



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: Emne 5: Sjukepleiefaglig, forskning og fagutvikling – **Bacheloroppgave**

Emnekode: **SYKHB 3001**

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 22.02.13 kl 14.00

Kandidatnr.: 57

Antall ord: 8583

Sammendrag

Bakgrunn: Årlig får over 4000 norske menn diagnostisert prostatakraft. Og ca. 300 av disse gjennomgår prostatektomi som behandlingsmåte der urininkontinens og potensproblemer er svært vanlige bivirkninger.

Problemstilling: Hvordan bidra til best mulig livskvalitet til pasienter med prostatakraft.

Hensikt: Hensikten med bacheloroppgaven var å tilegne meg kunnskap om hvordan prostatakraft og konsekvensene av behandlingen påvirker livskvaliteten til pasienten. Og videre kunne bruke denne kunnskapen i møte med pasienter.

Metode: Denne oppgaven er en litteraturstudie der jeg har benyttet både kvalitative og kvantitative artikler. I tillegg har jeg brukt pensumlitteratur, annen relevant litteratur og diverse informasjonsmateriell, som jeg har sett på som relevant for oppgaven.

Funn: Livskvaliteten påvirkes i stor grad hos menn som har hatt prostatakraft og gjennomgått prostatektomi. Og de har et økt behov for informasjon, og støtte for å kunne mestre å lære seg og leve med en ny livssituasjon.

Summary

Background: Every year 4000 Norwegian men are diagnosed with prostate cancer. Approximately 300 undergo prostatectomy as treatment for prostate cancer, whereas erectile and urinary dysfunction is common side effects.

Question: How to contribute to the best possible quality of life for patients with prostate cancer.

Purpose: The purpose of this thesis was to acquire knowledge about prostate cancer and how the treatment affects quality of life for the patient. And be able to use this knowledge in my practice as a nurse.

Method: The method was a literature study based on both qualitative and quantitative articles. In addition to that I used other relevant literature and various informational materials that I have seen as relevant to the task.

Findings: The quality of life is affected in men who have had prostate cancer and undergone prostatectomy. And they seem to have a great need for information and support in order to cope and become reconciled with the new life situation.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn	1
1.2 Hensikt.....	1
1.3 Problemstilling	1
1.4 Avgrensning og presisering av problemstilling	2
2.0 Begrepsmessig rammeverk.....	2
2.1 Prostatakraft	2
2.2 Livskvalitet	4
2.3 Sykepleiefaglig perspektiv	6
2.4 Menneske til menneske	6
2.5 Mellommenneskelige erfaringer	7
2.6 Håp og mestring	7
2.6 Kommunikasjon og informasjon.....	8
3. 0 Metode.....	8
3.1 Valg av metode	9
3.2 Etisk og faglig vurdering av kilder	10
3.3 Litteratursøk, valg av litteratur og kildekritikk.....	10
3.3.1 Litteratursøk.....	10
3.3.2 Kildekritikk	11
4.0 Funn.....	11
4.1 Informasjon og undervisning	12
4.2 Støtte og oppmuntring	13
4.3 Mestring og håp	14
5.0 Drøfting	15
5.1 Informasjon og undervisning til pasient og pårørende	16

5.2 Støtte og oppmuntring en viktig sykepleieroppgave.....	19
5.3 Håp og mestring i en ny livssituasjon	21
6.0 Avslutning	24
Litteraturliste:	25
Vedlegg 1: Presentasjon av artikler	29

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn

Kreft i blærehalskjertelen er den vanligste svulstformen blant menn i Norge. Årlig får over 4000 menn denne diagnosen (Kreftregisteret, 2010). Nesten halvparten av tilfellene oppstår blant menn over 74 år, og prostatakreft sies å være en gammelmanns sykdom (Kreftforeningen, 2010). Virkeligheten er at yngre menn rammes stadig oftere (PROFO, 2012). Det foretas 250 – 300 radikale prostatektomier årlig i Norge og urininkontinens og ereksjonssvikt er de hyppigst forekommende bivirkningene etter behandling av prostatakreft (Stene & Angelsen, 2003). Urinlekkasje kan resultere i at mange menn unnlater å gjøre ting som reiser, handleturer, arbeidssituasjoner eller andre sosiale aktiviteter og dette er gjerne også et problem menn ikke snakker høyt om (PROFO, 2012). Erekttil dysfunksjon kan påvirke selvbilde og livskvaliteten i stor grad, både for mannen og partneren deres. Denne pasientgruppen er derfor avhengig av god informasjon preoperativt, så de har mulighet til å forberede seg, på bivirkningene som med stor sannsynlighet vil forekomme som følge av prostatektomien. Sykepleier har derfor en viktig oppgave når det gjelder informasjon til denne pasientgruppen, dette krever god kunnskap om sykdommen, behandlingsmetoder, bivirkningene de forskjellige metodene gir og ikke minst om hjelpemidler som kan minske plagene av bivirkningene.

1.2 Hensikt

Hensikten med bacheloroppgaven er å tilegne meg kunnskap om hvordan prostatakreft og konsekvensene av behandlingen påvirker livskvaliteten til pasienten. Og videre kunne bruke denne kunnskapen i møte med pasienter i praksis som sykepleier.

1.3 Problemstilling

Hvordan bidra til best mulig livskvalitet til pasienter med prostatakreft?

1.4 Avgrensning og presisering av problemstilling

For å avgrense oppgaven vil jeg fokusere på menn som har fått gjennomført prostatektomi. De er dermed ikke blant de eldste, da prostatektomi ikke er et aktuelt inngrep uten at det er minst 10 år forventet levetid hos pasienten (Klepp, 2005). Jeg kommer derfor bare til å konsentrere meg om prostatektomi som behandlingsmåte. Videre vil jeg fokusere på hvordan livskvalitet kan styrkes i forhold til utfordringer denne pasientgruppen møter på.

2.0 Begrepsmessig rammeverk

2.1 Prostatakraft

Prostata er en kjertel som ligger dypt i bekkenhulen, bak symfyse på menn, og den omslutter første del av urinrøret. Den ligger like innenfor endetarmsåpningen og kan lett undersøkes av lege, ved rektaleksplorasjon. I motsetning til andre kjertler krymper ikke prostatakjertelen inn med alderen, men kan vokse hos de fleste. Har man mistanke om at forstørrelsen er ondartet tas prøver. På grunn av mer aktiv diagnostisering i tidlige stadier og fordi levealderen øker i den vestlige delen av verden, øker også incidensen. Men dødeligheten av prostatakraft er likevel nokså konstant med ca 1000 tilfeller per år (Klepp, 2005).

Alder er den viktigste risikofaktoren og de fleste med nydiagnostisert prostatakraft er 60 år eller eldre. I 5-10 % av tilfellene kan det tyde på at det finnes en arvelig disposisjon for sykdommen, og i slike familier oppstår gjerne sykdommen tidligere enn gjennomsnittet (Berg & Fosså, 2010).

Symptomer: Urintømmingssymptomer, akutt urinretensjon, rygg smerter, hematuri, smerter i midtlinjen i bekkenet, med utstråling til perineum, uremi, allmennsymptomer som tretthet og vekttap. Hos ca 30 % gir skjelettmetastaser de første symptomene. Videre er det et økende antall som diagnostiseres uten symptomer, ved digital eksplorasjon og/eller PSA-måling (Klepp, 2005).

Diagnostisering: Måling av serum PSA (Prostata spesifikt antigen), anvendes både i relasjon til terapivalg, prognostisering og for å følge utvikling av sykdommen og respons på behandling. Dette er et protein som bare produseres i prostata, både av godartede

prostataceller og prostatakraftceller. Stoffet skilles ut i sædvesken mens noe går over i blodet og kan påvises ved hjelp av en blodprøve (Berg, & Fosså, 2010).

PSA verdien alene gir derimot, ingen sikker pekepinn om prostatakraft, det kreves videre undersøkelser (Os, 2010). Ved rektaleksplorasjon kan harde knuter oppdages direkte og ved transrektal ultralyd, som vil si UL av endetarm, så kan man styre en cytologinål inn i den cancersuspekterte knuten og ta en prøve av det man mistenker kan være en kreftsvulst (Os, 2010).

Behandling: Valg av behandling gjøres på følgende grunnlag: Man må ha en urologisk utredning. Urologen må beskrive om svulsten kan palperes, og om den i så fall er innenfor eller utenfor prostatakapselen. Videre har PSA - verdien noe å si og en biopsiprøve må også vurderes. Helt til sist må man finne ut om det finnes metastaser. Prostatakraft metastaserer først og fremst til lymfeknuter i bekkenet og/eller til skjelettet (Berg & Fosså, 2010). Man utfører skjelettscintigrafi, CT av abdomen og bekken og/eller urografi for å finne ut om det foreligger metastaser (Klepp, 2005). Når disse aspektene ved sykdommen er vurdert, må de medisinske vurderinger, behandlingsalternativer, og bivirkninger inngående diskuteres med pasienten, som selv til slutt må avgjøre hvilken terapi han ønsker med bakgrunn i hans alder, almenntilstand, forventet levetid og prioriteringer når det gjelder livskvalitet (Berg & Fosså, 2010).

