



Radikal prostatektomi og seksualitet

«Hvordan kan sykepleier veilede menn om utfordringer knyttet til seksualitet etter gjennomgått radikal prostatektomi?»

Kandidatnummer: 532
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i emne 14B

Antall ord: 9899
Dato: 23.04.2019



ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 23.04.2019
Tittel: Radikal prostatektomi og seksualitet	
<p><u>Problemstilling</u> Hvordan kan sykepleier veilede menn om utfordringer knyttet til seksualitet etter gjennomgått radikal prostatektomi?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u> Det teoretiske perspektivet tar utgangspunkt i sykepleierens veiledende og undervisende funksjon, og det bygger på sykepleierens kunnskapsgrunnlag, lovverk og yrkesetiske retningslinjer. Videre benyttes det teori om prostatakraft, radikal prostatektomi, senskader knyttet til radikal prostatektomi og seksualitet. Den didaktiske relasjonsmodellen står sentralt i veiledningen mellom sykepleier og pasienten.</p> <p><u>Metode</u> Denne oppgaven er en litterær oppgave hvor jeg har anvendt relevant fag- og forskningslitteratur jeg mener er relevant for å belyse problemstillingen. Forskingsartiklene som er benyttet er funnet gjennom søk i databasene CINAHL og PudMed. Jeg har benyttet meg av annet relevant pensum og litteratur som jeg har funnet på Lovisenberg Diakonale Høgskole sitt bibliotek.</p> <p><u>Drøfting</u> Sykepleierens ansvar ovenfor pasientgruppen er utgangspunkt for å drøfte min problemstilling, samt hva sykepleieren kan gjøre for å veilede pasienten om seksualitet etter gjennomgått radikal prostatektomi. Den veiledende og undervisende funksjon sykepleieren har er drøftet opp mot teori og funn, samt at juridiske og etiske føringer blir drøftet mot sykepleierens holdninger og informasjonsbarrierer rundt seksualitet. Den didaktiske relasjonsmodellens seks punkter er gjennomgående i hele drøftingen.</p> <p><u>Konklusjon</u> Pasientene ønsker større fokus på seksualitet etter gjennomgått radikal prostatektomi og de ønsker at sykepleieren tar initiativet til samtale. Pasientene mener at den informasjonen de får ikke er tilstrekkelig for å takle den nye hverdagen. Sykepleierne ser behovet og den positive siden ved å snakke om det, likevel er faktorer som tabu, dårlig tid, mangel på privatrom og rutiner grunner til at de ikke tar opp tematikken. Sykepleierne trenger retningslinjer, samt et kunnskapsløft for å kunne veilede og undervise pasienter som seksualitet. Optimal seksuell veiledning innebærer at sykepleieren har god innsikt i hvilke senskader menn kan møte på som følge av prostatakraft og behandling.</p>	

(Totalt antall ord: 291)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2	Presentasjon av problemstilling.....	2
1.3	Avgrensing og presisering av problemstilling.....	2
1.4	Begrepsavklaring	3
2	Teoretisk kunnskapsgrunnlag.....	4
2.1	Prostata	4
2.2	Prostatakraft.....	4
2.2.1	Radikal prostatektomi.....	5
2.2.2	Seksuelle utfordringer etter radikal prostatektomi	5
2.3	Sykepleieteoretisk kunnskapsgrunnlag	6
2.3.1	Sykepleierens ansvar- og funksjonsområde	6
2.3.2	Den didaktiske relasjonsmodell.....	7
2.4	Lovverk og yrkesetiske retningslinjer.....	9
2.5	Etikk	10
3	Metode	11
3.1	Valg av metode og begrunnelse.....	11
3.2	Litteratursøk og søkehistorikk	11
3.3	Kildekritikk	13
3.4	Etiske overveielser.....	14
4	Presentasjon av forskingsresultater.....	15
5	Drøfting	16
5.1	Kartlegging av behovet til pasienten knyttet til seksualitet	16
5.2	Pasient og pårørendes forutsetninger	18
5.3	Kontekst for veiledning	20
5.4	Tilrettelegging, metodikk og endringsarbeid	22
5.5	Mål, innhold og vurdering av veiledningen	23
5.6	Hvorfor er det vanskelig å snakke om seksualitet?	25
6	Avslutning	28
	Referanseliste	29

1 Innledning

Jeg vil i dette kapittelet beskrive hvorfor dette teamet er relevant for sykepleiere. Oppgavens problemstilling, presisering og avgrensing vil også bli presentert her, i tillegg til at jeg skal belyse målgruppe og kontekst for oppgaven.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Seksualitet er et av de grunnleggende behovene vi mennesker har, hvor kreftsykdom og behandling kan føre til flere fysiske forandringer (Gamnes, 2011). Seksualiteten er tilstede hos mennesket fra man blir født til den dagen man dør. I 2017 ble 4983 menn diagnostisert med prostatakraft. Denne kreftformen er den som rammer flest totalt sett, uavhengig av kjønn, i Norge. Ca. 1 av 7 menn vil få påvist prostatakraft innen fylte 75 år. Fra 1950-tallet og frem til 2017 har forekomsten av prostatakraft blitt firedoblet, og innen 2030 er antall tilfeller av prostatakraft antatt å øke med over 40% (Kreftregisteret, 2018b).

Etter gjennomgått radikal prostatektomi, kan det oppstå senskader knyttet til seksualitet. Erekttil dysfunksjon og inkontinens er av de vanligste problemene som kan oppstå. Studie viser at 60-93% får erekttil dysfunksjon etter gjennomgått behandling. Flere menn påpeker mangelen på informasjon og veiledning relatert til seksualitet etter gjennomgått behandling, og at den informasjonen som blir gitt ikke er tilstrekkelig nok (Laursen, 2017). Flere sykepleiere forstår den positive siden ved å snakke om seksualitet med pasienten, likevel snakker de færreste om tematikken (Saunamäki, Andersson, Engström, 2010). Helse- og omsorgsdepartementet har lagd en felles strategiplan for arbeidet med seksuell helse. En viktig ambisjon med strategiplanen er blant annet å sikre at målgruppen har god kunnskap og nødvendig kompetanse til å ivareta egen seksuell helse, sikre kunnskap om og ivaretagelse av seksuell helse i helse- og omsorgstjenesten, og å sikre at helsepersonell respekterer og forstår brukere og pasienters seksuelle behov (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

Hensikten med denne bacheloroppgaven er å drøfte og diskutere hvordan sykepleieren kan ta opp temaet seksualitet med pasienter. Jeg har et ønske om å sette enda mer fokus på sykepleierens veiledende og undervisende funksjon når det kommer til utfordringer knyttet til seksualiteten som følge av radikal prostatektomi. Sykepleieren sin veiledende og undervisende funksjon er to svært viktige funksjonsområder innenfor sykepleiefaget. Det finnes i dag ingen klare retningslinjer på hvordan sykepleieren skal ivareta seksualiteten til

pasienter i helse- og omsorgstjenesten. Sykepleiere utgjør den største profesjonsgruppen i helsevesenet, og det er sykepleieren som har mye direkte pasientrettet arbeid (Helland, 2015). Gjennom åtte uker sykehuspraksis på en urologisk avdeling fikk jeg erfart flere tilfeller hvor sykepleieren vegret seg for å snakke om seksualitet med pasientene på avdelingen. Flere menn og pårørende så seg nødt til å etterspør temaet selv, da de ikke fikk den informasjonen de følte det trengte for å mestre den nye hverdagen som var i vente. Som et resultat av for lite informasjon om bivirkninger og senskader, opplevde jeg at flere menn forlot sykehuset usikre på hva de hadde i vente.

1.2 Presentasjon av problemstilling

På bakgrunn av dette har jeg valgt å formulere følgende problemstilling:

Hvordan kan sykepleier veilede menn om utfordringer knyttet til seksualitet etter gjennomgått radikal prostatektomi?

1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling

Jeg har valgt å avgrense oppgaven til menn som har gjennomgått radikal prostatektomi. Det finnes flere ulike behandlingsmetoder ved prostatakraft, derav kirurgi, strålebehandling, hormonbehandling, cellegift og aktiv overvåking (Kreftforeningen, 2018a). Denne oppgaven har fokus på kirurgi som den behandlende metoden. Oppgaven tar for seg menn i aldersgruppen 50-75 år, på bakgrunn av at det sjeldent er menn under 50 år som rammes av denne typen kreftform (Kreftforeningen, 2018b). Radikal prostatektomi utføres ikke på menn som har en forventet levetid på under 10 år, det er derfor mest aktuelt å utføre en slik operasjon på de under 75 år, derav aldersspennet 50-75 år (Tandstad & Klepp, 2018).

Etter å ha fått en kreftdiagnose, er de fleste pasientene mer opptatt av prognosen og behandlingen enn senskader relatert til seksualitet. Å få en slik diagnose kan ofte være stressende for pasienten, og man oppfatter da ikke all informasjonen som gis (Gjessing, 2018). På bakgrunn av dette finner konteksten for oppgaven sted på en urologisk poliklinikk, 6 måneder etter gjennomført radikal prostatektomi. Når pasienten kommer til poliklinisk oppfølging vil de være over den kritiske sjokkfasen og spørsmålene om seksualitet vil være mer sentrale, samt at pasienten på dette tidspunktet vil ha en viss kunnskap relatert til ulike senskader som kan oppstå (Schjølberg, 2013). Pasientens fokus er ofte flyttet fra det å bli frisk til hvordan håndtere senskadene for å oppnå tilfredsstillende seksuell funksjon (Borg, 2017). Den polikliniske oppfølgingen av pasienten er i et begrenset tidsrom, dette krever

derfor at sykepleieren nøye planlegger veiledningen på forhånd. Rutinene for oppfølgingstime ved en urologisk poliklinikk er kontroll tre, seks og 12 måneder etter gjennomført radikal prostatektomi. Deretter er det kontroll hvert halvår i to år. Etter fire år er det kontroll årlig, eventuelt individuell tilpasning hvis det er av behov (Helsedirektoratet, 2016).

