandlingen, og om temaet seksualitet for å kunne tilrettelegge for disse pasientene. Videre kreves det at sykepleier har, og tar seg nok tid, i arbeidshverdagen til å kunne gjennomføre dette i praksis.

Referanser

- Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving*. (5. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Evans, D. (2002) Systematic review of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20(3), 22-26.
- Folkehelseinstituttet. (u.å.). *MeSH på norsk – begreper innen medisin og helsefag*. Mesh.uia. Hentet 14. april 2021 fra <http://mesh.uia.no/>
- Gamnes, S. (2017) Seksualitet og helse. I Grimsbø, G. H. (Red.), *Grunnleggende Sykepleie* (3. utg., bind 2, s. 373-408). Gyldendal Akademiske.
- Gjessing, R. (2017). Sykepleieutfordringer ved kreft i mannlige kjønnsorganer. I Reitan, A. M. & Schjølberg, T. K. (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient –Utfordring –Handling* (4.utg, s. 575-587). Cappelen Damm Akademisk.
- Hartman, M.-E., Irvine, J., Currie, K. L., Ritvo, P., Trachtenberg, L., Louis, A., Trachtenberg, J., Jamnicky, L. & Matthew, A. G. (2014). Exploring gay couples' experience with sexual dysfunction after radical prostatectomy: a qualitative study. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 40(3), 233-253. <http://dx.doi.org/10.1080/0092623X.2012.726697>
- Helsebiblioteket. (2016a, 3. juni). *PICO*. Hentet 15. mai 2021 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>
- Helsebiblioteket. (2016b, 3. juni). *Sjekklist*. Hentet 15. mai 2021 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklist>
- Helsebiblioteket. (2020, 23. september). *Prostatakreft uten spredning*. Hentet 13. mai 2021 fra <https://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/kreft/prostatakreft>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om Helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2
- Hem, E. (2020, 19. mai). *IMRAD*. Store Medisinske leksikon. Hentet 15. mai 2021 fra <http://nhi.snl.no/IMRAD>
- Kreftforeningen. (2021, 22. februar). *Prostatakreft*. Hentet 7. mai 2021 fra <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/prostatakreft/>
- Kreftregisteret. (u.å.). *Statistikk på nett*. Hentet 10. april 2021 fra <https://sb.kreftregisteret.no/insidens/>
- Kristoffersen, N. J. (2017a). Sykepleiefagets teoretiske utvikling – en historisk reise. I Grimsbø, G. H. (Red.), *Grunnleggende Sykepleie* (3. utg., bind 3, s. 15-80). Gyldendal Akademiske.
- Kristoffersen, N. J. (2017b). Å styrke pasientens ressurser. I Grimsbø, G. H. (Red.), *Grunnleggende Sykepleie* (3. utg., bind 3, s. 349-406). Gyldendal Akademiske.
- Messaoudi, R., Menard, J., Ripert, T., Parquet, H. & Staerman, F. (2011). Erectile dysfunction and sexual health after radical prostatectomy: impact of sexual motivation.

International journal of impotence research, 23(2), 81-86.
<https://doi.org/10.1038/ijir.2011.8>

Norsk Helseinformatikk. (2014, 27. februar). *Fjerning av prostata*. Hentet 14. mai 2021 fra <https://nhi.no/animasjoner/mann/fjerning-av-prostata/>

Norsk senter for forskningsdata. (u.å.). *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. Hentet 20. april 2021 fra <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>

Paich, K., Dunn, R., Skolarus, T., Montie, J., Hollenbeck, B., Palapattu, G., Wood Jr, D., Mitchell, S., Hola, V., Erickson, K., Shifferd, J. & Wittmann, D. (2016). Preparing Patients and Partners for Recovery From the Side Effects of Prostate Cancer Surgery: A Group Approach. *Urology*, 88, 36-42. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2015.07.064>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/#KAPITTEL_3

Prostatakreftforeningen. (u.å.). *Seksualitet og samliv etter prostatakreftbehandling*. Hentet 14. mai fra <https://prostatakreft.no/seksualitet-og-samliv-etter-prostatakreftbehandlingen/>

Rosser, B. R. S., Capistrant, B., Torres, M. B., Konety, B., Merengwa, E., Mitteldorf, D. & West, W. (2016). The effects of radical prostatectomy on gay and bisexual men's sexual functioning and behavior: qualitative results from the restore study. *Sexual & Relationship Therapy*, 31(4), 432-445.
<http://dx.doi.org/10.1080/14681994.2016.1217985>

Stubberud, D.-G. & Almås, H. (2017). Sykepleie ved sykdommer og forstyrrelser i urinveier og mannlige kjønnsorganer. I Almås, H. (Red.) *Klinisk Sykepleie 2* (5. utg., s. 83-112). Gyldendal Akademiske.

Wassersug, R. J., Westle, A. & Dowsett, G. W. (2017). Men's Sexual and Relational Adaptations to Erectile Dysfunction After Prostate Cancer Treatment. *International Journal of Sexual Health*, 29(1), 69-79.
<http://dx.doi.org/10.1080/19317611.2016.1204403>

Welliver Jr., R. C., Mechlin, C., Goodwin, B., Alukal, J. P. & McCullough, A. R. (2014). A Pilot Study to Determine Penile Oxygen Saturation Before and After Vacuum Therapy in Patients with Erectile Dysfunction After Radical Prostatectomy. *Journal of Sexual Medicine*, 11(4), 1071-1077. <https://doi.org/10.1111/jsm.12445>

Wittmann, D., Carolan, M., Given, B., Skolarus, T. A., Crossley, H., An, L., Palapattu, G., Clark, P. & Montie, J. E. (2014). What couples say about their recovery of sexual intimacy after prostatectomy: toward the development of a conceptual model of couples' sexual recovery after surgery for prostate cancer. *Journal of Sexual Medicine*, 12(2), 494-504.
<https://dx.doi.org/10.1111%2Fjsm.12732>

World Health Organization. (2006). *Sexual and Reproductive Health and Research (SRH), including the Human Reproduction Program (HRP)*. Hentet 9. mai 2021 fra <https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research/key-areas-of-work/sexual-health/defining-sexual-health>

Wyller, V. B. (2016a). *FRISK*. (3. utg.). Cappelen Damm.

Wyller, V. B. (2016b). *SYK 2*. (3. utg.). Cappelen Damm.