Dersom svulsten vurderes som lokalisert til prostata uten spredning, er det teoretisk mulig å fjerne alt svulstvev ved aggressiv lokal behandling og kurere pasienten. Men slik behandling medfører imidlertid risiko for skader av omliggende organer, og en vil derfor vanligvis bare vurdere dette alternativet hos pasienter som har minst 10 års forventet levetid (Klepp, 2005).

Det er to kurative behandlingstilbud for lokalisert prostatakraft og disse er kirurgisk radikal prostatektomi og høyt dosert strålebehandling. Prostatektomi blir regnet som gullstandarden og er det eneste alternativet som i en prospektiv randomisert undersøkelse er vist å øke totaloverlevelsen sammenlignet med avventende behandling. Radikal prostatektomi foretrekkes ofte hos pasienter med små tumorer som ikke vokser utenfor prostatakapselen. Dersom metastaser ikke påvises, går en videre og fjerner prostata og ofte begge sædblærene. Det anlegges en anastomose mellom blæreåpningen og urethra. De

viktigste postoperative komplikasjonene som pasientene må informeres om, er risikoen for impotens og urininkontinens. Ved såkalt nervesparende kirurgi øker sjansen for å opprettholde ereksjonen. Radikal prostatektomi kan gjennomføres ved åpen operasjon eller laparoskopisk kikkhullskirurgi. Fordelen ved laparoskopi er blant annet mindre blødning og raskere postoperativ rehabilitering. Metoden krever derimot stor erfaring hos urologen (Berg & Fosså, 2010).

Komplikasjoner: Det er vanskelig å angi risiko for de forskjellige komplikasjonene, da risikoen avhenger av tumorstørrelse, pasientens alder og ledsagende sykdommer samt behandlingsmetode og lokale forhold ved det enkelte behandlingssted. Urinlekkasje og potensproblemer viser seg å være vanligere ved prostatektomi enn ved for eksempel strålebehandling. Strålebehandling gir derimot større risiko for plager med endetarmen (Berg & Fosså, 2010).

Prognose: Prognosen ved prostatakraft er avhengig av hvor utbredt sykdommen er ved diagnosetidspunktet, av histologisk differensieringsgrad samt en rekke andre faktorer. Om kreft blir oppdaget ved for eksempel PSA screening av asymptomatiske pasienter så har de forlenget overlevelse fra diagnosetidspunktet, i forhold til en som først får diagnosen ved plagsomme symptomer. Prognosen er relativt god, de fleste dør med sin sykdom og ikke av den (Klepp, 2005).

2.2 Livskvalitet

Begrepet livskvalitet tar utgangspunkt i blant annet helse-definisjonen til WHO, som er definert slik:

”God helse er en tilstand av komplett fysisk, mentalt og sosialt velvære, og ikke bare fravær av sykdom eller lyte”.

Livskvalitet omfatter muligheten for et godt liv til tross for dårlig helse i WHO sin forstand. Ved at livskvalitet er definert som en subjektiv opplevelse, følger det også at opplevelsen ikke er direkte observerbar. Ofte vil en velge flere indikatorer for å beskrive livskvalitet (NOU, 1999:2).

Forsker og psykolog, Siri Næss, definerer livskvalitet som

”å ha det godt, og ha gode følelser og positive vurderinger av eget liv”.

Gode følelser forstås som glede, engasjement og kjærlighet. Positive vurderinger forstås som tilfredshet, selvrespekt og opplevelse av mening (Næss, 2009).

Næss deler livskvalitet inn i 4 områder, der alle punktene tillegges like stor vekt:

1. Er aktiv; som vil si at de har appetitt og livslyst. At de har noe å engasjere seg i og at de har overskudd til å holde på med sine interesser. Frihet til å velge og de får brukt sine evner og opplever kontroll over egne handlinger.
2. Det å føle samhold med andre, er et viktig punkt for livskvalitet. Dette vil si å ha et nært forhold til minst ett annet menneske. Vennskap, og det å ha tilhørighet i en gruppe.
3. Selvfølelse; en er selvsikker, føler at en mestrer og er til nytte. Lever opp til egne standarder og er tilfreds med egen innsats.
4. Har rike opplevelser og er åpen og mottakelig for inntrykk. Opplever trygghet, fravær av bekymringer og uro, har en grunnstemning av glede og velvære. Livet oppleves rikt og givende (Rustøen, 2008).

Begrepet livskvalitet har ulike betydninger innenfor medisin og helsefag. Det er vanskelig å definere begrepet, og det finnes en rekke definisjoner. De fleste av disse har fokus på positive opplevelser, noe som er viktig i sykepleien til pasienter med alvorlig sykdom (Ribu, 2010). Når det kommer til å måle livskvalitet, må pasientene spørres om sin opplevelse av de aktuelle forhold, oftest med spørreskjema eller gjennom intervju (Grov, Loge & Dahl, 2009). I følge Ribu (2010), så kan livskvalitetsmåling være nyttig i sykepleiepraksis. De kan bidra til å identifisere problemområder som sykepleier ellers ikke ville vært oppmerksom på, samtidig som de er viktige når man skal evaluere effekten av tiltak som er iverksatt. Videre har det vist seg at pasienter opplever det positivt å fylle ut spørreskjema vedrørende livskvalitet, da de på den måten får hjelp til å sette ord på sine problemer og behov, som de ellers hadde hatt vanskeligheter med å forklare med ord.

2.3 Sykepleiefaglig perspektiv

Med hensyn til oppgavens hensikt og problemstilling er det naturlig å se nærmere på Joyce Travelbee sin sykepleieteori. Grunnen til at jeg har valgt henne, er at hun fokuserer på relasjoner og det at hvert enkelt menneske er unikt. Videre drar hun frem håp og mestring, som er begreper jeg anser som viktige i forhold til min problemstilling.

”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene” (Travelbee, 1999).

2.4 Menneske til menneske

Et menneske-til-menneske-forhold innen sykepleie er opplevelser og erfaringer som deles av sykepleieren og den syke. Det som kjennetegner disse opplevelsene og erfaringene er at individets, familiens eller samfunnets sykepleiebehov blir ivaretatt. Sykepleieren bruker seg selv terapeutisk, kombinert med at en bruker en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte til problemer. Det vil si at man er i stand til å tenke logisk, man reflekterer, resonnerer og overveier. Man har en evne til å finne fram til og trekke ut mening i de enkelte sykepleiesituasjoner og underbygge denne meningen. Sykepleieren er i stand til å utnytte og anvende begreper og prinsipper fra fysikk, biologi, medisin, sykepleievitenskap og atferdsvitenskap. Sykepleieren er lærd uten å være belærende, kunnskapsrik og samtidig fullt klar over at læring er en livslang prosess (Travelbee, 1999).

Travelbee (1999) sier at den profesjonelle sykepleier har som oppgave å etablere et menneske-til-menneske-forhold. Og dette forholdet kommer ikke av seg selv, det bygges opp dag for dag mens sykepleieren samhandler med den syke og med andre. Sykepleier må derfor vite hva hun gjør, tenker og føler. Menneske-til-menneske forholdet etableres først etter at en har vært gjennom fire faser. Disse er: Det innledende møtet, framvekst av identiteter, empati og sympati og medfølelse. Disse fasene kulminerer i gjensidig forståelse og kontakt.

2.5 Mellommenneskelige erfaringer

Travelbee, (1999) sier:

”hvert enkelt menneske er absolutt unikt.”

Hvert menneske er annerledes enn andre, ikke bare ut ifra arv og miljø. Men også ut ifra de livserfaringene hvert enkelt menneske gjør og dets forståelse og reaksjoner på disse erfaringene. Man må unngå den vanlige feilen med at en regner den andre som lik seg selv, og dømmer andre ut fra hva en selv ville og ikke ville gjøre. Men mennesker likner allikevel alle andre mennesker, med tanke på at alle tilhører menneskehetens store familie. På tross av at forskjellene kan være store på tvers av kulturer, ulikheter i livserfaringer og språk så er det allikevel et bånd som knytter hver enkelt til den andre. Dette båndet er vår evne til å forstå andres felles livserfaringer, fordi vi selv har gjort de samme erfaringene. Disse kalles allmennmenneskelige erfaringer og er erfaringer som alle vil stå overfor i løpet av livet. Alle og enhver av oss vil stå overfor sykdom og smerte og i siste instans, møte døden. Man vil kjenne på angst, ensomhet, skyldfølelse og kanskje depresjon og fortvilelse i større eller mindre grad. Og for at disse allmennmenneskelige erfaringene ikke skal framstå som morbide og nedslående, må det understrekes at selv om alle vil møte dem og prøve å finne mening i dem, så vil de fleste også oppleve følelser som glede, lykke, tilfredshet, undring, kjærlighet og medfølelse. Og de vil erfare utslagene av antipati, hat, vellyst, sinne, misunnelse, sjalusi og liknende følelser (Travelbee, 1999).