Jeg har valgt å ta med PLISSIT-modellen i kombinasjon til den didaktiske relasjonsmodellen, fordi den er utviklet med hensikt å snakke om seksualitet. Den er ikke spesielt utviklet for sykepleiere, men det forventes at sykepleiere skal kunne håndtere de to til tre første trinnene i modellen. Disse handler om at sykepleieren skal forsøke å gi pasienten hjelp til selvhjelp (Helland, 2015). PLISSIT-modellen vil bli nevnt i drøftingsdelen, men jeg velger å ikke utdype den i teoridelen, da jeg har valgt å ha hovedfokuset på den didaktiske relasjonsmodellen. Tverrfaglig samarbeid mellom sykepleier og andre faggrupper er viktig i PLISSIT-modellen, særlig i de to siste trinnene. På grunn av oppgavens ordbegrensning kommer jeg til å nevne at de bør bli henvist videre, men jeg går ikke i mer detalj om dette samarbeidet.

Krise og mestring vil være sentralt når pasienten står overfor utfordringer knyttet til seksualitet etter gjennomgått radikal prostatektomi. Mestring handler om hvordan pasienten oppfatter situasjonen han er i, samt hvordan han kan takle den (Tveiten, 2016). Krise er en følelsestilstand som er en normal reaksjon som oppstår når individet står overfor en situasjon eller en hendelse, i dette tilfelle står pasienten overfor utfordringer knyttet til seksualitet etter gjennomgått radikal prostatektomi (Hummelvoll, referert i Håkonsen, 2014). På grunn av oppgavens ordbegrensning, har jeg valgt å ikke ta med noe om krise og mestring, men jeg ønsker å påpeke at det er viktige aspekter å huske på og kunne vært interessant å skrive om i en annen oppgave.

1.4 Begrepsavklaring

Radikal prostatektomi er et kirurgisk inngrep som har som hensikt å kurere pasienten for prostatakreft. Ved radikal prostatektomi fjernes hele prostatakjertelen og urinblæren bli koblet direkte på urinrøret (Berg, 2017). Som følge av dette kan det oppstå ereksjonsproblemer og inkontinens (Gjessing, 2017). Dette vil bli nærmere utdypet i kapittel 2.2.1.

2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

I dette kapittelet vil det legges vekt på teoretisk kunnskap om sykepleierens kunnskapsgrunnlag i møtes med pasienten som har gjennomgått radikal prostatektomi. Sykepleierens ansvar- og funksjonsområde som anses som relevante for problemstillingen vil belyses nærmere her. Dette innebærer sykepleierens undervisende og veiledende funksjon, samt kunnskap- og kompetanseutvikling. Den didaktiske relasjonsmodellen, som er en sentral del av oppgaven, belyses nærmere her. Til slutt vil det bli trukket frem juridiske og etiske aspekter.

2.1 Prostata

Prostata blir gjerne også omtalt som blærehalskjeden, den er på størrelse og har form som en kastanje. Den omringer urinrøret (urethra), fra urinblæren og til bekkenbunnen. Prostata skiller ut en væske som bidrar til spermens bevegelsesevne (Wyller, 2014).

2.2 Prostatakreft

I Norge rammes ca. 33 500 av kreft hvert år. Nærmere 5000 av disse er menn som rammes av prostatakreft (Kreftregisterert, 2018a). Det er ikke helt klart hvorfor noen utvikler prostatakreft, men det viser seg at arv, miljø, overvekt og feminin fettfordeling kan spille en rolle i årsaken (Larsen, 2017).

I de tidlige stadiene er prostatakreft symptomfritt. Ved økende vekst av kjertelen kan man se obstruktive urinlatingssymptomer fordi prostata ligger rundt urethra og klemmer sammen. Bli kjertelen stor nok kan den i tillegg utfylle større deler av bekkenet, som fører til at den komprimerer rektum, som igjen kan føre til obstipasjon. For å diagnostisere prostatakreft, må man gjennom en rektal eksplorasjon, hvor legen kjenner på kjertelen og vurderer størrelsen, samt konsistensen (Larsen, 2017). Diagnosen kan også stilles ved tumormarkøren PSA (prostataspesifikt antigen), som er et enzym som blir produsert i prostata og som skilles ut via prostatagangene til urinrøret. Enzymet har som oppgave å hindre at proteinene i sædvæsken koaguleres og dermed at sæden holder seg flytende. Hvis celleveksten er normal, vil kun små mengder PSA lekke over i blodet, men hvis det er en ukontrollert cellevekst som ved prostatakreft, vil det lekke større mengder PSA over i blodet, noe som fører til økt serumverdi. For å stille diagnose prostatakreft, vil en PSA-prøve være en god markør, da kliniske symptomer ofte opptrer sent i forløpet. På denne måten kan diagnosen stilles lenge før pasienten vil få symptomer på prostatakreft (Berg, 2017).

2.2.1 Radikal prostatektomi

Hvis svulsten er lokalisert til prostata uten spredning, er det teoretisk mulig å kurere pasienten ved å fjerne alt kreftvevet kirurgisk. Dette kan gjøres i form av radikal prostatektomi, som er et kirurgisk inngrep, eller det kan bli gitt høyt dosert strålebehandling (Berg, 2017). Ved en radikal prostatektomi fjernes hele prostatakjertelen og deler av sædblæren hvis det er nødvendig. Urinblæren blir koblet direkte på urinrøret ved hjelp av en anastomose. Et slikt inngrep kan enten gjennomføres ved åpen kirurgi eller laparoskopisk kikkhullskirurgi (Berg, 2017). Pasienter som skal gjennomføre et slikt inngrep må i forkant informeres om at det er forbundet med en mulig impotens og forskjellig grad av inkontinens (Larsen, 2017).

2.2.2 Seksuelle utfordringer etter radikal prostatektomi

World Health Organization (WHO) sin definisjon på seksualitet viser at det omfatter flere aspekter ved mennesket. Oversettelsen lyder slik:

En kjernedimensjon ved det å være menneske, som inkluderer seksuelle handlinger, kjønnsroller, kjønnsidentitet, seksuell orientering, erotikk, intimitets, nærhet, bekræftelse, kjærlighet og reproduksjon. Seksualitet oppleves eller uttrykkes i tanker, fantasier, lengsler, ønsker, tro, holdninger, verdier, aktiviteter, handlinger, roller og forhold, og er en kilde til glede og selvrealisering så vel som til helseutfordringer og -vanskeligheter som rammer både kvinner og menn (WHO, referert i Helland, 2015, s. 862).

Det å få en kreftdiagnose vil føre med seg en krise, fordi det å leve med en sykdom som potensielt er dødelig kan være både utfordrende og vanskelig for pasienten. Å få kreft i et organ som går på bekostning av manndommen og seksualfunksjonen, kan for noen oppleves mer skremmende og utfordrende enn det å få kreft i et annet organ. Ereksjonsproblemer og inkontinens er to bivirkninger som ofte forekommer etter en behandling for kreft (Gjessing, 2017). Man kan ikke forutse hvilke menn som vil få disse plagene, men en studie viser at ca. 85% opplevde erektil dysfunksjon og 62% opplevde varierende grad av impotens (Laursen, 2017).

«Ereksjonssvikt eller erektil dysfunksjon (heretter kalt ED) defineres som en vedvarende manglende evne til å bevare penis tilstrekkelig erigert til å kunne gjennomføre vaginalt eller analt samleie» (Aars, 2011). Det betegnes som ED hvis problemet har vedvart i lengre enn

seks måneder (Aars, 2011). Ereksjonsproblemer er et sårt tema for mange, det er derfor viktig at det behandles med respekt og varsomhet. Grunnen til at det oppstår ED er at under radikal prostatektomi blir nervene påvirket i varierende grad, noe som fører til at pasienten kan ha problemer med å få ereksjon (Gjessing, 2017).

Radikal prostatektomi fører også til inkontinensen for en viss periode. Hvor lenge denne perioden varer vil variere fra pasient til pasient. Det finnes flere forskjellige varianter av en inkontinens. Det kan være alt fra få dråper som setter flekker og gir lukt på klærne, til det å ikke ha kontroll på tømmefunksjonen (Aars, 2011). Inkontinens kan føre til utfordringer som kan være med på redusere mannens livskvalitet. Følelsen av å ikke ha kontroll på urinen gjør at mange føler seg mindre maskuline og ydmykende (Gjessing, 2017).

2.3 Sykepleieteoretisk kunnskapsgrunnlag

2.3.1 Sykepleierens ansvar- og funksjonsområde

Sykepleie inneholder funksjoner eller områder som sammen danner sykepleierens ansvar- og funksjonsområde. Sykepleieutøvelsen utgjør syv spesifikke oppgaver og funksjoner, som retter seg indirekte og direkte mot behandlingen av pasienten. Disse syv punktene handler om at den praksisen sykepleier utøver er helsefremmende, forebyggende, behandlende, lindrende, rehabiliterende, undervisende og veiledende, organiserende, administrerende og ledende, samt fagutviklende, kvalitetssikrende og forskende (Kristoffer, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016).

Sykepleierens funksjon handler blant annet om å hjelpe pasienten med de grunnleggende behovene knyttet til konsekvenser som kan oppstå som følge av sykdom og behandling. Sykepleierens pedagogiske funksjoner har som hensikt å legge til rette for læring, utvikling, mestring og vekst. Begrepet pedagogisk funksjon har flere underbegreper, blant annet *veiledning og undervisning*, som er hovedfokuset i denne oppgaven (Tveiten, 2008).

Sykepleierens *undervisende funksjon* handler om videreformidling av kunnskap til pasienten, pårørende, kollega eller student. Hensikten er at mottakeren skal lære noe og for å oppnå det må kunnskapen være skreddersydd. Det innebærer at det sykepleieren underviser pasient og pårørende om, ikke alltid har den samme metoden eller innholdet som undervisningen av kollegaer eller studenter. Det er også viktig å tenke på hvilke begreper og uttrykk man bruker etter hvilke personer man skal undervise. For eksempel bruker man et enklere språk i undervisning til pasient enn en kollega (Tveiten, 2008).

Sykepleierens *veiledende funksjon* er synonymt med den undervisende funksjonen. Hensikten her er også at mottakeren skal lære noe. Det handler om å hjelpe med råd og opplysninger, forklare, rettlede, anvis og orientere. Det finnes mange ulike måter å veilede på, men felles for alle er at veiledningen skal legge til rette for refleksjon og bearbeidelse hos pasienten, som fører til læring, erkjennelse og oppdagelse av det pasienten ønsker å forandre med sin situasjon (Tveiten, 2008).

