

UNIVERSITETET I
NORDLAND

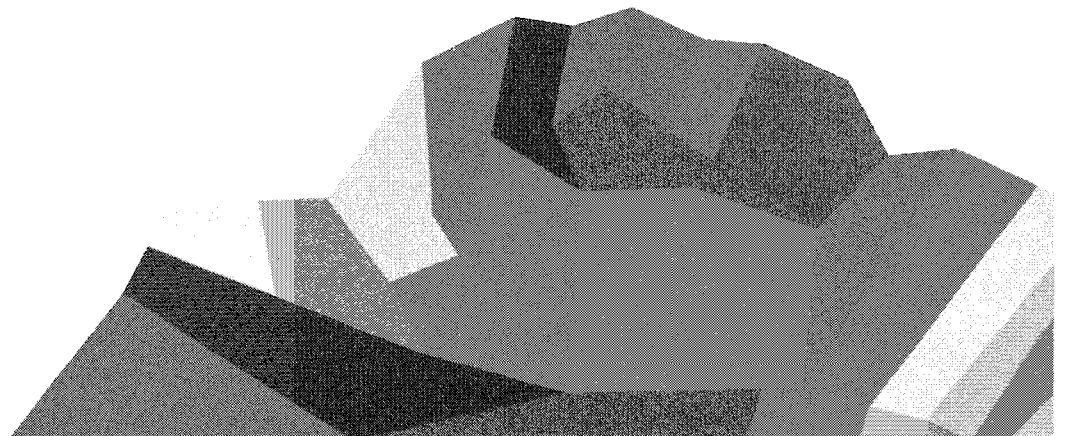
SY180H
Bacheloroppgave i sykepleie

Hvordan kan sykepleiere hjelpe en pasient med nyoppdaget prostatakreft

Kull 08V
28.10.2011

Kandidatnr.
17

[Hagan, Malin Bang]



Innholdsfortegnelse

1.0	Innledning	s.3
1.1	Bakgrunn for valg av tema	s.3
1.2	Problemstilling	s.4
1.3	Avgrensing av oppgaven	s.4
1.4	Oppgavens hensikt	s.4
1.5	Oppgavens oppbygging	s.5
2.0	Metode	s.6
2.1	Kvalitativ metode	s.6
2.2	Kvalitativt intervju	s.6
2.3	Kvantitativ metode	s.7
2.4	Datasamling	s.7
2.5	Litteratursøk og kilder	s.7
2.6	Bakgrunn for valg av artikler	s.8
3.0	Teoridel	s.9
3.1	Krisereaksjoner	s.9
3.2	Sykepleieteoretisk referanseramme	s.10
3.3	Veiledning og informasjon til pasient med nyoppdaget prostatakraft	s.12
3.4	Prostatakraft	s.13
3.4.1	Symptomer på prostatakraft	s.13
3.4.2	Hvordan diagnostisere prostatakraft	s.13
3.4.3	Behandling av prostatakraft	s.14
3.4.4	Komplikasjoner ved prostatakraft	s.14

4.0	Hvordan kan sykepleiere hjelpe en pasient med nyopptaget prostatakreft	s.15
4.1	Veiledning og informasjon til pasient	s.15
4.2	Trygging av pasient	s.19
4.3	Mestring av livssituasjon	s.21
5.0	Oppsummering	s.26
	Pensumlitteratur	s.27
	Selvvalgt litteratur	s.28

Vedlegg:

Vedlegg 1: Intervjuguide

Vedlegg 2: Brev til leder

Vedlegg 3: Tillatelse til innhenting av data

Antall ord: 9199

1.0 Innledning

Den vanligste kreftformen blant norske menn er i følge Jacobsen, D. m.fl. (2001) prostatakreft. I 2008 fikk ble så mange som 4168 menn diagnostisert med prostatakreft (Varre, P., Slettebø, Å., og, Ruland, C., 2011).