2.6 Håp og mestring

Den profesjonelle sykepleiers rolle er å hjelpe syke mennesker til å oppleve håp for å mestre sykdom og lidelse. Håp er en mental tilstand karakterisert med ønsket om å nå fram til eller oppfylle et mål, kombinert med en viss grad av forventning om at det som ønskes eller etterstrebes, ligger innenfor det oppnåelige. Den som mangler håp, ser ingen utsikter til forandringer eller forbedringer i livet (Travelbee, 1999).

Generelt vil den profesjonelle sykepleier hjelpe syke mennesker med å opprettholde håp og unngå håpløshet ved å gjøre seg tilgjengelig og være villig til å hjelpe. Sykepleieren gir

kvalifisert og medfølende omsorg og er observant på tegn for både psykiske og fysiske plager. Man må observere og kommunisere med den syke, og være lydhør for utsagn som kan fortelle noe om hvordan den syke oppfatter sykdommen sin, hva han har oppfattet om det han må foreta seg for å ta vare på helsen eller bli frisk og hvilke tanker han gjør seg om prognosen. Siden håp er knyttet til valg, lar sykepleieren den syke ta beslutninger angående sin egen helse, så sant det er mulig. Siden håp er knyttet til tillit, må sykepleieren vise at hun kan og vil hjelpe den syke. Da tillit er noe man må gjøre seg fortjent til. Videre kan man ikke gi håp til andre, men man kan legge til rette for at den syke skal kunne oppleve håp (Travelbee, 1999).

2.6 Kommunikasjon og informasjon

Kommunikasjon blir definert som en prosess hvor meninger utveksles mellom individer, gjennom et felles språk. Kommunikasjon er atferd som involverer fysisk og mental aktivitet hos både avsender og mottaker av budskapet. Videre er kommunikasjon en prosess som kan gjøre sykepleieren i stand til å etablere et menneske-til-menneske-forhold og dermed oppfylle sykepleiens mål og hensikt. Som er å hjelpe enkeltindivider og familier med å forebygge og mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig hjelpe dem til å finne mening i disse erfaringene (Travelbee, 1999).

Den profesjonelle sykepleieren går i følge Travelbee (1999), bevisst inn for interaksjon og kommunikasjon for å lære den syke å kjenne, for å kunne fastslå og ivareta den sykes pleiebehov. Dette er viktig for å oppfylle sykepleiens mål og hensikt. Sykepleieren bør derfor tilstrebe en meningsfylt dialog med hver enkelt person hun forholder seg til. Da må sykepleier ha kunnskaper og være i stand til å benytte denne kunnskapen i møte med den syke. Da kreves det også følsomhet og lydhørhet for tid og sted i den mellommenneskelige situasjonen.

3. 0 Metode

Dalland (2010) bruker forfatteren Vilhelm Aubert sin definisjon på metode:

”en metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilke som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Dalland, 2010, s.83).

Metode er å følge en viss retning mot et mål. Den sier oss noe om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Og den hjelper oss å samle inn den informasjonen vi trenger til undersøkelsen vår (Dalland, 2010).

Som metode kan man skille mellom kvalitative og kvantitative orienterte metoder. Med kvalitative metoder menes forskningsprosedyrer som gir beskrivende data; menneskets egne skrevne eller talte ord og observerbar atferd. De gir mange opplysninger om få enheter og fokuserer ofte på det unike. Når en bruker kvalitative metoder søker en å finne de kategorier, beskrivelser eller modeller som best beskriver et fenomen eller en sammenheng i omverdenen eller i individets livsverden (Olsson & Sörensen, 2008). De kvalitative metodene tar sikte på å fange opp mening og opplevelser som ikke lar seg tallfeste og måle, i motsetning til kvantitative metoder. Der kan man forme informasjonen man har samlet, til målbare enheter, som gjør det mulig å beskrive fenomener ved hjelp av tall (Dalland, 2010). Kvantitativ metode deles inn i beskrivende(deskriptive) og forklarende prosjekter. Og en tar i de fleste tilfeller utgangspunkt i en teori som bygger på tidligere forskningsresultater, når man driver med kvantitativ forskning (Olsson & Sörensen, 2008).

3.1 Valg av metode

Denne oppgaven er en litteraturstudie der jeg vil benytte både kvalitative og kvantitative artikler. Forsberg og Wengström (2008, s.34) definerer en litteraturstudie slik:

”En litteraturstudie innebærer systematisk å søke, kritisk granske og sammenfatte litteratur innenfor et emne eller et problemområde”.

En litteraturstudie kan kalles en litteraturgjennomgang eller en forskningsoversikt. Og for at man skal kunne gjøre en litteraturstudie må det finnes nok studier av god kvalitet om man skal kunne vurdere dem og til slutt komme fram til en konklusjon som er relevant. Man må ha en problemstilling og denne besvares systematisk ved å vurdere å analysere

relevant forskning. Det finnes både fordeler og ulemper ved å bruke litteraturstudie som metode. Fordelen er at man tilegner seg mye kunnskap på kort tid, når man benytter seg av litteratur og forskning som allerede eksisterer. Ulempen er at utvalget av forskningen man bruker er selektivt, og man velger kanskje studier som støtter egne meninger (Forsberg & Wengström, 2008).

3.2 Etisk og faglig vurdering av kilder

Å arbeide med litteraturstudier innebærer å gjøre etiske overveielser (Forsberg & Wengström, 2008). Helsinkideklarasjonen er det sentrale dokumentet når det gjelder medisinsk og helsefaglig forskning. Et viktig prinsipp her, er at hensynet til individet alltid skal gå foran hensynet til samfunnet eller forskningsnyttien (Slettebø, 2008). Deklarasjonen nedfeller grunnleggende prinsipper for medisinsk forskning på mennesker, disse er de 4 grunnleggende etiske prinsippene: Autonomi, godhet, ikke skade og rettferdighet (Olsson & Sörensen, 2008). I denne oppgaven er det bare brukt forskningsartikler som er fagfellevurdert og noen av dem er godkjent av etiske komiteer mens andre ikke sier noe om det etiske. Nesten alle forskningsartiklene jeg har brukt har vært skrevet på engelsk foruten om en som var norsk. Jeg har oversatt selv, med noe hjelp fra google translate. Kildehenvisninger er satt opp etter HSH sin anbefalte liste over kildehenvisninger.

3.3 Litteratursøk, valg av litteratur og kildekritikk

3.3.1 Litteratursøk

Når tema og problemstilling var klart, søkte jeg systematisk etter forskning i Cinahl og Svemed+. Jeg brukte engelske søke ord som: prostate cancer, prostatectomy, coping og quality of life. Jeg begrenset søket til full text, peer reviewed, abstract available og dato begrensning fra 2003-2013. Endte da opp med 20 artikler til sammen. Jeg gjennomgikk abstraktet på 13 av disse for å finne ut om de var relevante både sykepleiefaglig og i forhold til problemstillingen. Gransket 9 og endte til slutt opp med 5. Tabell 1 viser oversikt over litteratursøkene for denne oppgaven.

Tabell 1:

Database	Søkeord	Avgrensning	Treff	Leste abstrakt	Gransket	Inkludert
CINAHL	Prostate cancer	Full text	19	10	8	4
	AND prostatectomy	Abstract available				
	AND quality of life	Date from 2003 -2013				
		Peer Reviewed				
Svemed+	Prostate cancer	Peer	1	1	1	1
	coping	Reviewed				

For nærmere redegjørelse og presentasjon av litteratur, se vedlegg 1.

Videre brukte jeg pensum og søkte i Bibsys etter bøker som kunne være relevante, i tillegg til at jeg lånte relevant litteratur på folkebiblioteket. Har også brukt informasjonsmateriell fra både Kreftforeningen og Prostatakraftforeningen; Profo.

3.3.2 Kildekritikk

Kildekritikk betyr at man må vurdere å karakterisere den litteraturen man har brukt i oppgaven, og brukes for å fastslå om en kilde er sann (Dalland, 2010). Jeg har bevisst valgt vekk forskningsartikler som er eldre en 10 år, da det er en fare for at de ikke er like relevante. I tillegg brukte jeg bare artikler fra vestlige land, da deltakerne kan sammenlignes med Norge med tanke på levekår og de dermed kunne være mest mulig relevant for norsk sykepleiepraksis. Når det gjelder de engelsk språklige artiklene tar jeg høyde for at jeg kan ha tolket feil.

4.0 Funn

Ut i fra de 5 forskningsartiklene jeg har valgt, var det 4 tema som gikk igjen, disse var: Informasjon, støtte, håp og mestring. Funnene fra artiklene vil jeg presentere under aktuelle tema.