2.3.2 Den didaktiske relasjonsmodell

Den didaktiske relasjonsmodellen er utviklet som et verktøy for gjennomføring og planlegging av et undervisningsopplegg. Modellen har seks punkter sykepleieren må være bevisst på når det skal veiledes og undervises. Disse punktene omhandler pasienten og pårørende sine forutsetninger, læringsmåter, rammefaktorer, mål, vurdering og innhold i pasientopplæring. Modellen har et tydelig fokus på helseveiledning. Modellen gir oss et forenklet bilde, men den viser også inntak til noen viktige forhold sykepleieren bør ta hensyn til og være bevisst på når det skal veiledes pasienter i en sårbar livssituasjon (Christiansen, 2013a).

Under punktet *pasientens og pårørendes forutsetninger for læring og mestring* er det viktig å ta hensyn til flere forhold som kan innvirke på læringen og mestringen. Sykepleieren må utføre en kartlegging av pasienten, og pårørende hvis det er aktuelt. En slik kartlegging innebærer pasientens alder, sykdomstilstand, erfaringer, verdier, ønsker og behov. Det er viktig at sykepleieren husker på at pasienten er ekspert på seg selv og sin situasjon når informasjon og veiledning skal gis. Dette krever at sykepleieren får innsikt i og forståelse av pasientens opplevelse av situasjonen hans og informasjon skal deretter innrettes etter hans forståelse. Dette kan oppnås gjennom samtale hvor pasienten forteller situasjonen sin med egne ord og sykepleieren lytter og etterspør relevant informasjon. For eksempel kan pasienten bekymre seg for andre ting enn det sykepleieren tror. Kroppslig ubehag som kvalme, smerter og tretthet kan føre til konsentrasjonsvansker, som igjen kan føre til at oppmerksomheten retter seg mot andre ting enn det å lære. Dette er viktig å være oppmerksom på i møte med pasienten (Christiansen, 2013a).

Situasjon, kontekst, menneskelige og materielle ressurser handler om at sykepleiere må sette rammer for undervisningen. For eksempel hvor lang tid skal undervisningen ta, hvilket rom

skal man være i og når på døgnet skal undervisningen skje. Undervisningen kan deles opp i fire forskjellige situasjoner; akuttsituasjoner, problematiske situasjoner, ikke-problematiske situasjoner og problemidentifiserende situasjoner. Denne oppgaven retter seg mot problemidentifiserende situasjoner. Dette innebærer en endringsorientert situasjon og et forebyggende håp. Sykepleieren vet hva som er problemet og formålet er å unngå at det oppstår store konsekvenser for pasienten (Christiansen, 2013a).

Når det gjelder *mål, ønsker, behov og verdier* kan medbestemmelse være med på å styrke pasientens ansvarlighet, motivasjon og bevissthet for læring. Det er viktig at sykepleieren og pasienten sammen formulerer mål, ønsker, behov og verdier for å få en felles forståelse av hva det er pasienten arbeider mot. Det er også viktig at sykepleieren og pasienten har en felles forståelse av hva pasienten ønsker å arbeide mot og hva han vil oppnå med veiledningen, samt at målene blir tilpasset pasienten individuelt. Dersom målene, behovene og ønskene ikke er tydelige kan det skje at pasienten havner i en situasjon hvor pasienten har andre behov og mål enn det sykepleieren har oppfattet. Å sette både langsiktige og kortsiktige mål kan være viktig for at pasienten ser fremgang i situasjonen sin. Det krever også at sykepleieren underveis vurderer fremgangen til pasienten (Christiansen, 2013a).

Når det kommer til *innholdet* i undervisningen er det viktig at sykepleieren har bakgrunnskunnskap om sykdomstilstander, behandlingsformen og fysiologi. Dette betyr at sykepleieren må kunne det som skal undervise i og informasjonen som videreformidles må bygge på relevant data. Det kreves også at sykepleieren har en bred kunnskap innenfor anatomi, sykdom og behandling, sykepleiefaget og psykologi. Det er relevant at pasienten og pårørende er deltagende i planleggingen av innholdet i undervisningen. Det er pasienten selv som vet hva slags informasjon han har behov for, men det er sykepleieren som har fagkunnskapen, derfor kreves det er samarbeid mellom sykepleier og pasienten (Christiansen, 2013a).

I modellen til Christiansen (2013b) kalles arbeidsmåtene for *tilrettelegging, metodikk og endringsarbeid*. Arbeidsmåter innebærer ulike metoder for hvordan sykepleieren kan veilede pasienten. Dette kan gjøres gjennom lytting, spørring, motivering, støtte, informering, undervisning og ved å gi råd. Christiansen (2013b) påpeker at pasienten alltid skal ha en aktiv deltakelse i undervisningen, og sykepleieren må tillate at pasienten kan påvirke undervisningsopplegget i sin ønskede retning. Her kan sykepleieren og pasienten vurdere om

pårørende skal trekkes inn, noe som kan være relevant når det er snakk om utfordringer relatert til seksualitet (Christiansen, 2013b).

Når sykepleieren og pasienten formulerer mål for undervisningen, bør de i enighet finne ut av hvordan *vurderingen* skal foregå for å se om målene er blitt nådd. Vurderingen kan si oss noe om virkningen av de undervisende tiltakene som ble iverksatt. Vurderingen pasienten selv gjør, har fem funksjoner; han blir klar over formålet med undervisningen, han blir klar over hva han har lært og hvilke muligheter det finnes for å lære enda mer, sammen med sykepleieren finner pasienten ut om undervisningen har virket etter hensikten og det gir et grunnlag for videre planlegging (Christiansen, 2013b).

2.4 Lovverk og yrkesetiske retningslinjer

Sykepleieutøvelsen er regulert gjennom yrkesetiske retningslinjer og lover. Gjennom holdninger, verdier og erfaringsbasert kunnskap, sørges det for at sykepleieren regulerer adferden og kvalitetssikrer at sykepleier jobber faglig forsvarlig, samt at det blir gitt omsorgsfull helsehjelp i møte med pasienter i helse- og omsorgstjenesten (Helsepersonelloven, 1999). Formålet med loven er å bidra til sikkerhet for pasienten, samt kvalitet i helse- og omsorgstjenesten, og tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten (Helsepersonelloven, 1999, §1). Etter § 4 i helsepersonelloven (1999) skal sykepleieren utføre arbeidet sitt i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp, som kan forventes ut fra sykepleierens kvalifikasjon, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Om det er nødvendig skal sykepleieren innhente bistand eller henvise pasienten videre til noen med den faglige kvalifikasjonen som trengs for å hjelpe pasienten (Helsepersonelloven, 1999, § 4).

Gjennom § 3-10 i spesialisthelsetjenesteloven (1999) skal arbeidsplassen sørge for at ansatt helsepersonell gis opplæring, etterutdanning eller videreutdanninger som måtte kreves for at hver enkelt skal kunne utføre faglig forsvarlig arbeid. Dette betyr at arbeidsplassen må sørge for at sykepleierne holder seg oppdatert på hvordan snakke om seksuelle utfordringer med pasienten, samt sørge for at de har oppdatert kunnskap på hvilke senskader som kan oppstå som følge av en radikal prostatektomi. Formålet med pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §1) er å sikre at befolkningen får lik tilgang på tjenester av god kvalitet. Det betyr at uavhengig av hvilken urologisk poliklinikk pasienten går på oppfølgingstimer ved, skal veiledningen inneholde det samme. Gjennom pasient- og brukerrettighetsloven, har pasienten

rett på informasjon. § 3-2 sier at pasienten skal ha nødvendig informasjon for å få innsikt i helsetilstanden hans, samt at pasienten skal informeres om mulig risikoer eller bivirkninger som kan oppstå etter gjennomgått radikal prostatektomi (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Dette kommer også tydelig frem i punkt 2.4 i yrkesetiske retningslinjer som sier noe om at sykepleieren skal være med å fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige valg, dette skal gjøres ved at sykepleieren gir pasienten tilstrekkelig og tilpasset informasjon om senskader relatert til radikal prostatektomi, samt at sykepleieren skal forsikre seg om at pasienten har forstått den informasjon som er gitt (Sneltvedt, 2016).

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere er utarbeidet av Norsk Sykepleierforbund med utgangspunkt i ICN (International Council of Nurses) sine etiske regler. Retningslinjene har som mål å sikre høy faglig og etisk sykepleiefaglig standard blant sykepleierne. I følge de yrkesetiske retningslinjene skal sykepleie bygge på omsorg, respekt og barmhjertighet for menneskerettigheten. Sykepleieren har et faglig, personlig og etisk ansvar for deres egne handling og vurderinger når det gjelder utøvelsen av sykepleie, samt at de skal sette seg inn i lovverket som regulerer tjenesten din utfører (Sneltvedt, 2016).

2.5 Etikk

Autonomiprinsippet står sentralt i veiledningen til pasienter som har gjennomgått radikal prostatektomi. Autonomiprinsippet handler om at sykepleieren har plikt til å respektere autonome personer sine beslutninger. Pasienten sin rett til å bli informert og å kunne velge selv står sentralt for at sykepleieren skal kunne ivareta pasientens autonomi. Det er viktig at sykepleieren er oppmerksom på forholdet mellom integritet, autonomi og sårbarhet hos pasienten. Målet er at pasienten får nok informasjon til å kunne ta egne beslutninger, slik at sykepleieren unngår å krenke integriteten til pasienten (Brinchmann, 2016).

3 Metode

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for hvilken metode jeg har brukt for å samle inn data (Dalland, 2017). Metode handler om å legge frem hvordan jeg har samlet informasjon og kunnskap for å kunne belyse problemstillingen (Thidemann, 2017). Jeg vil gjennom en tabell vise hvordan jeg har kommet frem til de forskingsartiklene jeg har valgt, samt hvilke søkeord og databaser jeg har brukt. Avslutningsvis kommer kildekritikk.

3.1 Valg av metode og begrunnelse

Denne oppgaven er en litterær oppgave, hvor jeg har valgt å bruke relevant faglitteratur og forskingsartikler for å belyse problemstillingen. Hovedvekten på en litterær oppgave er skriftlige kilder og at innholdet er basert på en kunnskap som allerede eksisterer. Jeg har tatt i bruk kunnskap som allerede er eksisterende, som jeg har hentet fra bøker og databaser. Fordi litteraturen ikke alltid inneholder den nyeste forskingen er det ofte nødvendig å ta i bruk fag- og forskingsartikler for å kunne svare på problemstillingen (Dalland, 2017).