Det å få en kreftdiagnose vil for den det gjelder kunne oppleves som svært vanskelig. En kreftpasient er ikke bare en av mange med samme diagnose, og en av mange kreftsyke man skal behandle. En pasient er først og fremst et menneske, en person som reagerer på det å få en livstruende sykdom på sin egen måte. Jeg har i min oppgavebesvarelse fokusert på hvordan sykepleiere kan være tilstede for pasienter med en nyoppdaget prostatakreft, og hvordan man kan sørge for at han kan oppleve en god livskvalitet til tross for den vanskelige situasjonen han befinner seg i.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Å få lov å bruke god tid på å fordype meg i et selvvalgt tema er noe jeg føler jeg er privilegert som får gjøre. Som sykepleierstudent i mitt siste semester har jeg til nå fått vært igjennom mye spennende lærdom, både gjennom forelesninger, selvstudier og ikke minst ved å være i praksis ute i feltet. Da jeg var i sykehuspraksis, la jeg merke til at det var svært mange av de mennene jeg kom i relasjon med som hadde diagnosen prostatakreft. Dette var i grunn menn i alle aldre, men som oftest var det eldre menn i 60-70 årene. Jeg syntes det var merkelig at så mange menn var rammet av denne kreftformen. Og ved å oppsøke kunnskap om dette kunne jeg lese at av kreft som rammer menn i Norge var faktisk prostatakreft den mest vanlige. Almås, H. (2005) skrev i sin bok *Klinisk Sykepleie Bind 2* at denne formen for kreft oftest rammet eldre menn, og sjeldent yngre.

Jeg har tatt stor interesse for temaet prostatakreft, og spesielt hos yngre menn med tanke på at de kanskje befinner seg i en annen livssituasjon og med tanke på eventuelle komplikasjoner ved denne diagnosen, uansett om de blir helbredet fra sin kreftdiagnose.

Jeg har valgt temaet menn med *nyoppdaget* prostatakreft, og hvordan vi som sykepleiere kan være tilstede for de i en vanskelig periode av livet. Dette kan være seg informasjon, veiledning og trygging til både pasienten, men også hans pårørende. Det å få kreft kan oppleves som en livskrise for den det rammer.

1.2 Problemstilling

"Hvordan kan sykepleiere hjelpe en pasient med nyoppdaget prostatakreft?"

1.3 Avgrensning av oppgaven

Jeg har avgrenset min besvarelse til å omhandle menn mellom 40-50 år med en nyoppdaget prostatakreft. Jeg vil legge mitt fokus på pasienten selv, men vil også trekke inn viktigheten med å være tilstede for pasientens pårørende.

Grunnet oppgavens omfang og antall ord har jeg valgt å ikke fokusere på medisinsk behandling ved prostatakreft, da dette heller ikke vil være direkte relevant til problemstillingen heller.

Jeg har heller ikke valgt å skrive om kulturforskjeller, selv om dette i grunn ville kunne ha vært relevant i forbindelse med hvordan en pasient og hans pårørende vil kunne reagere på, og takle det å ha fått en livstruende sykdom. Denne avgjørelsen ble også tatt med tanke på oppgavens omfang.

1.4 Oppgavens hensikt

Hensikten med min bachelorbesvarelse er å redegjøre for viktigheten av å være tilstede for pasienten i en opplevd livskrise, som i dette tilfellet er ved en nyoppdaget prostatakreft. Det kan være flere aspekter ved det å få denne diagnosen som gjør at pasienten vil trenge trygging, informasjon og veiledning fra oss som sykepleiere. Da det kan oppstå komplikasjoner for pasienten senere i livet som følge av behandlingen ved denne kreftformen (Komplikasjoner som blant andre nedsatt sexlyst, nedsatt evne til ereksjon og inkontinens).

Siden jeg har valgt å fokusere på den yngre aldersgruppen som får diagnosen prostatakreft vil kanskje nettopp disse komplikasjonene være av stor betydning for hvorvidt pasienten opplever god livskvalitet. Bare det å få en kreftdiagnose, som er ganske alvorlig i seg selv, kan for noen også gi dødsangst. Tilstedeværelse for pasienten og hans pårørende vil derfor være svært viktig.