4.1 Informasjon og undervisning

I en av artiklene kommer det frem at sykepleieren er i en nøkkel rolle, når det gjelder å informere og undervise pasient og partner, om de potensielle langtidseffektene prostatakraft behandling kan gi. De er også i en posisjon som gjør at de kan følge opp pasientene og finne ut om informasjonen som ble gitt var nyttig, og om den ga dem tilgang til flere eller andre ressurser, om det viste seg å være nødvendig. Med å ha et økt fokus på informasjon, kommunikasjon og undervisning når det kommer til intimitet og seksualliv, kan sykepleieren være med på å påvirke livskvaliteten i positiv retning for par, med tanke på de langsiktige utfordringene behandling av prostatakraft gir (Galbraith, Arechiga, Ramirez & Pedro, 2005).

I en av studiene kom det frem, at ikke alle mennene i studien hadde fått god nok informasjon om ettervirkningene en prostatektomi kunne gi. Men om dette var på grunn av dårlig informasjon eller det at mennene var i en fortrenningsfase i forhold til at de hadde fått en kreftdiagnose, var usikkert. Studien sier samtidig at dårlig informasjon om sykdommen, behandlingsmetoder og ettervirkninger behandling gir, har vært rapportert andre steder. Noen rapporterer at de har fått for lite informasjon i forhold til hvordan en prostatektomi påvirker deres seksualliv, mens andre hevder å ha fått for dårlig informasjon i forhold til det å forberede seg på inkontinensproblemer etter prostatektomien. I denne artikkelen kom det også fram at pasientene foretrakk å snakke med helsepersonell som hadde vært involvert i behandlingen helt i fra begynnelsen. Dette ga dem større trygghet, og gjorde det lettere å åpne seg og prate om ting (Hedestig, Sandman, Tomic & Widmark, 2005).

En tredje artikkel konkluderte med at det var viktig å skreddersy undervisningen og veiledningen opp imot den enkelte pasient, for å kunne møte deres behov og bekymringer (Weber, Roberts, Chumbler, Mills & Algood, 2007).

I en fjerde artikkel var det tydelig at erfaringsutvekslinger var viktig for pasienten. Det å kunne fortelle sin historie og gjerne med utveksle erfaringer med likesinnede var meningsfullt (Varre, Slettebø, Ruland, 2011).

Resultatet av den siste artikkelen var at innvirkningen behandlingen hadde på livskvaliteten skulle brukes når det gjaldt informasjon og undervisning til denne pasientgruppen. Det kunne være med å forberede dem på hva de hadde i vente, hva som var normalt og hva man kunne forventet at ble bedre med tiden (Ward - Smith & Mehl, 2007).

4.2 Støtte og oppmuntring

I en av artiklene, kom det frem at pasientene og deres partnere har behov for støtte etter å ha gjennomgått prostatektomi (Galbraith et. al., 2005). I en annen studie svarte halvparten av mennene at de hadde behov for støtte i etterkant. Alle disse hadde familie og venner rundt seg, men de syntes det var vanskelig å ta opp intime temaer å snakke med de nærmeste om problemene. Det viste seg også at etter hvert som tiden gikk etter inngrepet, fortsatte de nærmeste livene sine som før, og støtten fra dem minsket. Det kom også frem at menn som ikke hadde familie og nære venner, måtte man være ekstra oppmerksom på at fikk den støtten de hadde behov for (Weber et. al., 2007).

I en tredje artikkel var konklusjonen at menn som har gjennomgått prostatektomi strever med å få en følelse av kontroll og det å forsones seg med en ny livssituasjon. De beskrev at det å leve et normalt sosialt liv nærmest var umulig, med tanke på inkontinensproblemene. De bekymret seg for at bleier ville vise gjennom buksa og at andre kunne kjenne urinlukt. Da var det viktig for dem å kunne utveksle erfaringer med andre menn om dette tema. Her kom det også frem at de som levde alene hadde lavere følelse av velvære enn de som hadde familie eller partner rundt seg. Videre viser studien at mennene ofte holdt vanskelige og tunge tanker for seg selv og hadde vanskeligheter med å fortelle sine nærmeste om sine bekymringer. Enkelte ting ville de bare holde for seg selv. Men når det ble følelsesmessig for vanskelig foretrakk de å ha tilgang på profesjonelle, som de kunne dele sine bekymringer med. Her kom viktigheten av støttegrupper og pasientorganisasjoner inn og at disse kanskje må innstille seg på å kunne møte behovene til denne pasientgruppen (Hedestig et. al., 2005).

I en norsk artikkel kom det fram at pasienter hadde et behov for å fortelle sine historier, dele erfaringer og reflektere over det de hadde vært, eller skulle gjennom. Og de søkte til diskusjonsforum på internett hvor de kunne søke likesinnede. Her kunne de oppleve

felleskap som de følte helsepersonell ikke kunne yte på samme måte. Ulempen her var at noen av pasienthistoriene kunne virke skremmende (Varre, et. al., 2011).

Det å søke støtte opplevde noen menn som et tegn på svakhet og potensproblemer og inkontinensproblemer kunne være stigmatiserende og pinlige tema å diskutere (Weber et. al., 2007).

4.3 Mestring og håp

Resultatet fra en av undersøkelsene var at det var en utfordring for mennene og måtte forsone seg med en ny livssituasjon. Problemer som urininkontinens og potensproblemer påvirker selvbildet og man må lære seg å leve med at ting ikke er helt som før. I denne studien kom det frem at menn brukte aktiviteter som å være ute i naturen, finne seg en ny hobby og være sosiale som en mestrings mulighet. Noen av mennene hevdet at det å være alene og fokusere på noe annet enn sykdommen var en måte å skyve vekk angsten på. Mens andre igjen hadde et stort behov for å være med andre når angsten og bekymringene meldte seg (Hedestig et. al., 2005).

Viktigheten av å være hovedpersonen i eget livs drama synes å være fremtredende i en annen artikkel. Det å stå i sentrum og bli lyttet til hjelper når det gjelder å mobilisere krefter til å utholde, mestre og leve med situasjonen. Mange uttrykker at de ønske å ta ansvar for eget liv, men med støtte fra andre. Behov for hjelp til å kontrollere følelser beskrives som vesentlig for å oppleve mestring. Pasientene søker å forstå og håndtere sin endrede livssituasjon gjennom å delta aktivt, men det må samtidig oppleves som meningsfullt. Hvis forventinger og ansvar overstiger pasientens kapasitet kan det føre til en følelse av meningsløshet og dermed nedsatt evne til å håndtere og mestre situasjonen. Denne studien viser altså at pasienter ønsker å være hovedperson og delta aktivt og dette er i kontrast til en passiv pasientrolle der individet kun er mottagere av helsetjenester. Det å kunne påvirke eget sykdomsforløp beskrives som frigjørende og motiverende. Behov for gjenkjennelse, for ikke å være alene ser ut til å ha innvirkning på mestrings muligheten. Dette gjør at en føler seg mindre alene og det er nyttig å få høre om andres erfaringer og opplevelser om sykdommens virkning på kropp og sjel (Varre et, al., 2011).

I en annen studie hevder deltakerne at de hadde et behov for å sammenligne erfaringer og opplevelser med andre menn som hadde gjennomgått prostatektomi. Videre var det 3 perspektiver i forhold til å mestre den nye livssituasjonen som var fremtredende. Det første var å innfinne seg med den nye situasjonen, det andre var å se fremover og lage en plan for framtiden og det tredje var å lære seg å mestre å håndtere uro og angst. Strategier for å mestre var å finne seg nye hobbyer og aktiviteter som de kunne fylle livet med (Hedestig et. al, 2005).

I en amerikansk studie kom det frem at menns livskvalitet ble redusert etter å ha gjennomgått prostatektomi. Hovedgrunnen til dette var at de var bekymret for sin evne til å prestere seksuelt. Dette kunne gå utover par forholdet, og så ut til å påvirke livskvaliteten i større grad enn helsen ellers (Galbraith et. al., 2005).

I en svensk studie kom det frem at urininkontinens og potensproblemer ga mennene dårligere selvbilde. Det å være intim med partneren var vanskelig og de følte de hadde mistet store deler av seksuallivet sitt (Hedestig et. al., 2005). Potensproblemer og et seksualliv som var forandret, viste seg også å ha stor innvirkning på livskvaliteten i en tredje studie. Og dette var et problem som vedvarte, selv et halvt år etter prostatektomien (Ward - Smith & Mehl, 2007). Mens i en annen studie var det derimot urininkontinens som hadde størst negativ effekt på livskvaliteten, til tross for at det var høyest prevalens for potensproblemer (Weber et. al., 2007).

5.0 Drøfting

I studiene er det 3 tema som går igjen. Disse er:

- Informasjon og undervisning
- Støtte og oppmuntring
- Håp og mestring

Og jeg vil drøfte disse temaene i lys av forskning og annen faglitteratur.