3.2 Litteratursøk og søkehistorikk

Jeg har gjennom Lovisenberg Diakonale Høgskole sitt bibliotek hentet pensumlitteratur, samt annen relevant faglitteratur. Pensumlitteraturen jeg har benyttet har dekket temaer som sykdomslære, etikk, lovverk og kommunikasjon. På grunn av at pensumlitteraturen dekker lite av temaet seksualitet har jeg valgt å bruke annen faglitteratur som jeg anser som relevant for denne oppgaven. Jeg har vært nøye med å bruke de siste utgavene av bøkene jeg har benyttet meg av for å få den nyeste oppdateringen.

Under søkeprosessen etter forskingsartikler har jeg benyttet meg av databaser som er godkjent av Lovisenberg Diakonale Høgskole. Ved hjelp av IMRAD-strukturen sikret jeg at de artiklene jeg fant, var forskningsartikler. Jeg har benyttet meg av databaser som Cinahl, Medline, Google Scholar og PubMed. Jeg har hovedsakelig brukt Cinahl og Pubmed, da det er i disse databasene jeg har fått de beste treffene. På alle søkene har jeg valgt å avgrense til årstallene 2009-2019, for å sikre at de forskingsartiklene jeg finner er av nyere og oppdatert forskning, samt for å forholde meg til rammene for bachelorskriving. Jeg har også begrenset søket mitt til engelsk-, norsk-, dansk- og svenskspråklige tekster, for å hindre at jeg finner artikler på språk jeg ikke evner å forstå. Ettersom jeg er relativt ny på søking, kan det hende at det finnes bedre forskingsartikler for å belyse problemstillingen enn de jeg har funnet.

Søke nummer	Database	Søkeord	Dato hentet	Antall treff	Lest abstrakt	Artikkel inkludert
1	Pubmed	Registered nurses; sexuality; reflections; nursing care	05.12.18	16	1	“Registered nurses’ reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears”
2	Cinahl	Prostatectomy AND patients education AND prostatic neoplasms	11.01.19	39	2	“Life after prostate cancer treatment: a mixed methods study of the experiences of men with sexual dysfunction and their partners”
3	Cinahl	Life experiences AND prostatectomy AND prostatic neoplasms	04.02.19	7	1	“Men’s experiences of radical prostatectomy as treatment for prostate cancer”
4	Pubmed	Sexuality education; cancer patients; support; cancer nursing	10.01.19	116	3	“Patient’s sexuality – A neglected area of cancer nursing?”

Når det kommer til hvilke forskningsartikler jeg har valgt å bruke, gjorde jeg søkene som vist ovenfor og leste overskriften på de treffene jeg fikk opp. Deretter leste jeg abstraktene på de jeg mente var relevante for å belyse problemstillingen. Noen søk ga meg få treff, som gjorde at jeg ikke trengte lese mer enn én abstrakt. Andre søk ga meg flere treff, som gjorde at jeg måtte lese flere abstrakter. Etter å ha lest abstraktene kom jeg frem til den artikkel jeg mente var den som passet best til å besvare problemstillingen.

Jeg har i denne oppgaven valgt å kun bruke kvalitativ forskning. Områdene jeg ønsket forskning på var blant annet; hvilke holdninger sykepleiere har i forhold til det å snakke om seksuelle utfordringer, hvilke problemer pasienten står ovenfor knyttet til seksualitet og hvilke behov pasienter har når det gjelder informasjon om senskader. Kvalitativ metode handler om å finne ut av meninger, opplevelser, erfaring, tanker, forventninger, motiver og holdninger pasienten har (Thidemann, 2015). Det kjennetegnes ved intervju som ikke har faste svaralternativet og er mer preget av fleksibilitet (Dalland, 2017). Jeg anser kvalitativ metode som mest relevant for min oppgave da det gir et mer bredspektret svar og intervjuene er mer preget av at intervjuobjektet kan uttrykke med egne ord hva han eller hun mener.

Jeg har i denne oppgaven valgt å benytte meg av flere enn de fire forskningsartikkelen som er presentert i søket, for å belyse problemstillingen enda bedre. Dette har jeg gjort gjennom manuelt søkt. Manuelt søk vil si å finne artikler ved å se gjennom referanselisten til annen utgitt litteratur (Thidemann, 2015). Jeg har gjennom å lese relevante artikler og faglitteratur, funnet gode forskningsartikler jeg har søkt opp via PubMed og Oria.

3.3 Kildekritikk

Kildekritikk handler om vurderingen og karakteriseringen av den litteraturen jeg har funnet. Man må også kunne redegjøre for hvilke kriterier man har benyttet under utvelgelsen.

Kildekritikk utøves for å kunne vise at det er blitt gjort en vurdering av litteraturen jeg har valgt å anvende i denne oppgaven (Dalland & Trygstad, 2017). Jeg har tilstrebet å anvende primærkilder så langt det er mulig, for å unngå andre sine feiltolkninger eller unøyaktigheter. Forskingslitteraturen jeg har funnet er utgitt på engelsk og jeg har selv oversatt de, det kan derfor ha oppstått egne tolkninger. Jeg har valgt å benytte meg av versjonen til Bjørg Christiansen (2013) når det gjelder den didaktiske relasjonsmodellen. Den ble for første gang utformet av Bjarne Bjørndal og Sigmund Liberg i 1978, men den kanskje mest kjente versjonen ble utformet av Hilde Hiim og Else Hippe i 2006, den er også videreført av flere i ettertid. Versjonen til Christiansen fra 2013 har en justering som ivaretar et mer tydeligere helseveiledningsfokus, noe som er svært relevant i denne oppgaven.

Forskningsartiklene jeg har valgt har et lavt antall deltakere, alt fra 10 til 27 personer. Dette kan være en svakhet ved at funnene ikke kan gjelde generelt for alle som har gjennomgått radikal prostatektomi. Forskingen jeg har funnet er fra USA, Irland og Sverige. Optimalt skulle studiene vært gjennomført i Norge, fordi helsevesenet ofte er ulikt organisert i andre land. Likevel anser jeg disse landene som noe like i forhold til det norske systemet og mener at forskningen er relevant da menn sine utfordringer knyttet til seksualitet etter gjennomgått radikal prostatektomi ikke er avhengig av etnisitet. Forskningsartiklene som er inkludert i oppgaven er undersøkelser gjort på forskjellige tidspunkter etter gjennomgått radikal prostatektomi. Noen undersøkelser ble gjort 14 måneder etter kirurgi, mens andre er gjort ett til fem år etter. Selv om oppgaven min retter seg mot seks måneder etter gjennomført radikal prostatektomi, anses disse artiklene som relevante for oppgaven. I noen av forskningsartiklene som blir benyttet, refererer forfatterne til helsepersonell og ikke sykepleier. Helsepersonell innebærer et bredt spekter av forskjellige yrkesgrupper, herunder også sykepleier. Fordi

oppgaven min i hovedsak handler om sykepleieren sin veiledende og undervisende funksjon, velger jeg å henvise til sykepleier og ikke helsepersonell i drøftingsdelen.

3.4 Etske overveielser

I prosessen av denne bacheloroppgaven er det blitt gjort etiske overveielser underveis. Jeg har brukt mal for bacheloroppgave, som jeg har tilgang til via Lovisenberg Diakonal høgskole sin nettside. Jeg har også fulgt skolen sine retningslinjer når det kommer til oppgaveskriving. Jeg har kreditert forfatterne ved tydelig kildehenvisning etter APA 6th. Ved eksempler og erfaringer fra praksis har jeg overholdt taushetsplikten ved å anonymisere gitte opplysninger jamfør helsepersonelloven § 21 (1999), krav om taushetsplikt.

4 Presentasjon av forskingsresultater

Under vil jeg kort presentere forskingsartiklene i en artikkelmatrise, som er relevant forskning jeg har funnet for å belyse problemstillingen for denne oppgaven.

Nr	Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	Saunamäki, N., & Engstöm M. (2014)	“Registered nurses’ reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears”	Journal of Clinical Nursing	Finne ut hvordan sykepleiere reflekterer det å snakke om seksualitet med pasienter.	Kvalitativ metode: individuelle intervjuer av 10 sykepleiere fra 3 forskjellige sykehus i Sverige.	Noen sykepleiere ser på det som en stor utfordring å skulle snakke om seksualitet med pasientene. Flere sykepleiere så den positive siden med å snakke om det, men vegret seg likevel å ta opp temaet. Bedre rutiner kunne blant annet gjøre det lettere.
2	Albaugh, J. A., Sufrin, N., Lapin, B. R., Petkewicz, J., & Tenfelde, S. (2017)	“Life after prostate cancer treatment: a mixed methods study of the experiences of men with sexual dysfunction and their partners”	BioMed Central Urology	Undersøke erfaringene fra menn med seksuell dysfunksjon og partneren deres etter prostatakreft-behandling.	En kvalitativ studie hvor de har brukt en blandet metode-utforming. 27 menn ble intervjuet individuelt.	Felles for alle mennene som var inkludert i studien var at de var misfornøyde med informasjonen de fikk og mente den ikke var tilstrekkelig. De færreste følte seg klare for den nye hverdagen som var i vente. Det ble påpekt flere faktorer de mente kunne være en hjelpende hånd.
3	Walsh, E. & Hegarty, J. (2010)	“Men’s experiences of radical prostatectomy as treatment for prostate cancer”	European Journal of Oncology Nursing	Hensikten var å se på menn sine erfaringer gjennom prostatekreft-behandlingsreisen. Fra diagnosen ble stilt, til etter operasjon.	Kvalitativ metode: individuelle intervjuer av 8 menn. De ble intervjuet enten hjemme eller på kontoret til en kreft-organisasjon.	Mennene identifiserte en rekke temaer relatert til deres prostatekreftdiagnose, etterfølgende operasjon og livet etter operasjon. Støtte, normalisering og betydning av informasjon var noe av hovedtemaene.
4	Olsson, C., Berglund A-L., Larsson, M. & Athlin, E. (2012)	“Patient’s sexuality – A neglected area of cancer nursing?”	European Journal of Oncology nursing	Hensikten var å beskrive sykepleiers oppfatninger av dialoger om seksualitet med kreftpasienter.	Kvalitativ metode: individuelle intervjuer av 10 sykepleiere fra ulike avdelingen ved et sykehus i Sverige.	Funnene ble presentert i 3 hovedgrupper. 1) sykepleierens holdninger, kunnskap og ferdigheter påvirker. 2) pasientens seksuelle problemer er grunnlaget for dialoger. 3) miljøet på avdelingen har stor innvirkning.