1.5 Oppgavens oppbygging

Del 1 av oppgaven min består av innledning, bakgrunn for valg av tema, problemstilling, avgrensning av oppgave, oppgavens hensikt, og oppgavens oppbygging.

I del 2 har jeg tatt for meg metode, beskrivelse av hva en kvalitativ metode er og også litt om hva en kvantitativ metode går ut på. I denne delen har jeg også skrevet om datasamlingen til denne oppgaven, litteratursøk og kilder, samt bakgrunn for valg av forskningsbaserte artikler jeg har benyttet meg av i oppgaven.

Del 3 er teoridelen i min oppgave. Her er det først krevet litt om kriseteorier da det å få kreft kan oppleves som en livskrise for den det gjelder. Jeg har valgt Virginia Henderson som min sykepleieteoretiske referanseramme og har tatt for meg litt om hvem hun var og hva hun sto for, og hvilken betydning det har for vår utøvelse av sykepleie den dag i dag. Jeg har også i teoridelen tatt for meg veiledning og informasjon til pasienter i en livskrise og viktigheten av disse to punkter. Jeg valgte og ikke se veiledning og informasjon som to separate begreper, da jeg føler at disse to er av like stor betydning for at jeg skal få frem det jeg ønsker å formidle.

Videre har jeg skrevet om hva Prostatakreft er, symptomer, diagnostisering, behandling og komplikasjoner ved denne kreftformen.

Del 4 er drøftedelen. Her drøfter jeg ut i fra problemstillingen ved å se nærmere på det teoretiske som ligger til grunne for temaet og det relevante fra intervjuet med kreftsykepleier.

Del 5 er en oppsummering av de tanker jeg har gjort meg, og den kunnskapen jeg føler jeg sitter igjen med etter å ha jobbet med emnet sett ut fra min problemstilling.

2.0 Metode

Jeg har valgt å bruke en kvalitativ metode i min oppgave. Og som en del av datasamlingen har jeg hatt et kvalitativt intervju med en kreftsykepleier, og benyttet meg av forskningsbaserte artikler basert på kvalitative litteraturstudier.

2.1 Kvalitativ metode

I følge boken *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* av Malterud, K. (2003) bygger kvalitative metoder på menneskers egne erfaringer og karaktertrekk, og analysering og beskrivelse av disse. Et kvalitativt intervju vil da baseres på intervjuobjektets erfaringer og opplevelser (Fenomenologi) innen feltet og temaet i intervjuet, og intervjuobjektets fortolkning av disse erfaringene og opplevelsene (Hermeneutikk). Det er innen samhandlinger mennesker i mellom, for eksempel mellom sykepleier og pasient, at kvalitative metoder og tilnærminger står sterkest (Malterud, K., 2003).

2.2 Kvalitativt intervju

I følge boken *Metode og oppgaveskriving for studenter* av Dalland, O. (2007) bringer et kvalitativt intervju intervjuobjektet og intervjuer sammen om et tema eller fagfelt som de begge er opptatte av. De påvirker heretter hverandre gjennom de spørsmålene intervjueren stiller og de svar intervjuobjektet kommer med. Det kommer videre frem at dette ikke må sees på som feilkilde, men som det som faktisk gjør et intervju kvalitativt. Man må som intervjuer følge godt med på hva intervjuobjektet forteller, ha is i magen og ikke bryt inn for raskt om intervjuobjektet blir stille, det kan være en viktig tenkepause. Det er i det hele tatt svært viktig å lytte godt på hva intervjuobjektet forteller. Ved å vise stor interesse og å lytte aktivt på hva han/hun forteller kan svært nyttig informasjon komme frem av intervjuet. Formålet med et kvalitativt intervju er nettopp det å få frem intervjuobjektets personlige opplevelser og forståelser av fenomener (Dalland, O., 2007).