5.1 Informasjon og undervisning til pasient og pårørende

I en av studiene kommer det frem at sykepleieren er i en nøkkel rolle, når det gjelder å informere og undervise pasient og partner, om de potensielle langtids effektene prostatakreft behandling kan gi og hvordan disse kan påvirke livskvaliteten (Galbraith et al., 2005). Å gi informasjon og veiledning er en av hjelperens viktigste oppgaver. Man må finne ut hva pasienten har behov for og informere på en slik måte at informasjonen oppleves relevant (Eide & Eide, 2011). Alle mennesker er forskjellige og livskvaliteten påvirkes derfor ulikt hos den enkelte. Pasienters rett til informasjon er også forankret i pasientrettighetsloven. Den sier at pasienten skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin situasjon. Videre skal pasienten også informeres om risikoer og bivirkninger ved behandlingen (Pasientrettighetsloven, 1999). Ofte vil informasjonen som blir gitt føre til store emosjonelle reaksjoner. Relasjonen mellom pasienten og den som informerer har derfor stor betydning for hvordan pasienten mottar informasjonen (Reitan 2010). Travelbee (1999) skriver hvor viktig det er å skape et menneske til menneske forhold i møte med den syke. Og her er det fire punkt, man må fokusere på: framvekst av identiteter, empati, sympati og medfølelse. Kommunikasjon er langt mer enn bare formidling av informasjon. Gjennom dialog vokser det mening og forståelse fram som bygger på hverandres bidrag og dette krever aktiv deltakelse der begge parter setter seg inn i hverandres sted. Og for å oppnå en felles forståelse for hvordan pasienten opplever sin sykdom, er det ikke nok at pasienten forstår sykepleierens budskap, sykepleieren må også forstå hvordan pasienten opplever sin sykdom (Reitan, 2010). Gjennom denne prosessen blir en kjent med personen og problemene han strir med, sånn at en kan leve seg inn i hvordan han har det og hva det er som påvirker livskvaliteten i negativ grad. Slik utvikler og viser man empati, og uten å kjenne pasienten er det svært vanskelig å gi fruktbare tilbakemeldinger (Ohnstad, 1998). Pasienten er også avhengig av informasjon for å kunne ta kvalifiserte valg. Derfor må sykepleieren anvende kommunikasjonsferdigheter som gjør det mulig å forske og bringe fram innholdet i det pasienten kommuniserer (Reitan, 2010). Og jeg tenker at det er dette Travelbee (1999) mener med å bruke seg selv terapeutisk. Det å vise at en ser og forstår, og følger verbalt, gir oppmuntring og anerkjennelse (Reitan, 2010). Sykepleieren er også i en posisjon som gjør at de kan følge opp pasientene og finne ut om informasjonen som ble gitt var nyttig i forhold til livskvaliteten, og om den ga dem tilgang til flere eller andre ressurser, som støttegrupper etc. Om det viste seg å være nødvendig. Med å ha et økt fokus på informasjon, kommunikasjon og undervisning når det

kommer til intimitet og seksualliv, kan sykepleieren være med på å påvirke livskvaliteten i positiv retning for par, med tanke på de langsiktige utfordringene behandling av prostatakreft gir (Gailbraith et. al., 2005). Når det gjelder å veilede pasienter om seksualitet, kreves det at sykepleieren har kunnskap om de fysiske og psykiske utfordringene pasienten står overfor. Da kreves det kunnskap om hva som påvirker livskvaliteten og emosjonelt engasjement. Ved å vise pasienten medfølelse føler han seg tryggere og samtalen kan gå lettere. Videre så bør en gi informasjon i forhold til seksuell helse til pasient og partner samtidig. Da dette vil kunne bidra til større åpenhet og forståelse, dem imellom (Borg, 2010). En viktig oppgave for sykepleieren her, er å sørge for at kommunikasjonen imellom pasient og partner opprettholdes, og at de sammen finner frem til alternative måter å uttrykke kjærlighet og omsorg på (Schjølberg, 2010).

Et resultat, var at innvirkningen behandlingen hadde på livskvaliteten, skulle brukes når det gjaldt informasjon og undervisning til denne pasientgruppen. Det kunne være med å forberede dem på hva de hadde i vente, hva som var normalt og hva man kunne forvente at kom til å bli bedre med tiden, etter inngrepet (Ward - Smith & Mehl, 2007).

Urininkontinens og ereksjonssvikt er de hyppigst forekommende bivirkningene etter behandling av prostatakreft (Stene & Angelsen, 2003). Og dette kan ha innvirkning på pasientens livskvalitet, og i den ytterste konsekvens kan det få betydning for den videre helberedelsesprosessen. En viktig sykepleieroppgave er derfor å hjelpe pasienten til å forstå og akseptere et endret kroppsbilde. Her er også kommunikasjon og informasjon en viktig faktor, for å kunne mestre de endringene i kroppsfunksjonene som sykdom og behandling har medført. Man må informere om forandringene som kan komme, om hvor lenge problemet mest sannsynlig vil vare, og om det vil være forbigående eller permanent. Her viser det seg også at noen ønsker informasjon fra andre i tilsvarende situasjon (Schjølberg, 2010). Dette kom også fram i en av studiene, der kreftpasienter ofte søkte til diskusjonsforum på internett, for å kunne dele erfaringer og møte likesinnede og opplevde dette som meningsfullt (Varre et. al., 2011). Og dette hadde en positiv effekt på livskvaliteten til disse mennene. Ulempen med å bruke internett som informasjonskilde er derimot at kvaliteten på det man finner ikke alltid er like god. Her kan derfor sykepleier bidra til at pasienten får korrekt og pålitelig informasjon ved å informere om hvilke nettsider som kan være nyttige, om det er noe de vil søke etter. Helsebiblioteket.no er et av

disse stedene, hvor man kan finne linker til trygg og pålitelig informasjon (Underdal, 2012).

Travelbee (1999) er også opptatt av at ethvert menneske er unikt. Og dette er det viktig å være bevisst på, i møte med pasienter. Den gode hjelper vier seg til personen. For når en diagnose lander i et menneske, oppstår en ny sykdom som er formet av dette menneskets historie, karakter, livssituasjon og framtidshåp. Hvert menneske blir sykt på sin måte. Derfor skal man nærme seg dette menneske med ydmykhet, respekt og likeverdighet (Fugelli, 2011). Reitan (2010) sier også noe om dette i forhold til undervisning av pasienter. Hun sier at kreftpasienter har ulike behov for nye kunnskaper og læring når det gjelder behandlingsopplegget, konsekvenser av behandlingen og mestring av behandlingsrelaterte bivirkninger eller endring av livsstil. Dette sammenfaller med resultatene fra en av studiene der de konkluderte med at det var viktig å skreddersy undervisningen og veiledningen opp imot den enkelte pasient, for å kunne møte deres behov og bekymringer (Weber et. al., 2007).

I en av studiene kom det frem at ikke alle mennene i studien hadde fått god nok informasjon om ettervirkningene en prostatektomi kunne gi, i forkant av operasjonen. Men om dette var på grunn av dårlig informasjon eller det at mennene var i en fortrenningsfase i forhold til at de hadde fått en kreftdiagnose, var usikkert (Hedestig et. al., 2005). Erfaringsmessig er det viktig for sykepleier, å være bevisst på at pasienten fort kan bli overveldet av for mye informasjon på en gang. Og det kan ofte være lurt å gi noe skriftlig materiell i tillegg til den muntlige informasjonen, sånn at pasienten kan gå tilbake å se på dette, om han blir usikker på noe i etterkant. Pasientene foretrekker også å forholde seg til helsepersonell som har vært involvert i behandlingen deres helt ifra begynnelsen av, da dette ga dem større trygghet og gjorde det lettere å åpne seg og prate om ting (Hedestig et. al., 2005). Det er nettopp dette Travelbee er opptatt av, at forholdet mellom sykepleier og pasient har utviklet seg mot gjensidig forståelse og kontakt. Et menneske til menneske forhold, som er grunnlaget for å oppfylle sykepleiers formål. Og det mener jeg er vanskelig å bygge opp bare ved en enkelt konsultasjon. Jeg mener derfor det er viktig, så sant det er mulig, at pasienten blir fulgt opp av helsepersonell som har vært involvert i behandlingen tidligere, for å kunne fremme livskvalitet på en best mulig måte.