5 Drøfting

Drøftingsprosessen handler om å tolke, analysere og vurdere funnene. Ofte kan det være relevant å gi en beskrivelse av materialet på nytt og se etter flere perspektiver. Når det gjøres en vurdering av materialet, gjøres det for å se på både de muligheter og begrensninger som finnes for å belyse problemstillingen (Dalland, 2017).

I dette kapittelet drøftes teori og funn fra forskning opp mot den valgte problemstillingen:

«Hvordan kan sykepleier veilede menn om utfordringer knyttet til seksualitet etter gjennomgått radikal prostatektomi?»

5.1 Kartlegging av behovet til pasienten knyttet til seksualitet

Når en pasient får vite at han har kreft er det mange tanker, følelser og reaksjoner som går gjennom kroppen. Å oppleve en psykisk reaksjon er helt naturlig for denne pasientgruppen. Disse reaksjonene kan sammenliknes med en traumatisk krise, som beskrives som noe som kommer akutt og uventet, og med en uvanlig intensitet og styrke. En forutsetning for at sykepleieren skal kunne informere og veilede pasienten om seksuelle utfordringer knyttet til radikal prostatektomi, er at de har kunnskap og forståelse om de psykologiske reaksjonene og fysiologiske forandringene som kan oppstå (Reitan, 2017). Selvbildet er viktig for seksualiteten og pasienter som behandles eller er blitt behandlet for kreft, kan ofte ha et endret selvbilde. En sentral oppgave for sykepleieren her vil være å hjelpe pasienten til å akseptere og forstå de endringene i kroppsbildet som oppstår etter kreft og kreftbehandling, her er det fokus på de fysiske utfordringene, som ED og inkontinens (Schjølberg, 2017). De aller fleste menn som gjennomgår behandling for kreft i kjønnsorganene ønsker informasjon om hvordan sykdom og behandling kan påvirke seksualfunksjonen. Derfor innebærer en av sykepleieoppgavene å informere og veilede pasienten om seksualitet og fysiske endringer som følge av behandlingen. Samtidig må sykepleieren godta at enkelte pasienter ikke ønsker en slik informasjon, og at i noen tilfeller ønsker pasienten begrenset informasjon knyttet til sykdom og behandling (Gjessing, 2017).

En forutsetning for at sykepleieren skal kunne veilede og undervise pasienten er å kartlegge hvilket behov pasienten har når det gjelder utfordringer knyttet til seksualitet etter gjennomgått radikal prostatektomi, for å danne et grunnlag for samtalen. Pasienten er ekspert på sin egen kropp, og vet hvilke behov han har (Christiansen, 2013a; Gjessing, 2017).

Hvordan pasienten sitt forhold til seksualitet var før operasjon, kan ha en innvirkning på

hvordan pasienten håndterer de seksuelle problemene, som ED og inkontinens, etter gjennomført operasjon. Derfor er det viktig at sykepleieren i forkant av operasjonen kartlegger hvordan seksualiteten til pasienten er, noe som kan gi et grunnlag for informasjonsutveksling i den polikliniske fasen. Fordi kartlegging før operasjon er viktig, vil det være relevant at pasienten blir informert om muligheten for ED og inkontinens også før operasjonen (Gjessing, 2017). I studien til Albaugh, Sufrin, Lapin, Petkewicz og Tenfelde (2017) sier mennene at de ønsker noe informasjon før operasjonen, slik at de har en viss ide om hva som er i vente etter å ha gjennomført radikal prostatektomi. Dette samsvarer også med studien til Walsh og Hegarty (2010) hvor en av mennene understreker den positive betydningen det har med å bli tilstrekkelig informert preoperativt om hvilke senskader som kan oppstå.

Dagens pasienter har ofte oppdatert seg på kunnskap om sykdommen og bivirkningene som følger, via internett. Dette kan for noen være nyttig og det kan gi en beroligende effekt, men informasjonen de finner på internett er ikke nødvendigvis alltid riktig (Gjessing, 2017). Dette samsvarer med studien til Walsh og Hegarty (2010) om at flere brukte internett som kilde til informasjon og for noen hadde det en positiv effekt ved at de ble mer trygge med hva de kunne forvente. For andre hadde det en negativ påvirkning med at de var usikre på om informasjonen fra sykepleieren var riktig, da de kunne ha lest noe annet på internett (Walsh & Hegarty, 2010). Derfor kan det være en fordel å spørre pasienten hvilken informasjon han har og hva han vet, så kan sykepleieren og pasienten sammen jobbe ut i fra det.

Det første sykepleieren bør gjøre er å invitere til samtale og la pasienten fortelle med egne ord hvilke tanker han har. Sykepleieren bør informere pasienten at det er normalt å oppleve ED og inkontinens etter gjennomgått radikal prostatektomi, samt at noen vil føle seg mindre attraktive og ha nedsatt seksuell lyst (Gjessing, 2017). I studien til Walsh og Hegarty (2010) kommer det frem at behovet for å vite hva som er normalt og ikke normalt var stort. Her kan vi trekke inn punktet permission (P) i PLISSIT-modellen, som handler om nettopp dette, og åpne opp for samtale, samt gi pasienten tillatelse til å sette ord på sine tanker rundt seksualitet og seksuelle utfordringer (Almås og Benestad, 2017). Sykepleieren har i denne sammenhengen en rolle som innebærer å være aksepterende og lyttende ovenfor pasienten (Borg, 2017). I studien til Walsh og Hegarty (2010) blir det understreket hvor viktig mennene synes det er å bli hørt på av helsepersonell. Det å bli lyttet til og bare det at sykepleieren var tilstede ble trukket frem som betydningsfullt. Flere pasienter synes det var vanskelig å selv ta

initiativ til å snakke om utfordringer knyttet til seksualitet etter gjennomgått radikal prostatektomi. De hadde derfor et ønske om at helsepersonellet skulle invitere til samtale om seksuelle problemer, samt ha den ledende rollen (Walsh & Hegarty, 2010).

Det er ikke alltid slik at pasienten våger å stille spørsmål om utfordringer knyttet til seksualitet. Derfor kan en løsning være at sykepleieren i begynnelsen gir generell informasjon om hvordan seksualiteten kan påvirkes etter gjennomgått radikal prostatektomi. Sykepleieren bør informere om at det er normalt at seksualfunksjon og selvbildet blir påvirket etter å ha gjennomgått en slik operasjon (Gjessing, 2017). Dette legger til rette for at pasienten kan stille spørsmål vedrørende seksualitet (Aars, 2011). Her kan vi trekke inn punktet *limited information (LI)* fra *PLISSIT*-modellen, som handler om å gi pasienten begrenset informasjon, men tilstrekkelig nok til å ta egne valg. Dette ses også gjennom punkt 2.4 i yrkesetiske retningslinjer som handler om at sykepleieren skal gi tilstrekkelig og tilpasset informasjon, slik at pasienten kan ta selvstendige avgjørelser (Sneltvedt, 2016).

Aldersgruppen for denne oppgave er som tidligere nevnt 50-75 år (Kreftforeningen, 2018b). I studien gjort av Saunamäki og Engström (2014) påpekte flere sykepleiere at de trodde eldre pasienter ikke lengre hadde et sexliv og mente de ikke trengte slik informasjon. Dette samsvarer også med studien til Olsson, Berglund, Larsson & Athlin (2012), hvor sykepleierne mente at seksuelle problemer var et tabubelagt tema hos de eldre. Almås og Benestad (2017) skriver imidlertid at selv om pasienten er eldre, er det viktig at sykepleieren husker på at det ikke nødvendigvis betyr at han ikke verdsetter seksualiteten og ikke trenger veiledning rundt temaet. Dette vises også gjennom flere studier som er inkludert i denne oppgaven, som omhandler menn sine erfaring, hvor aldersspennet er fra 51-84 år. Samtlige forteller at de fremdeles er seksuelt aktive og at de har et stort behov for veiledning og undervisning, når det gjelder hvordan takle en ny hverdag med ED og inkontinens. De vil fremdeles ha muligheten til å være intime med partneren sin (Albaugh et al., 2017; Metha et al., 2019; Walsh & Hegarty, 2010).

5.2 Pasient og pårørendes forutsetninger

Felles for pasientene i denne oppgaven er at alle har gjennomført radikal prostatektomi. Likevel må sykepleieren huske på at ikke alle deler samme erfaringer og har samme reaksjon på det å vende seg til den nye hverdagen med ED og inkontinens (Gjessing, 2017). I denne aldersgruppen vil mange ha etablert et fast forhold, men likevel kan ikke sykepleieren ta for

gitt at alle har en partner, da noen av ulike grunner lever uten en partner store deler av livet (Gamnes, 2011). I studien til Laursen (2017) kommer det frem et eksempel hvor en av informantene forteller at han før operasjonen ikke var i et forhold og etter operasjonen hadde han problem med å innlede et nytt forhold. Grunnen var tap av maskulinitet og lavt selvbilde som følge av utfordringer knyttet til seksualitet etter gjennomgått radikal prostatektomi (Laursen, 2017). I flere andre studier oppgir flere pasienter at støtte fra partneren sin har stor betydning for hvordan de takler de seksuelle utfordringene (Albaugh et al., 2017; Walsh & Hegarty, 2010; Mehta et al., 2019; Ervik, 2012).

Det er ikke nødvendigvis slik at alle menn ønsker å snakke om seksuelle problemer og det må sykepleiere respektere (Gjessing, 2017). Dette støttes opp i studien til Walsh og Hegarty (2010) hvor noen av mennene sa de ikke ønsket å snakke med sykepleieren om temaet, men heller snakke om det med partneren sin. Likevel skal alle på like linje få tilbudet om å snakke om problemer relatert til ED og inkontinens (Gjessing, 2017). I noen tilfeller kan menn synes det er vanskelig å kommunisere med kvinnelige sykepleiere om seksuelle problemer. I andre tilfeller synes noen det er lettere å snakke med kvinnelige sykepleiere enn mannlige sykepleiere (Walsh & Hegarty, 2010). Dette er noe sykepleieren må ta i betraktning og i tilfeller hvor det er ønske om en mannlig sykepleier, må det etterstrebtes å oppfylle dette ønsket, eller motsatt. Når det kommer til ereksjonsproblemer er det for mange et veldig sårbart tema å snakke om, sykepleieren må derfor behandle det med respekt og varsomhet ovenfor pasienten (Gjessing, 2017).