2.3 Kvantitativ metode

Dalland, O. (2007) skriver at en kvantitativ metode har som hensikt å forme den gitte informasjonen om til målbare enheter, som for eksempel grafer, presenter og gjennomsnitt. Både de kvalitative og de kvantitative metodene har som mål å gjøre rede for en forståelse av samfunnet. Utenom dette er disse to metodene svært forskjellige. Ved en kvalitativ metode viser man til fenomenets egenskaper, mens man ved kvantitative metoder karakteriserer et fenomen ved hjelp av data, for eksempel som skrevet over grafer, presenter og utregnede gjennomsnitt, hvor man til slutt vil bruke disse talldataene til å analysere resultatet (Dalland, O., 2007).

2.4 Datasamling

Jeg har brukt relevant litteratur, både pensumlitteratur og selvvalgt litteratur, samt forskningsbasert litteratur. Jeg har også benyttet meg av et kvalitativt intervju med en kreftsykepleier med flere års arbeidserfaring innen sykepleie og kreftsykepleie.

For å kunne bruke et kvalitativt intervju måtte jeg først søke Universitetet om tillatelse til innhenting av data, for så å kontakte leder ved den aktuelle avdeling der jeg ønsket å få gjennomført et intervju. Jeg ringte først, for så å sende et formelt skriftlig brev. I dette brevet informerte jeg avdelingslederen om hva jeg ønsket å få svar på i intervjuet, hvordan intervjuet skulle gå seg til, og jeg fortalte også om anonymisering, opptak av intervju på lydbånd og videre om sletting av opptak etter ferdig transkribering. Intervjuobjektet fikk også mulighet til å lese den ferdige intervjuguiden i god tid før intervjuet skulle finne sted for å kunne forberede seg best mulig.

2.5 Litteratursøk og kilder

Jeg søkte i Google Scholar med søkeordene *män, prostatektomi, opplevelser, sjuksköterska, vård* og fikk opp 194 treff. Av de første artiklene som kom opp fant jeg artikkelen *Mäns upplevelser efter genomförd prostatektomi till följd av prostatacancer* av Rindelöv, J. (2010).

Et videre søk i Google Scholar med søkeordene *impotens, prostata, livskvalitet, vård, sjuksköterska* fant jeg artikkelen *Manlig impotens – Livskvalitet, stöd och information* av Fjellström, A. og Svensson, J. (2006). Antall treff i Google Scholar var med de nevnte søkeordene 47 treff.

Jeg søkte også i samme database med søkeordene *mestringsmuligheter, prostata, sykepleie* og fikk opp tre treff, og fant slik artikkelen *Det er mitt liv det gjelder* av Varre, P., Slettebø, Å., og, Ruland, C. (2011).

2.6 Bakgrunn for valg av artikler

Den første artikkelen jeg har benyttet meg av er *Mäns upplevelser efter genomförd prostatektomi till följd av prostatacancer* av Rindelöv, J. (2010). Artikkelen tar for seg menn fra 40 år og oppover i alder som har gjennomgått en prostatektomi. Da det kommer frem av artikkelen at de vanligste negative følger ved en slik operasjon er impotens og inkontinens. Forfatteren tar for seg nettopp menns opplevelser ved det å bli impotent og inkontinent etter en prostatektomi og viktigheten ved at sykepleiere er bevisste pasientens psykiske følger ved nettopp dette, da det for de fleste vil oppleves som svært vanskelig. Artikkelen *Manlig impotens – Livskvalitet, stöd och information* av Fjellström, A. og Svensson, J. (2006) har jeg valgt å bruke i oppgavebesvarelsen min på det grunnlag at den tar for seg hvordan man som sykepleiere kan være tilstede og støtte pasienter som er impotente, for eksempel som følge av prostatakraft, og hvordan større kunnskap innen emnet vil gjøre det lettere for sykepleieren å samtale med pasienten om impotens.

Artikkelen *Det er mitt liv det gjelder* av Varre, P., Slettebø, Å., og, Ruland, C. (2011) tar for seg hvordan kreftpasientene selv føler de kan mestre sin livssituasjon, slik de selv har beskrevet det på internettforum.