5.2 Støtte og oppmuntring en viktig sykepleieroppgave

I en av studiene, kom det frem at pasientene og deres partnere har behov for støtte etter å ha gjennomgått prostatektomi (Galbraith et. al., 2005). Sosial støtte er sentralt når det kommer til å mestre ulike livshendelser. Det å gi støtte innebærer både følelsesmessig og praktisk støtte. Å føle at noen støtter en, gjør at en føler seg verdsatt og tilværelsen oppleves dermed stabil og forutsigbar. Støtte bidrar til at en hendelse ikke oppleves like belastende og dette bidrar til økt mestringsevne (Smebye, 2010). Vi mennesker trenger andre å støtte oss til og dette behovet blir ekstra tydelig når helsen svikter eller vi blir utsatt for store påkjenninger. Man kan ha mange personer i sitt sosiale nettverk, men det er ikke dermed sagt at man oppfatter dem som sosial støtte (Renolen, 2008). Manglende felleskap med andre mennesker kan ha store konsekvenser for livskvaliteten og det er dokumentert at isolasjon kan være en årsak til forsinket helbredelse. Felleskap gir trygghet og kan være støttende og gi nytt håp, når man selv føler man er på vei til å gi opp (Rustøen, 2009). I en annen studie kom det fram at over halvparten av deltakerne i studien hadde behov for støtte i etterkant. Alle disse mennene hadde familie og venner rundt seg, men de syntes det var vanskelig å ta opp intime temaer å snakke med de nærmeste om sine problemer og bekymringer. Det viste seg også at etter hvert som tiden gikk etter inngrepet, fortsatte de nærmeste livene sine som før, og støtten og oppmerksomheten fra dem minsket. Og dette opplevde mennene som problematisk og det påvirket livskvaliteten. Videre var det viktig at menn som ikke hadde nære venner og familie måtte man støtte ekstra opp om, slike at de fikk den støtten de hadde behov for (Weber et. al., 2007). Dette stemmer med resultatet fra en av de andre studiene. Der kom de fram til at menn som levde alene hadde lavere følelse av velvære etter behandling for prostatakreft og dårlige livskvalitet, enn de mennene som hadde familie og nære venner (Hedestig et. al., 2005). Travelbee (1999) sier at gjennom observasjon og samtaler med den syke, kan sykepleier bli klar over at den syke har udekkete behov, og kan stille opp antakelser om hva disse behovene går ut på. Men hun må sørge for å få sine tolkninger bekreftet eller avkreftet av den syke selv. Sykepleier må ha god kunnskap og evnen til å bruke seg selv, om hun skal kunne oppdage og ivareta behov i forhold til livskvalitet hos pasienten.

I en av studiene var konklusjonen at menn som har gjennomgått prostatektomi strever med å få en følelse av kontroll og det å forsones seg med en ny livssituasjon. De beskrev at det å leve et normalt sosialt liv nærmest var umulig, med tanke på inkontinensproblemene. De

bekymret seg for at bleier ville kunne vise gjennom buksa og at andre kunne kjenne urinlukt. Dette hemmet dem i fri livsutfoldelse og dette påvirket livskvaliteten (Hedestig et. al., 2005). Å hjelpe pasienten til å forstå og akseptere et endret selvbilde er en sentral oppgave for sykepleiere. Dette kommer innenfor informasjon og undervisningsfasen, der man må forberede pasienten på mulige endringer i kroppsbildet før behandlingen innledes. Endringer i kroppsbildet har innvirkning på vårt selvbilde og vår selvfølelse som igjen kan ha stor innvirkning på vår livskvalitet (Schjølberg, 2010). Når det gjelder livskvalitet i forhold til kreftsykdommer, så blir denne påvirket av særtrekk ved sykdommen og av behandlingen. Det følger som regel omfattende plager, samt dårligere funksjon når kreftbehandlingen slutter, enn når den starter. Disse forholdene sammen med hvordan pasienten har det ellers i livet, har betydning for livskvaliteten til pasienten. Grov, Loge & Dahl (2009), sier at bestemmende for livskvaliteten er: *"ikke hvordan du har det, men hvordan man tar det!"* Når en funksjon er sterkt redusert, kan noen føle seg som den uheldige utvalgte og mange reagerer med depresjon (Schjølberg, 2010). Rustøen (2009) sier informasjon og undervisning fra sykepleier, og det å hjelpe med å sette mål for framtiden, kan synliggjøre at det finnes muligheter. Så i denne sammenheng kan informasjon være en form for støtte.

Videre viste en studie at menn ofte holdt vanskelige og tunge tanker for seg selv og hadde vanskeligheter med å fortelle sine nærmeste om sine bekymringer. Dette gjaldt også de som hadde stor støtte fra sine nærmeste. Men når det ble følelsesmessig for vanskelig foretrakk de å ha tilgang på profesjonelle, som de kunne dele sine bekymringer med. Her kom viktigheten av støttegrupper og pasientorganisasjoner inn og at disse kanskje må innstille seg på å kunne møte behovene til denne pasientgruppen (Hedestig et. al., 2005). Betydningen av å delta i støttegrupper har fått større betydning de siste årene og har vist seg å ha stor verdi for livskvaliteten. Man møter andre i samme situasjon som seg selv, og dette skaper trygghet og en følelse av fellesskap. Det har vist seg at de som deltok i slike grupper var mindre deprimerte og engstelige, hadde bedret humør, bedret mestring og hadde en bedring i sin opplevelse av seg selv og sitt selvbilde (Rustøen, 2009). Behovet for å fortelle sine historier, dele erfaringer og reflektere over det de hadde vært i gjennom eller skulle gjennom kom også fram i en norsk studie. Men her søkte deltakerne til et lukket diskusjonsforum på internett for å møte likesinnede. Her opplevde de et fellesskap som de ikke oppnådde på samme måte hos helsepersonell. Ulempen var derimot at noen av

pasienthistoriene kunne virke skremmende (Varre, et. al., 2011). Rustøen (2009) skriver også om viktigheten av å møte likesinnede som man kan dele tanker og følelser med. Medpasienter kan være gode støttespillere, da de ofte møter hverandre med ekte interesse og forståelse.

Men noen menn opplevde det å søke støtte som et tegn på svakhet. Og potensproblemer og inkontinensproblemer kunne være stigmatiserende og pinlige tema å diskutere (Weber et. al., 2007). Renolen (2008) sier at enkelte kan ha problemer med å be om hjelp eller å ta imot hjelp. De har en oppfatning om at de bare er verdt noe om de er sterke og mestrer. Men ingen er så sterke at de aldri trenger noen å støtte seg til. Når det gjelder å snakke om tema rundt seksualitet, så er det forståelig at dette kan være vanskelig og kanskje flaut å snakke om. I alle fall for den eldre generasjon, som ikke er vant til like stor åpenhet rundt dette tema, som dagens unge. Undersøkelse viser at 60 – 90 % av alle som gjennomgår prostatektomi får erektil dysfunksjon etter inngrepet. Men da må man også være klar over at mange menn i 60 – 70 års alderen allerede har potensproblemer (Dahl, Borgheim & Borg, 2009). Så det er ikke nødvendigvis slik at alle menn opplever potensproblemer som et veldig stort problem, fordi dette er noe de er kjent med fra før og de lever i et parforhold med lite fokus på det seksuelle. Da påvirkers naturlig nok ikke livskvaliteten i like stor grad hos disse mennene. Men hos andre, der potensproblemene kom som følge av prostatektomien, er det et så stort problem at det går utover selvbilde og livskvaliteten. Her kommer det igjen fram viktigheten av å bli kjent med pasienten.

5.3 Håp og mestring i en ny livssituasjon

Resultatet fra en av undersøkelsene var at det var en utfordring for mennene og måtte forsone seg med en ny livssituasjon. Problemer som urininkontinens og potensproblemer påvirker selvbildet og livskvaliteten. I denne studien kom det frem at menn brukte aktiviteter som å være ute i naturen, finne seg en ny hobby og være sosiale som en mestrings mulighet og for å bedre livskvaliteten. Noen av mennene hevdet at det å være alene og fokusere på noe annet enn sykdommen var en måte å skyve vekk angsten på. Mens andre igjen hadde et stort behov for å være med andre når angsten og bekymringene meldte seg (Hedestig et. al., 2005). Lazarus og Folkman (1984) definerer mestring som:

”kognitive og atferdsmessige tiltak for å klare indre eller ytre krav som overstiger personens ressurser”.

I mestringsprosessen er tanker, følelser og handlinger avhengig av og påvirker hverandre. Lazarus og Folkman mener det finnes to typer mestringsstrategier, problemfokuseret og emosjonsfokuseret mestringsstrategier. Problemfokuseret mestringsstrategier fokuserer på tiltak som kan løse problemet. Dette kan være å søke støtte og hjelp eller søke informasjon og kunnskap som kan gi en følelse av kontroll av situasjonen. Ved emosjonsfokuseret mestringsstrategier prøver man å endre de følelsesmessige reaksjonene som oppstår i forbindelse med stress. Dette vil si at man unngår informasjon eller distanserer seg fra problemet. Andre former for emosjonsfokuseret mestringsstrategier er fysisk aktivitet eller bruk av rusmidler (Renolen, 2008). Dette kom fram i en av artiklene, der mennene brukte aktiviteter ute i naturen, som en mestringsstrategi. Når mennesker får en alvorlig sykdom, vil mange oppleve å komme i en krise som utfordrer deres evne til mestringsstrategier. Og kreftpasienter rangerer håp og egen kontroll som de beste mestringsstrategiene. Mestringsstrategier dreier seg om hvordan mennesker møter belastende livssituasjoner og den enkeltes evne til mestringsstrategier er influert av faktorer som alder, kjønn, personlige forutsetninger og interesser. Videre spiller motstandskraft mot påkjenninger, tidligere erfaringer med stress, kriser og sykdom inn. Og sykepleieren må styrke pasienten i troen på egne mestringsmuligheter og la pasienten gjøre rede for sine mestringsmåter (Reitan, 2010). Videre sier Eide & Eide (2011) at sykepleier kan bidra til mestringsstrategier på flere måter. Man kan være den som får nødvendige ting gjort, gi psykologisk og ekstensiell støtte. Travelbee (1999) sier at det ikke er noen enkel oppgave å hjelpe mennesker til å mestre sykdom. Det er en kompleks oppgave som krever innsikt, dømmekraft, ferdigheter og mot fra sykepleierens side. Ved å være samtalepartner kan man bidra med et realistisk perspektiv på hva som bør gjøres og hva som kan oppnås på kortere og lengre sikt (Eide & Eide, 2011). Håp mobiliserer energi og gir styrke og mot til å kunne mestre det man står ovenfor (Renolen, 2008).