Det å skulle innlede et nytt forhold eller opprettholde et allerede eksisterende, samt å dyrke seksualiteten, kan være vanskelig for alle, men det kan være spesielt vanskelig når en av partene rammes av sykdom (Gamnes, 2011). Flere menn påpeker at å oppleve ED og inkontinens, gjør at de føler de mister maskuliniteten sin, noe som er med på å påvirke selvbildet deres. Flere så ikke lengre på seg selv om «ekte menn» når de fikk problemer med ED og inkontinens (Laursen, 2017). I studien til Wennick, Jönsson, Bratt og Stenzelius (2017) forteller noen av mennene at etter å ha mistet evnen til å få ereksjon, som følge av radikal prostatektomi, avsluttet de forholdet til sin partner. De klarte ikke lengre være i et forhold hvor de ikke kunne tilfredsstille partneren sin. De påpeker også hvor vanskelig det var å innlede et nytt forhold, da ED og inkontinens hindret de, samt at de trodde en ny partner ikke ønsket å ha et forhold til noen som hadde disse problemene (Wennick et al., 2017). Her har sykepleieren en viktig rolle ved å hjelpe pasienten til å forstå og akseptere at etter å ha

gjennomgått radikal prostatektomi endrer kroppen seg, som kan føre til at selvbildet også vil forandre seg (Gjessing, 2017)

En partner vil være en viktig del av pasientens seksualitet og har pasienten en partner kan det være gunstig å inkludere han eller henne (Gamnes, 2011). Det har vist seg at partner kan være den beste kilde til støtte for pasienten, gjennom sykdomsforløpet (Ervik, 2012). Dette trekkes også frem i studien til Mehta et al. (2019) hvor mennene hadde et sterkt ønske om at partneren ble inkludert i veiledningen og undervisningen. De uttrykte positive tilbakemeldinger når de opplevde at legen eller sykepleieren tok med partneren i undervisningen. Det kommer også frem at partneren fra sin side hadde et sterkt behov for å delta i veiledningen og undervisningen. En partner sa at hun opplevde mannen snakket mer med sykepleieren om ED og inkontinens, enn han gjorde med henne. Hun mente at de måtte ha en felles forståelse av hva mannen gjennomgikk for å kunne håndtere problemene sammen. ED og inkontinens påvirket også partneren i stor grad og ved å samarbeide kunne de finne en ny løsning på hvordan de kunne være intime sammen (Mehta et al., 2019). Derimot kommer det frem i studien til Walsh og Hegarty (2010) at noen pasienter ønsket å skjerme partneren sin fra sine seksuelle problemer. Noen mente at partneren hadde nok av andre problemer å håndtere og noen ønsket ikke en gang fortelle partneren sin hvilke utfordringer han sto ovenfor (Walsh & Hegarty, 2010). Dette kan tyde på at sykepleieren bør inkludere partneren i noen av samtalene, men det kan også være gunstig at sykepleieren og partneren har samtaler alene, slik at pasienten kan ta opp de problemene de mener partneren må skjermes fra.

5.3 Kontekst for veiledning

Når det kommer til kontekst og situasjon er det viktig at sykepleieren tenker på hvilken arena som er mest optimal for å oppnå størst læring (Christiansen, 2013a). Som tidligere nevnt vil sykepleieren i denne oppgaven møte pasienten på en urologisk poliklinikk. På grunn av at det ofte er kort liggetid på sykehus, kan poliklinikk kompensere for dette og det kan være en god arena for undervisning og veiledning (Kristoffersen, 2016). Dette bekreftes også gjennom en studie som viser at flere sykepleiere mente korte perioder på sykehuset var et hinder for å kunne snakke om seksualitet og mente at poliklinikk var en bedre arena (Olsson et al., 2012). For å fremme læring er det flere aspekter som må tas i betraktning. Unngå unødvendige forstyrrelser som lyd, ro i situasjon og unngå at omgivelsene rundt krever oppmerksomhet, er ting sykepleieren bør være oppmerksom på (Tveiten, 2008). Studien til Olsson et al. (2012)

påpeker at sykepleierne som turte å snakke om seksualitet med pasienten, understrekte hvor viktig de mente det var å møte pasienten ved flere anledningen etter gjennomgått behandling. Det kan være aktuelt å tilstrebe at pasienten møter samme sykepleier hver gang han kommer til poliklinikken for samtale. Det kan føre til at pasienten og sykepleieren får en bedre relasjon og et tettere samarbeid, noe som igjen kan føre til at pasienten tør å åpne seg for sykepleieren om problemer relatert til ED og inkontinens. Sykepleieren kan lettere hjelpe pasienten når hun vet konkret hvilke problemer pasienten står har. Sykepleieren bør også huske på at hvilken tid på døgnet pasienten er mest mottakelig for informasjon kan var individuelt, og sykepleieren må derfor tilpasse tidspunktet for den polikliniske timen etter det (Christiansen, 2013a).

At møtet mellom sykepleier og pasient skal skje på en poliklinisk avdeling har flere fordeler. Ofte ser vi at pasienter på sykehuset ligger på dobbeltrom og dette er med på å skape forstyrrelser i en eventuell samtale, samt at pasienten kan synes det er ubehagelig og være tilbakeholdende dersom han vet at andre kan høre hva som blir snakket om. Ikke bare kan det føles ubehagelig, men det er også i strid med loven om taushetsplikt, som handler om at andre ikke skal få tilgang til visse opplysninger og informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-6). Dette påpekes også gjennom studien til Olsson et al. (2012) hvor sykepleierne mener at mangel på et rom uten forstyrrelser er med på å gjøre at sykepleierne ikke tar opp temaet. Dette støttes også gjennom forskning gjort av Saunamäki & Engström (2014), samt forskning gjort av Sauamäki et al. (2010). På en poliklinikk kan sykepleieren booke et rom på forhånd, noe som gjør at man sjeldnere vil bli avbrutt av pasienter eller andre sykepleiere som går inn og ut av rommet. Når pasienten kommer til poliklinikken kan han ha fått tid til å tenke over spørsmål han lurer på i forkant, noe som kan være med å gjøre det lettere for pasienten å snakke om temaet. På et enerom kan man for eksempel ha plakater som omhandler temaet hengende på veggen, som kan være en inngangsport for å snakke om utfordringer knyttet til seksualitet etter gjennomgått radikal prostatektomi. I noen tilfeller hvor det er snakk om mindre problemer knyttet til seksualitet, kan det løses gjennom korte samtaler, for eksempel postoperativt. Ved større og mer komplekse problemer krever det en lengre samtale, for eksempel på en poliklinikk (Almås og Benestad, 2017). Postoperativt er ofte samtalen om utfordringer knyttet til seksualitet dårlig planlagt og oppfattes gjerne litt tilfeldig. Dårlig tid er også et viktig aspekt, samt at det er lett å bli avbrutt av andre (Tveiten, 2008). Dette er i tråd med funnene i flere studier, som blant annet tar opp faktorer som mangel på tid, dårlige rutiner og uegnede omgivelser, som grunner for å ikke snakke om seksualitet (Saunamäki et al., 2010; Olsson et al., 2012; Saunamäki & Engström, 2014).

5.4 Tilrettelegging, metodikk og endringsarbeid

I starten av sykdomsforløpet vil pasienten ha en samtale med en urolog, som vil informere om forskjellige behandlingsformer og hvilke mulige komplikasjoner pasienten står ovenfor. I første omgang handler det for pasienten om å overleve kreften, mer enn hvilke senskader som kan oppstå (Gjessing, 2018). En studie viser at mennene ønsket repetisjon av informasjonen før, under og etter behandlingen, på grunn av utfordringer når det gjelder evnene til å lære og huske ting umiddelbart etter behandlingen. Det ble også påpekt at informasjonen de fikk i starten av behandlingen som handlet om seksuelle utfordringer ikke var tilstrekkelig nok til å kunne mestre de komplikasjonene som oppstår etter gjennomgått radikal prostatektomi (Albaugh, Sufrin, Lapin, Petkewicz & Tenfelde, 2017). Fordi sykepleieren møter pasienten flere ganger enn legen etter operasjonen, vil sykepleieren ha en viktig rolle med å repetere informasjonen som ble gitt av urologen på et tidligere tidspunkt. Ved å repetere informasjonen som er gitt, kan det gi en positiv effekt for pasienten i etterkant, fordi pasienten er gjerne mer forberedt på de utfordringene som kan komme, når de først kommer. Forskning understreker også den positive betydningen av å repetere informasjonen gjentatte ganger (Walsh & Hegarty, 2010). Å få mye informasjon på en gang kan være både skremmende og overveldende for pasienten. Temaet seksualitet kan for mange virke skremmende. Informasjonen som sykepleieren gir, må gis både skriftlig og muntlig for å oppnå best læring hos pasienten. For pasienten er det ikke alltid lett å huske all informasjonen som blir gitt på tidspunktet. Et viktig element kan da være bruk av brosjyrer. Da kan pasienten repetere når han kommer hjem og kan bruke lengre tid på å ta innover seg informasjonen (Christiansen, 2013a). I studien til Walsh og Hegarty (2010) kommer det frem at brosjyrer fra for eksempel kreftforeningen med informasjon og forslag til nettsider pasienten kan hente informasjon på, anses som svært nyttig for å ha muligheten til å repetere og ta ting i sitt eget tempo. Fordi konteksten for oppgaven befinner seg på en urologisk poliklinikk, har sykepleieren og pasienten ikke all verdens tid til rådighet. Ved å repetere informasjon og ved å stille pasienten kontrollspørsmål ved hver poliklinisktime, sikrer sykepleieren at pasienten har forstått innholdet i undervisningen og veiledningen. Her kommer også viktigheten med brosjyrer inn.