3.0 Teoridel

Jeg har i teoridelen sett nærmere på pasientens krisereaksjoner og sykepleieteoretiker Virginia Henderson, og hennes teori. Videre har jeg skrevet om veiledning til kreftpasienter, fakta om prostatakreft og hva denne kreftdiagnosen innebærer.

3.1 Krisereaksjoner

I følge boken *Kreftsykepleie – Pasient – Utfordring- Handling* av Reitan, A.M. og Schjølberg T.K. (2004) må man for å kunne hjelpe pasienten i hans vanskelige situasjon, kjenne til hvilke forskjellige psykiske reaksjoner som kan oppstå for pasienten. Det er også vanlig at flere profesjoner jobber sammen for å hjelpe et menneske i krise.

Forfatterne henviser i sin bok til Jerlang (1987) som sier at det kan oppstå påvirkning av et menneskes mestringssevne ved det å oppleve en livskrise. Et eksempel på en livskrise er det å bli rammet av en alvorlig sykdom, man hører om det til vanlig, men man tenker aldri at det skal skje en selv. Hvordan en pasient reagerer på å komme opp i en slik livstruende situasjon avhenger av hvordan han tidligere i livet har taklet kriser. Har han erfart positivt tidligere vil dette kunne styrke han i møtet med en slik livskrise. Har han derimot negative tidligere erfaringer vil dette kunne påvirke han i den grad at han kan minske sin mestringsfølelse i møtet med denne nye vanskelige situasjonen (Reitan, A.M. og Schjølberg T.K., 2004). Videre kommer det frem at pasienten kan oppleve en dobbel krise da de både opplever en livskrise og samtidig opplever en traumatisk krise, som igjen kan føre til en forsterkning av følelser ved det å få en livstruende sykdom. I følge boken *Kommunikasjon i relasjoner* av Eide, H. og Eide, T. (2000) vil man i løpet av livet oppleve flere former for krise, og dette vil gi erfaringer som man tar med seg videre i livet og som fører til utvikling. Men dersom et menneske opplever en krise i forbindelse med for eksempel en livstruende sykdom vil hele livskrisen kunne bli forsterket følelsesmessig for personen. Ved å vise pasienten at vi forstår han, er der for han ved å støtte, samtale og oppmuntre kan det føre til at pasienten opplever bearbeidelse av krisen.

Som sykepleier skal man både for pasienten, men også hans pårørende, bidra til at de mestrer den vanskelige situasjonen de er kommet opp i så godt som det vil være mulig for dem.

Å bidra til at pasienten og hans pårørende mestrer den vanskelige situasjonen kan være en utfordring for sykepleieren. Man må ha kunnskap og evne til å samtale med pasienten og hans pårørende (Eide, H. og Eide, T., 2000)

3.2 Sykepleieteoretisk referanseramme

Som sykepleieteoretisk referanseramme i denne bacheloroppgave har jeg valgt å bruke Virginia Henderson.

Virginia Henderson (1897-1996) var en amerikansk sykepleieteoretiker.

Hun var i 1921 ferdig utdannet sykepleier ved Columbia University Teachers College, etter at hun under første verdenskrig dannet sin interesse for yrket. Hun hadde da et ønske om å kunne få hjelpe de skadene soldatene. Etter å ha utdannet seg til sykepleier fortsatte hun å studere ved samme college, hvor hun også senere underviste i faget frem til 1948. Henderson's sykepleiedefinisjon, teori og prinsipper har også påvirket sykepleieteoretikere i den senere tid, deriblant Dorothea Orem, og hennes egenomsorgsmodell (Kristoffersen, N.J., 2004).