Viktigheten av å være hovedpersonen i eget livs drama synes å være fremtredende i den ene artikkelen. Det å stå i sentrum og bli lyttet til hjelper når det gjelder å mobilisere krefter til å utholde, mestre og leve med situasjonen. Mange uttrykker at de ønsker å ta ansvar for eget liv, men med støtte fra andre. Behov for hjelp til å kontrollere følelser beskrives som vesentlig for å oppleve mestringsstrategier. Pasientene søker å forstå og håndtere sin

endrede livssituasjon gjennom å delta aktivt, men det må samtidig oppleves som meningsfullt. Hvis forventinger og ansvar overstiger pasientens kapasitet kan det føre til en følelse av meningsløshet og dermed nedsatt evne til å håndtere og mestre situasjonen. Og dette går videre utover livskvaliteten. Denne studien viser altså at pasienter ønsker å være hovedperson og delta aktivt, og dette er i kontrast til en passiv pasientrolle der individet kun er mottagere av helsetjenester. Det å kunne påvirke eget sykdomsforløp beskrives som frigjørende og motiverende. Behov for gjenkjennelse, for ikke å være alene ser ut til å ha innvirkning på mestrings muligheten. Man føler seg mindre alene og det er nyttig å få høre om andres erfaringer og opplevelser om sykdommens virkning på kropp og sjel (Varre et. al., 2011). Dette samsvarer med en av de andre studiene. Der hevder deltakerne at de hadde et behov for å sammenligne erfaringer og opplevelser med andre menn som hadde gjennomgått prostatektomi. Videre var det 3 perspektiver i forhold til å mestre den nye livssituasjonen som var fremtredende. Det første var å innfinne seg med den nye situasjonen, det andre var å se fremover og lage en plan for framtiden og det tredje var å lære seg å mestre å håndtere uro og angst. Strategier for å mestre var å finne seg nye hobbyer og aktiviteter som de kunne fylle livet med (Hedestig et. al, 2005). Travelbee (1999) sier håp er framtidorientert og relatert til valg. Med dette mener hun at mennesket tar sitt "her og nå" i bruk på en slik måte at han bygger og strukturer framtiden for å oppnå det han håper på. Og det å ha valgmuligheter i en vanskelig situasjon, og stå fritt til å velge mellom disse mulighetene skaper en følelse av å ha kontroll over sin egen skjebne. Det å utføre noe som føler meningsfullt, vil kunne styrke håpet.

I en amerikansk studie kom det frem at menns livskvalitet ble redusert etter å ha gjennomgått prostatektomi. Hovedgrunnen til dette var at de var bekymret for sin evne til å prestere seksuelt. Dette kunne gå utover par forholdet, og så ut til å påvirke livskvaliteten i større grad enn helsen ellers (Galbraith et. al., 2005). Lignende resultater kom frem i tre andre studier. Urininkontinens og potensproblemer ga mennene dårligere selvbilde som igjen påvirket livskvaliteten. Det å være intim med partneren var vanskelig og de følte de hadde mistet store deler av seksuallivet sitt. (Hedestig et. al., 2005, Ward - Smith & Mehl, 2007, Weber et. al., 2007). Men i en av disse studiene var urininkontinens den faktoren som hadde størst negativ effekt på livskvaliteten, til tross for at det var høyest prevalens for potensproblemer (Weber et. al., 2007). Når man skal hjelpe til med å styrke livskvaliteten hos pasienter, må man kartlegge hva pasienten har eller lett kan få av ressurser. Deretter

må de hjelpes til å bli mer bevisste på hvilke behov de har og hva de kan gjøre for å tilgodese se disse behovene, selv om visse måter å tilfredsstille dem på er blokkert. Det å fokusere på ressurser og verdier kan være et hjelpemiddel i å kunne tenke nytt i en situasjon som kan være vanskelig for pasienten (Rustøen, 2009).

6.0 Avslutning

Gjennom denne oppgaven har jeg fått et bedre innblikk i hva som påvirker livskvaliteten til menn, som har gjennomgått prostatektomi. Og hvilke faktorer som må vektlegges når man skal fremme livskvaliteten hos denne pasientgruppen. Informasjon, sosial støtte, mestring og håp viste seg å være viktige faktorer for å bedre livskvaliteten og disse områdene følte jeg ble veldig nært knyttet til hverandre, i denne oppgaven. Informasjon ble sett på som en form for støtte og støtte var vesentlig for å kunne mestre og håp er nødvendig for å kunne mestre.

Tap av kroppslige funksjoner som resulterte i impotens og urininkontinens, påvirket selvbilde og det var vanskelig å forson seg med en ny livssituasjon for mange. De hadde et stort behov for informasjon både før og etter prostatektomien og sykepleieren er i en nøkkelrolle når det gjelder informasjon og undervisning. Og man må bli kjent med den enkelte pasient og problemene han strir med om man skal kunne gi god hjelp. Videre var det viktig å ha et økt fokus på informasjon og undervisning når det kom til intimitet og seksualliv, da dette var et område mennene opplevde tabu rundt.

Sykepleieren må også hjelpe pasientene med å forstå og akseptere det endrede kroppsbilde mange sliter med i etterkant. Det var viktig å fokusere på ressurser og verdier for å hjelpe pasienten å tenke nytt i en vanskelig situasjon. For noen kunne sykepleieren være god sosial støtte da de hadde et behov for å fortelle sine historier og reflektere over det de hadde vært igjennom. Her kan sykepleieren også henvise videre til støttegrupper eller foreninger, der mennene kan møte likesinnede.

Litteraturliste:

- Berg, A. & Fosså, S.D. (2010). Kreft i mannlige kjønnsorganer. I: A.M. Reitan & T.K. Schjølberg (red.). *Kreftsykepleie. Pasient – utfordring – handling s.504-516*. Oslo: Akribe AS
- Borg, T. (2010). Seksualitet. A.M. Reitan & T.K. Schjølberg (red.). I: *Kreftsykepleie. Pasient – utfordring – handling s.121-130*. Oslo: Akribe AS
- Dahl, A.A., Borgheim, R.G. & Borg, T. (2009). Problemer med seksualitet og fruktbarhet. I: S.D. Fosså, J.H. Loge & A.A. Dahl (red.) *Kreftoverlevende. Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv s. 136 – 153*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dalland, O. (2010). Metode og oppgaveskriving for studenter. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Eide, H. & Eide, T. (2011). Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2003). Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning. Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur och Kultur.
- Fugelli, P. (2011). Grunnstoffet tillit. I: *Sykepleien Forskning 2011 6(5):104-105*
DOI: 10.4220/sykepleienf.2011.0113
- Galbraith, M., Arechiga, A., Ramirez, J., & Pedro, L. (2005). Prostate cancer survivors` and partners` self-reports of health-related quality of life, treatment symptoms, and marital satisfaction 2.5-5.5 years after treatment. *Oncology Nursing Forum*, 32(2), E 30-41.
Doi: 10.1188/05. ONF. E30-E41 Hentet fra:
<http://ezproxy.hsh.no:2077/ehost/detail?vid=7&hid=111&sid=1cd5c332-528b->

[4eb1-95ee-17cf6fcd87be%40sessionmgr112&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=2005063885](http://www.kreftregisteret.no/no/Registrene/Kreftstatistikk/4eb1-95ee-17cf6fcd87be%40sessionmgr112&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=2005063885)

Grov, E.K., Loge, J.H., & Dahl, A.A. (2009). Livskvalitet. I: S.D. Fosså, J.H. Loge & A.A. Dahl (red.) *Kreftoverlevende. Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv s. 154 – 164*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Hedestig, O., Sandman, P., Tomic, R., & Widmark, A. (2005). Living after radical prostatectomy for localized prostate cancer: a qualitative analysis of patient narratives. *Acta Oncologica*, 44(7), 679-686. Hentet fra: <http://ezproxy.hsh.no:2077/ehost/detail?vid=7&hid=111&sid=1cd5c332-528b-4eb1-95ee-17cf6fcd87be%40sessionmgr112&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=2009257513>

Klepp, O. (2005). Svulster I mannlige genitalia. I: R. Kåresen & E. Wist (red.). *Kreftsykdommer – en basisbok for helsepersonell s. 229-243*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kreftforeningen. (2010). Prostatakraft. [Brosjyre]. Oslo: Kreftforeningen.