Det å snakke med andre som er eller har vært i samme situasjon kan for mange være svært nyttig. De kan ikke nødvendigvis uttale seg om medisinske spørsmål, men egen erfaringer og opplevelser kan være en hjelpende hånd for en som opplever utfordringer knyttet til seksualitet etter gjennomgått prostatektomi for første gang (Gjessing, 2017). Dette bekrefter Ervik (2012) gjennom sin doktoravhandling, hvor flere av mennene hadde et behov for å

kunne diskutere og sammenligne situasjonen sin med noen som er i samme situasjon. Det blir påpekt i studien til Walsh og Hegarty (2010) at å få støtte fra andre i samme situasjon, kunne hjelpe pasienten til å takle sin egen situasjon på en bedre måte. I studien til Albaugh et al. (2017) forteller også mennene at å snakke med andre som har gjennomgått samme situasjon hadde en stor innvirkning på hvordan de mestret de utfordringene som kan oppstå, da de følte seg mer forberedt. Dette bekreftes også gjennom studien til Mehta et al. (2019) hvor det kommer frem at flere menn synes det var vanskelig å snakke om det hjemme, da ingen hadde samme erfaring, mens det å snakke om det i en gruppe med andre som er under samme eller hadde gjennomgått samme prosess gjorde at de ble mer komfortable. Det ble også påpekt at flere savnet informasjon om hvor en slik gruppe var tilgjengelig, noen var ikke klar over at det eksisterte, mens andre hadde hørt om det, men viste ikke hvor de kunne henvende seg for å bli med i en støttegruppe (Walsh & Hegarty, 2010). Det er derfor viktig at sykepleieren komme med forslag til forskjellige gruppesamtaler som er tilgjengelig for pasienten.

For noen pasienter kan bruk av hjelpemidler relatert til seksualiteten være viktige momenter. Kanskje kan det gjøre hverdagen litt enklere når det kommer til ED og inkontinens. Trinn tre i PLISSIT-modellen, *spesifikke forslag*, handler blant annet om å gi pasienten informasjon eventuelle hjelpemidler (Borg, 2017). Sykepleieren bør informere pasienten om at det finnes ereksjonsfremmende legemidler, samt at bruk av penispumpe kan være ideelt (Gjessing, 2017). Dette samsvarer med studien til Walsh og Hegarty (2010) hvor mennene ønsker informasjon om eventuelle hjelpemidler de kan bruke. De trenger informasjon om hvilke hjelpemidler som er tilgjengelige, hvordan man kan få tak i de og hvordan man skal anvende hjelpemidlet (Walsh & Hegarty, 2010). Noen ganger krever utfordringene pasienten står ovenfor mer spesialisert hjelp. Trinn fire i PLISSIT-modellen handler om å gi *spesialisert og intensiv behandling*. Dette krever at sykepleieren har kunnskap om hvilke tverrfaglige samarbeid som finnes og kan henvise pasienten videre til noen med bredere spesialkompetanse (Almås & Benestad, 2017; Borg, 2017). Dette er også lovfestet gjennom helsepersonelloven § 4 (1999) som sier at sykepleieren skal henvise pasienten videre hvis det går utover den faglige kompetansen til sykepleieren.

5.5 Mål, innhold og vurdering av veiledningen

For at sykepleieren skal sikre at målene for undervisningen og veiledningen er forstått av begge parter, er åpen dialog mellom sykepleier og pasient alfa omega. Å la pasienten få lov til å være med å bestemme hvilke mål, ønsker, behov og verdier, kan være med på å styrke

pasientens ansvarlighet, motivasjon og bevissthet på læringen (Christiansen, 2013a). Dette reguleres også gjennom § 3-1 i pasient- og brukerrettighetsloven (1999), som sier at pasienten har rett til medbestemmelse. Pasienten skal ha en medvirkning i hvilken informasjon som skal gis og mottas (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Det er viktig at det blir satt mål som er oppnåelige, samt at det blir satt kortsiktige mål, for å gjøre at de langsiktige målene ikke føles uoppnåelige. Samtidig er det viktig å huske på at selv om målene er satt, må både sykepleieren og pasienten være fleksible og villig til å endre målene underveis i prosessen når man ser det er nødvendig (Christiansen, 2013a).

Når det kommer til innholdet i undervisningen er det viktig at sykepleieren og pasienten sammen planlegger dette (Christiansen, 2013a). Saunamäki og Engström (2014) beskriver hvor viktig det er å behandle temaet seksualitet som en naturlig del, på lik linje med blant annet ernæring og eliminasjon. Det blir også beskrevet at informasjon om seksualitet til pasient og pårørende etter radikal prostatektomi bør være en naturlig oppgave og at det er sykepleierens oppgave å ta opp temaet, da pasienten selv sjeldent tar initiativ til å ta opp temaet (Saunamäki & Engström, 2014). På den ene siden er standard rutiner for å ta opp temaet seksualitet en positiv ting, da det kan føre til at flere sykepleiere snakker om temaet (Gamnes, 2011). Dette trekkes også frem i flere forskinger hvor sykepleierne sier at hadde det vært rutiner på avdelingen for å snakke om seksualitet, hadde det følt som en mer naturlig del å snakke om. Igjen hadde det ført til at sykepleierne turte å ta opp temaet med pasienten (Saunamäki & Engström, 2014). På en annen side skal sykepleieren tilpasse kommunikasjonen om seksualitet individuelt til pasientene, da alle har forskjellige behov og opplevelser (Gamnes, 2011).

Gjennom hele prosessen vil det være viktig at sykepleieren og pasienten sammen vurderer fortløpende om de kortsiktige og langsiktige målene er oppnådd. Har pasienten klart å mestre sin nye hverdag? Har pasienten fått et bedre selvilde? Er seksualiteten bevart? Det vil ikke være tilstrekkelig nok å vurdere resultatene til slutt, da behovet for veiledning og undervisning kan endre seg underveis i prosessen. Kanskje har pasienten klart å mestre en ting, men det har oppstått et nytt problem. Det vil også være relevant at sykepleieren evaluerer seg selv og sin rolle i denne prosessen. På denne måten kan sykepleieren utvikle sin veiledende- og undervisende funksjon (Christiansen, 2013b).

En annen viktig sykepleieroppgave som er svært relevant her er dokumentasjon. Sykepleieren må i den elektroniske pasientjournalen dokumentere hvilken informasjon, veiledning og undervisning som er blitt gitt til pasienten, samt om pasienten har forståelse for innholdet (Christiansen, 2013b). Dette er også lovfestet gjennom § 3-5 i pasient- og brukerrettighetsloven (1999), som sier at den informasjonen som er gitt til pasienten, skal dokumenteres i pasientens journal. Noen ganger kan pasienten si han ikke har fått informasjon om ED og inkontinens, men går man inn i journalen ser man at det er blitt dokumentert at pasienten har fått informasjon. Dette viser at informasjonen som blir gitt, ikke nødvendigvis alltid blir fanget opp av pasienten (Gjessing, 2017). Her ser vi også viktigheten med å repetere informasjonen for å sikre at pasienten forstår hvilke utfordringer han står ovenfor, samt at det blir stilt kontrollspørsmål.

5.6 Hvorfor er det vanskelig å snakke om seksualitet?

Det er dessverre et problem i helsetjenesten at mange sykepleiere ikke tørr å snakke om temaet seksualitet med pasienter. Det er et vanskelig tema å snakke om, men med riktig kartlegging, kontekst og innhold kan det gjøre arbeidet lettere for sykepleieren. Det er flere grunner til at sykepleiere synes det er utfordrende å snakke om seksuelle utfordringer. I studien til Olsson et al. (2012) blir blant annet usikkerhet rundt hvem som skal si noe, hva som skal sies og hvordan samtalen skal foregå, trukket frem som argumenter. Mangel på tid og privatrom, samt rutiner og støtte fra avdelingen er også faktorer som spiller inn på hvorfor sykepleierne ser på det som en utfordring (Saunamäki & Engström, 2014). Fordi mange sykepleiere opplever temaet som utfordrende unngår de å snakke om seksualitet, noe som kan være med på å styrke fordommene og stigmatiseringen rundt temaet (Borg, 2017). Det er utfordrende for både pasienten og sykepleieren å skulle ta opp temaet. Aars (2011) skriver at selv om mange sykepleiere synes det er vanskelig å ta opp temaet seksualitet, skal det likevel ikke brukes som en unnskyldning for å la være å nevne eller ta opp temaet med pasienten. Studien til Albaugh et al. (2017) viser på en side at mennene var misfornøyde med informasjonen som ble gitt. De følte de ikke fikk tilstrekkelig informasjon til å kunne håndtere situasjonene med ED og inkontinens. De hadde også et sterkt ønske om at sykepleieren skulle invitere til samtale om temaet (Albaugh et al., 2017). På en annen side påpeker studien gjort av Saunamäki et al. (2010) at sykepleierne var klar over ansvaret de hadde når det gjaldt å ta opp og snakke om temaet seksualitet, men de kvier seg for å ta opp temaet hvis pasienten ikke tydelig yter et ønske om det.

Når sykepleieren skal veilede og undervise pasienten i utfordringer knyttet til seksualitet etter gjennomgått radikal prostatektomi, krever det at sykepleieren har kunnskaper om hvilke fysiske og psykiske utfordringer pasienten står overfor. Det kreves kunnskap for å kunne forstå, men det er vel så viktig med det emosjonelle engasjementet i veiledningen og undervisningen. Det er viktig at sykepleieren er nysgjerrig og åpen, samt at hun har forståelse for at pasienten kan ha andre tanker og uttrykk for seksualitet (Borg, 2017). Det er flere faktorer som gjør at sykepleierne ikke tar opp problemstillingen angående seksualitet. En viktig grunn er at de føler de mangler kunnskap på området (Saunamäki & Engström, 2014; Saunamäki et al., 2010; Olsson et al., 2012). Sykepleierne mente de trengte og hadde et sterkt ønske om undervisning innenfor menneskelig seksualitet. De mente det burde være mer undervisning i grunnutdanningen til sykepleiere, samt at de burde få kontinuerlig undervisning gjennom karrieren. De mente det er behov for både teoretisk og praktisk undervisning, for eksempel i form av rollespill (Saunamäki et al., 2010).