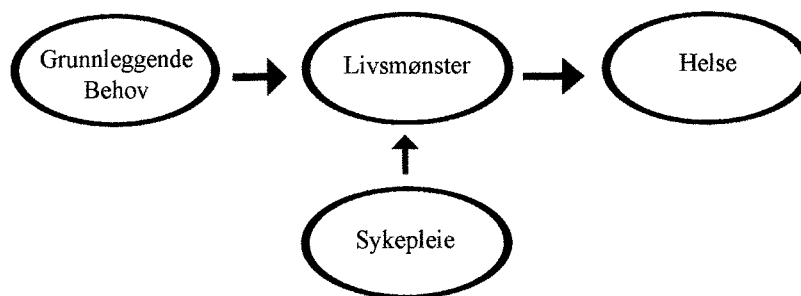
Henderson sier at vi som sykepleiere skal, så langt det lar seg gjøre, hjelpe pasienten til å utføre de nødvendige gjøremål for å få dekket sine grunnleggende behov. Dette er gjøremål som pasienten normalt ville utført selv, uten hjelp, dersom han hadde tilstrekkelige ressurser for å klare det. Hun ønsket at pasienten så fort som mulig skulle gjenvinne sin uavhengighet. Om pasienten ikke vil kunne oppnå sin selvstendighet igjen vil det være sykepleierens ansvar å sørge for å hjelpe pasienten å dekke sine grunnleggende behov. Henderson sier også at det vil være sykepleierens ansvar å hjelpe en døende pasient i den grad at han får en verdig død (Kristoffersen, N.J., 2004).

I følge Kirkevold, M. (1998) oppfatter Henderson mennesket dit hen, at han til vanlig klarer å imøtekomme sine grunnleggende behov selv.

Ved sykdom kan mennesket miste evnen til å imøtekomme disse behovene og vil da trenge sykepleie.

Henderson har i sin bok *Sykepleiens natur – Refleksjoner etter 25 år* (2011) laget en liste over individets grunnleggende behov, i alt 14 stykker. Disse går ut på at individet skal kunne få til å spise og drikke, kvitte seg med avfallsstoffer, ha behagelige kroppsstillinger og bevegelser av kroppen sin, puste normalt, ha tilstrekkelig med søvn og hvile, kunne velge klær og å kle av og på seg, ha normal kroppstemperatur, ha en ren og velpleid kropp med en beskyttet hudoverflate, unngå farer i miljøet, kunne kommunisere med andre rundt seg, dyrke sin tro, styrke selvfølelsen sin, rekreasjon, læring og oppdagelser eller å få tilfredsstilt sin nysgjerrighet, noe som igjen vil føre til en normal utvikling og helse (Henderson, V. A., 2011).

Kirkevold, M. illustrerer i boken *Sykepleieteorier – Analyse og evaluering* (1998:76) Henderson's teori slik:



Et menneske sin evne til å kunne observere og å se andre mennesker og deres behov vil alltid være begrenset, noe som vil være av betydning for hvordan en utfører sykepleie til en pasient. Henderson sier at man skal erkjenne seg dette, og utfra dette likevel gjøre sitt ytterste for å tilstrebe at pasienten får dekket sine behov (Kirkevold, M., 1998).

3.3 Veiledning og informasjon til pasient med nyoppdaget prostatakreft

For å kunne være tilstede for pasienten og hans pårørende i form av å bidra til å gi veiledning er det viktig at sykepleieren har gode kommunikasjonsferdigheter. Grunnleggende ferdigheter er i følge Eide, H. og Eide, T. (2000); at vi evner å lytte, skape gode relasjoner mellom pasient-behandler. Å vite hvordan vi holder en god samtale, at vi vet hvordan vi formidler informasjon til pasienten, og er åpen for det pasienten måtte komme med under en samtale. Vi må hjelpe pasienten med å finne sine ressurser og finne løsninger.

"Ingenting er alltid riktig, og ingenting er alltid galt – Kanskje bortsett fra forsøk på å alltid si det "riktige" i stedet for det ekte som kommer spontant." (Falk, B, 2008:12).