Kreftregisteret. (2010). *Kreftstatistikk*. Hentet fra: <http://www.kreftregisteret.no/no/Registrene/Kreftstatistikk/>

NOU 1999:2. (1999). Livskvalitet. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet. Hentet 13. 01.13 fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1999/nou-1999-2/5/3.html?id=351008>

Næss, S. (2001). Livskvalitet som psykisk velvære. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 1940-1944 Hentet fra: <http://tidsskriftet.no/article/357518/>

Ohnstad, A. (1998). Den gode samtalen. Oslo: Det Norske Samlaget

- Olsson, H. & Sörensen, S. (2008) *Forskningsprosessen. Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Os, I. (2010). *Sykdommer i nyrer, urinveier og mannlige kjønnsorganer*. I: D. Jacobsen, S.V. Kjeldsen, B. Ingvaldsen, T. Buanes, O. Røise & K.C. Toverud (red.). *Sykdomslære. Indremedisin, kirurgi og anestesi s.162-197*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Pasientrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. Hentet 30. 01.13 fra: <http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-063.html>
- PROFO. (2012). *Prostatakreft, hva nå? Diagnose – Behandling – Rehabilitering*. [Brosjyre] PROFO Prostatakreftforeningen.
- Reitan, A.M. (2010). *Kommunikasjon*. I: A.M. Reitan & T.K. Schjølberg (red.). *Kreftsykepleie. Pasient – utfordring – handling s.102-119*. Oslo: Akribe AS
- Reitan, A.M. (2010). *Krise og mestring*. I: A.M. Reitan & T.K. Schjølberg (red.). *Kreftsykepleie. Pasient – utfordring – handling s.72-101*. Oslo: Akribe AS
- Renolen, Å. (2008). *Forståelse av mennesker – innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Ribu, L. (2010). *Livskvalitet*. I: Reitan, A.M., & Schjølberg, T.K. (red.). *Kreftsykepleie. Pasient – utfordring – handling*. Oslo: Akribe AS.
- Rustøen, T. (2009). *Håp og livskvalitet – en utfordring for sykepleieren?* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Schjølberg, T.K. (2010). *Endret kroppsbilde*. I: A.M. Reitan & T.K. Schjølberg (red.). *Kreftsykepleie. Pasient – utfordring – handling s.131-148*. Oslo: Akribe AS

- Slettebø, Å. (2008). *Forskningsetikk. I: Brinchmann, B.S. (2008). Etikk i sykepleien. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS*
- Smebye, K.L. (2010). *Kontakt med andre. I: N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (red.). Grunnleggende sykepleie bind 3 s. 80-117. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS*
- Stene, J.B. & Angelsen, A. (2003). Postoperativ morbiditet og livskvalitet etter radikal retropubisk prostatektomi. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 1657-9. Hentet fra: <http://tidsskriftet.no/article/828479/>
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS*
- Underdal, H. (2012). God informasjon til pasienten. I: *Sykepleien Forskning 2012 7(1):90-91* DOI: 10.4220/sykepleienf.2012.0061
- Ward-Smith, P., & Mehl, J. (2007). Quality of life before and after prostatectomy as treatment for localized cancer. *Urologic Nursing*, 27(6), 542-547. Hentet fra: <http://ezproxy.hsh.no:2077/ehost/detail?vid=7&hid=111&sid=1cd5c332-528b-4eb1-95ee-17cf6fcd87be%40sessionmgr112&bdata=JnNpdGU9ZW9vc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=2009746473>
- Weber, B., Roberts, B., Chumbler, N., Mills, T., & Algood, C. (2007). Urinary, sexual, and bowel dysfunction and bother after radical prostatectomy. *Urologic Nursing*, 27(6), 527-533. Hentet fra: <http://ezproxy.hsh.no:2077/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=3398076a-99f4-441b-bd54-d6d1781cf465%40sessionmgr115&hid=125>

Vedlegg 1: Presentasjon av artikler

Artikkel 1

Ward - Smith, P. & Mehl, J. (2007). *Quality of Life Before and After Prostatectomy as Treatment for Localized Cancer*

Hensikt: Hensikten med undersøkelsen var å la menn med prostatakreft selv beskrive sin livskvalitet før og etter prostatektomien.

Utvalg og metode: Dette er en kvantitativ forskningsartikkel, da data ble samlet inn fra 56 deltagere årlig, ved hjelp av FACT-P (the Functional Assasment of Cancer – Prostate).

Dette er et validert skjema, utarbeidet ut ifra utsagn fra tidligere prostatakreft pasienter. Og det gir deltagerne mulighet til å beskrive deres livskvalitet, med emner som: psykisk, sosialt, emosjonelt og funksjonelt velvære. Det var også et punkt for hvor fornøyd man var med sitt seksualliv, men dette var valgfritt å svare på. Forskeren sammenligner disse dataene over tid. Datainnsamlingene foregikk før inngrepet og to ganger etter inngrepet. Da først etter en måned og siste gang seks måneder etter inngrepet.

Artikkel 2

Galbraith, M. E., Arechiga, A., Ramirez, J. & Pedro, L.W. (2005). *Prostate Cancer Survivors` and Partners` Self-Reports of Health-Related Quality of Life, Treatment Symptoms, and Marital Satisfaction 2.5-5.5 Years After Treatment.*

Hensikt: Hensikten med undersøkelsen var å beskrive helserelatert livskvalitet og ekteskapeleg tilfredshet hos gifte, så langt som fem og et halvt år etter behandling for prostatakreft.

Utvalg og metode: 192 menn som tidligere hadde deltatt i livskvalitets undersøkelser i forhold til deres prostatakreft ble invitert til å være med i studien som foregikk i California.

De hadde alle mottatt en eller annen form for behandling i forhold til sin prostatakreft.

Etter 3,5 år ble 126 partnere av deltagerne med på undersøkelsen. På

datainnsamlingstidspunktet etter 5,5 år var det 137 av de opprinnelig 192 fortsatt med i studien og 104 av de 126 partnerne. Spørreskjema ble sendt ut årlig til deltagerne.

Deltagerne fikk separate spørreskjema.

Artikkel 3

Hedestig, O., Sandman, P.O., Tomic, R. & Widmark, A. (2005). *Living after radical prostatectomy for localized prostate cancer: A qualitative analysis of patient narratives*.

Hensikt: Hensikten med studien denne svenske studien, var å finne ut hvordan livet til disse mennene var, etter å ha fått fjernet prostata.

Utvalg og Metode: Studien er kvalitativ og ti menn mellom 61-69 år, ble intervjuet i etterkant av prostatektomien. De ble valgt ut i fra en database som inneholdt registreringsinformasjon om pasienter som hadde fjernet prostata. Kravene til deltagerne var at de var mellom 60-69 år, at de ikke hadde noen tilleggsdiagnoser og at de hadde fått gjennomført prostatektomi innenfor en tidsramme fra et halvt til maks 3 år tidligere.

Intervjuet ble gjort i hjemmet til deltageren og ble tatt opp på bånd.

Artikkel 4

Weber, B.A., Roberts, B.L., Chumbler, N.R., Mills, T.L. & Algood, C.B. (2007). *Urinary, Sexual, and Bowel Dysfunction and Bothe rafter Radical Prostatectomy*.

Hensikt: Hensikten med denne studien var å finne ut hvilke av de tre bivirkningene: urininkontinens, potensproblemer eller tarmlager som var mest plagsomme som følge av prostatektomi.

Utvalg og metode: Dette er en kvalitativ undersøkelse der 72 menn deltok, seks uker etter gjennomført prostatektomi. Deltagerne ble intervjuet over telefon.

Artikkel 5

Tittel: Varre, P., Slettebø, Å. & Ruland, C. (2011). *"Det er mitt liv det gjelder". Kreftpasienters beskrivelse av mestrings muligheter, slik det kommer til uttrykk på et internettbasert diskusjonsforum*.

Hensikt: Studiens hensikt var å få innsikt og forståelse for kreftpasienters mestrings muligheter slik det kommer til uttrykk gjennom deres beskrivelser på internettbaserte diskusjonsforum. Økt innsikt og forståelse for mestrings mulighetene til kreftpasienter vil ha betydning for utøvelse av sykepleie. Både når det gjelder informasjon og oppfølging av pasienter, samt undervisning av helsepersonell.

Utvalg og metode: Metoden er kvalitativ og 162 pasienter med bryst og prostatakraft, fikk tilgang til et lukket internettbasert diskusjonsforum. 62 av disse deltok med diskusjonsinnlegg og 711 innlegg ble samlet i løpet av en 2 års periode.