Gjennom pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3-2 har vi sykepleiere en plikt ovenfor pasienten i å gi nødvendig informasjon for at han skal få innsikt i egen helsetilstand. Sykepleieren er også lovpålagt å gi informasjon om mulige bivirkninger og risikoer om behandlingen pasienten gjennomgår. Forskning viser at pasientene mente informasjon om prostatakraftbehandling var betydningsfullt for videre livskvalitet. Mange var misfornøyde da de mente de fikk mangelfull eller unøyaktig informasjon om utfordringer knyttet til seksualiteten etter radikal prostatektomi (Albaugh et al., 2017). Lovverket legger til rette for at sykepleieren skal kunne gi god informasjon til pasienten, men sett i en forskning gjort av Saunamäki et al. (2010) viser den at hele 80% av sykepleierne ikke tok seg tid til å snakke med pasientene om utfordringer knyttet til seksualitet. Dette til tross for at 2/3 av sykepleierne følte seg komfortable med å snakke om temaet og mente det var deres ansvar å oppmuntre til å prate om det (Saunamäki et al., 2010). Gjennom de yrkesetiske retningslinjene og lovverket kan vi se at ansvaret og tilrettelegging av det å snakke om seksualitet, ligger på sykepleiere, men også på arbeidstedet. På en side ser vi gjennom punkt 1.4 i yrkesetiske retningslinjer at sykepleieren har et ansvar for å holde seg oppdatert på utvikling, forskning og dokumentert praksis innenfor eget fagområde, samt at sykepleieren skal bidra til at det anvendes ny kunnskap i praksis (Sneltvedt, 2016). På en annen side sier § 3-10 i spesialisthelsetjenesteloven (1999) at ansvaret også ligger på arbeidstedet. Arbeidstedet skal altså sørge for at sykepleieren får den opplæringen eller videreutdanningen som kreves for å kunne utføre forsvarlig arbeid ovenfor pasienten (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). I dette

tilfellet må sykepleieren få opplæring i hvordan snakke om seksualitet med pasientene, samt må de få tilstrekkelig kunnskap om hvilke senskader pasienten kan stå ovenfor etter å ha gjennomgått en radikal prostatektomi.

6 Avslutning

Gjennom denne oppgaven ønsket jeg å belyse hvordan sykepleieren kan veilede og undervise menn om seksuelle utfordringer som kan oppstå som følge av radikal prostatektomi, med hovedvekt på ED og inkontinens.

Etter å ha gjennomført en radikal prostatektomi står pasienten ovenfor fysiske og psykiske forandringer, men også endret selvbilde og følelsen av å miste maskuliniteten sin. Denne oppgaven har i hovedsak rettet seg mot de fysiske forandringene, som ED og inkontinens. Pasientene har et stort behov for å få tilstrekkelig informasjon om hvilke utfordringer de står ovenfor, samt hvordan håndtere den nye hverdagen de har i møte. Mangel på kunnskap på informasjon kan være med på å skape usikkerhet og utrygghet hos pasientene. Flere studier viser at temaet seksualitet blir oversett av sykepleierne. Dette til tross for at seksualitet blir identifisert som et viktig aspekt når det kommer til pasientomsorgen.

Sykepleieren har flere funksjoner, men i denne oppgaven valgte jeg å fokusere på sykepleierens veiledende og undervisende funksjon. Gjennom lover og yrkesetiske retningslinjer er sykepleieren pliktet til å informere om mulig bivirkninger etter gjennomgått radikal prostatektomi, og står derfor som ansvarlig for å ta opp temaet. Dette setter krav til at sykepleieren er oppdatert på kunnskap, samt har evne til å legge til rette for læring, mestring og utvikling. Sykepleieren skal gjennom sin veiledende funksjon jobbe for å tilrettelegge informasjon og veiledning til pasienten. Dette skal føre til at pasientens følelse av aksept, forståelse, brukermedvirkning og læring styrkes. Kommunikasjon er det viktigste arbeidsredskapet sykepleier har. Gjennom å bruke den didaktiske relasjonsmodellen kan sykepleieren kartlegge, vurdere og tilrettelegge for at pasienten kan mestre utfordringer knyttet til seksualitet. Modellen kan også gjøre arbeidet til sykepleieren lettere. Til tross for at jeg gjennom denne oppgaven har brukt flere forskningsartikler for å belyse temaet, er dette et tema som det trengs å forske enda mer på (Saunamäki et al. 2010; Laursen, 2017).

Referanseliste

- Aars, H. (2011). *Menns seksualitet*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Albaugh, J. A., Sufrin, N., Lapin, B. R., Petkewicz, J., & Tenfeld, S., (2017). Life after prostate cancer treatment: a mixed methods study of the experiences of men with sexual dysfunction and their partners. *BioMed Central Urology*, 17(1).
<https://doi.org/10.1186/s12894-017-0231-5>
- Almås, E., & Benestad, E. E. P. (2017). *Sexologi i praksis*. (3.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Berg, A. S. (2017). Krefte i mannlige kjønnsorganer. I A. M. Reitan, & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient – Utfordring – Handling* (4. Utg., s. 561-574). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Borg, T. (2017). Seksualitet. I A. M. Reitan, & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient – Utfordring – Handling* (4. Utg., s. 120-131). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Brinchmann, B. S. (2016). De fire prinsippers etikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4.utg., s.81-96). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Christiansen, B. (2013a). Didaktiske perspektiver på helseveiledning. I B. Christiansen (Red.), *Helseveiledning* (s. 42-66). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Christiansen, B. (2013b). Tilrettelegging, metodikk og endringsarbeid. I B. Christiansen (Red.), *Helseveiledning* (s. 42-66). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. & Trygstad, H. (2017). Kilder og kildekritikk. I O. Dalland (Red.), *Metode og oppgaveskriving* (6.utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Ervik, B. (2012). *Everyday life after prostate cancer: A qualitative study of men's and spouses' experiences* (Doktoravhandling, University of Tromsø). Hentet fra <https://munin.uit.no/handle/10037/4741>
- Gamnes, S. (2011). Nærhet og seksualitet. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie, bind 3* (2.utg., s.71-102). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Gjessing, R. (2017). Sykepleieutfordringer ved kreft i mannlige kjønnsorganer. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient – Utfordring – Handling* (4. Utg., s. 575-587). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Gjessing, R. (2018). Seksualiteten etter kreften. *Sykepleien*, 106(8), 62-72.
<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.72373>

- Helland, Y. (2015). Seksualitet. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., s. 861-882). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022). Hentet fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf
- Helsedirektoratet. (2016). Pakkeforløp for prostatakreft. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Pakkeforløp%20for%20prostatakreft.pdf>
- Håkonsen, K. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser* (5.utg). Oslo: Gyldendal Akamisk.
- Kreftforeningen. (2018a). Prostatakreft. Hentet 29. November 2018 fra <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/prostatakreft/>
- Kreftforeningen. (2018b). Prostatakreft. Hentet 29. November 2018 fra <https://kreftforeningen.no/blasloyfe/om-prostatakreft/>
- Kreftregisteret. (2018a). Fakta om kreft. Hentet 20. februar 2019 fra <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Fakta-om-kreft/>
- Kreftregisteret. (2018b). Prostatakreft. Hentet 30. November 2018 fra <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Fakta-om-kreft/Prostatakreft/>
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A. & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie?. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1* (3. utg., s. 15-27). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016). Å styrke pasientens ressurser – sykepleierens helsefremmende og pedagogiske funksjon. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3* (3. utg., s. 349-398). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Larsen, S. M. (2017). Sykdommer i mannlige kjønnsorganer. I S. Ørn, J. Mjell, & E. Bach-Gransmo (Red.), *Sykdom og behandling* (1. Utg. s., 455-465). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Laursen, B. S. (2017). Sexuality in men after prostate cancer surgery: a qualitative interview study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(1), 120-127. <https://doi.org/10.1111/scs.12328>

- Mehta, A., Pollack, C. E., Gillespie, T. W., Duby, A., Carter, C., Thelen-Perry, S. & Witmann, D. (2019). What patients and partners want in interventions that support sexual recovery after prostate cancer treatment: an exploratory convergent mixed methods study. *The Journal of Sexual Medicine*, 1-8.
<https://doi.org/10.1016/j.esxm.2019.01.002>
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reina, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert!*. Oslo: Akribes AS.
- Olsson, C., Berglund, A-L, Larsson, M. & Athlin, E. (2012). Patient's sexuality – A neglected area of cancer nursing?. *European Journal of Oncology Nursing*, 16(4), 426-431.
<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2011.10.003>
- Pasient og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Reitan, A. M. (2017). Psykologisk krise og mestringsmuligheter. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient – Utdanning – Handling* (4. Utg., s. 82-103). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Saunamäki, N., Andersson, M., & Engström, M. (2010). Discussing sexuality with patients: nurses' attitudes and beliefs. *Journal of Advanced Nursing*, 66(6), 1308–1316.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05260.x>
- Saunamäki, N., & Engström, M. (2014). Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears. *Journal of Clinical Nursing*, 23(3-4), 531-540. <https://doi.org/10.1111/jocn.12155>
- Schjølberg, T. K. (2013). Sykepleie til pasienter med kreft. I U. Knutstad (Red.), *Utøvelse av klinisk sykepleie: sykepleieboksen 3* (2.utg., s. 104-158). Oslo: Cappelen Damm Akademiske.
- Schjølberg, T. K. (2017). Endret kroppsbilde. I A. M. Reitan, & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient – Utdanning – Handling* (4. Utg., s. 132-143). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Sneltvedt, T. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4. utg., s. 97-110). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten (LOV-1999-07-02-61). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Tandstad, T., & Klepp, O. (2018). Svulster i mannlige genitalia. I E. Schlicting, & E. Wist (Red.), *Kreftsykdommer – en basisbok for helsepersonell* (5. Utg., s. 292-326). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Thidemann, I-J. (2017). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk: pasient- og pårørendeopplæring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Walsh, E. & Hegarty, J. (2010). Men's experiences of radical prostatectomy as treatment for prostate cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 14(2), 125-133.
<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2009.10.003>
- Wennick, A., Jönsson, A-K., Bratt, O. & Stenzelius, K. (2017). Everyday life after radical prostatectomy – A qualitative study of men under 65 years of age. *European Journal of Oncology Nursing*, 30(8), 107-122. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2017.08.008>
- Wyller, V. B. (2014). *Frisk – cellebiologi, anatomi og fysiologi*. (3.utg.). Oslo: Cappelen Damm AS.