I følge boken *Å være der du er – samtale med kriserammede* av Falk, B. (2008) skal man skape en god kontakt med pasienten, den gode kontakten vil skapes av at man vier pasienten en ekte tilstedeværelse og oppmerksomhet. I følge Reitan, A.M. og Schjølberg, T.K. (2004) er sykepleieren opptatt av å bevare kreftpasientens håp, og formidler informasjonen ut fra dette, men også med vekt på at den gitte informasjonen skal la pasienten ha forståelse for den situasjonen han befinner seg i. Jeg vil tro at en pasient som nettopp er blitt diagnostisert med en livstruende sykdom, kan være sensitiv og kanskje ikke like sterk psykisk som han til vanlig er. Da vil det kanskje være ekstra viktig at vi også legger vekt på også *hvordan* vi formidler informasjon til pasienten.

"Alle som befinner seg i en vanskelig situasjon, prøver å finne en mening med det som skjer. Veien til å finne mening kan være å henvende seg til andre mennesker, snakke med familie og venner, støtte seg til tidligere erfaringer, eller få tilgang til informasjon og kunnskap om kreft." (Reitan, A.M. og Schjølberg, T.K., 2004:71).

Reitan, A.M. og Schjølberg, T.K. (2004) sier at en av de største utfordringene til en kreftpasient er å miste kontrollen over sitt eget liv. Og ved å få en bredere kunnskap om sin egen sykdom, vil pasienten kunne ha en større mulighet for å få tilbake følelsen av kontroll over sin egen livssituasjon. Ved at sykepleier gir god informasjon til pasienten vil jeg tro det kan øke pasientens kunnskap og forståelse av egen livssituasjon.

En kreftpasient vil kanskje kunne trenge veiledning på flere områder, blant annet på hvordan han kan formidle til sine pårørende om sykdommen og dens forløp. Hvordan han ønsker å legge opp løpet videre, om bivirkninger av behandling, for eksempel hvordan pasientens samliv og seksualitet vil kunne fungere etter behandling (Reitan, A.M. og Schjølberg, T.K., 2004).

3.4 Prostatakraft

I følge boken *Sykdomslære* av Jacobsen, D. m.fl. (2001) er prostatakraft den vanligste formen for kreft blant menn, og ca. 20 % av alle tilfeller av kreft hos menn er prostatakraft. Man ser sjelden tilstanden hos yngre menn, da hyppigheten øker ved alder og gjerne hos menn over 60 år. I følge Almås, H. (2005) er det aller vanligst at diagnosen prostatakraft stilles hos menn i aldersgruppen 70-74 år. Videre kommer det frem at dess yngre pasientene som diagnostiseres med denne krefttypen er, dess større er risikoen for å dø som følge av kreften. I følge Jacobsen, D. m.fl. (2001) dør de fleste ikke av prostatakraften, men med den. Videre kommer det frem at det er en lav malignitetsgrad ved prostatakraft.

3.4.1 Symptomer på prostatakraft

Symptomer på prostatakraft er blant annet hyppigere vannlating, pasienten vil kunne oppleve ubehag som å slite med å få tømt blæren skikkelig, liten kraft på urinstrålen og vanskeligheter med å komme i gang med vannlating. Dersom pasienten er sengeliggende, eller ved inntak av spesielle medikamenter eller alkohol kan også pasienten oppleve urinretensjon (at pasienten ikke klarer å tømme blæren selv, for eksempel ved en forstørret prostatakjertel). Ved urinretensjon legges det inn kateter slik at pasienten får til å tømme blæren (Jacobsen, D., m.fl., 2001).

3.4.2 Hvordan diagnostisere prostatakraft

For å diagnostisere en pasient med prostatakraft vil man ofte kjenne på pasientens prostatakjertel. Er kjertelen elastisk og fast og jevn vil det oftest vise seg å være en godartet forstørrelse av kjertelen. Ved kreft vil det være en hard og ujevn prostatakjertel. En cystoscopi vil bli foretatt for å se om kjertelen har gått inn i pasientens blære. En biopsi vil også kunne fortelle om pasienten har kreft i prostatakjertelen. Dersom pasienten har en forhøyet mengde med sure fosfater i blodet vil det ofte være at pasienten har fått metastaser til skjelettet (eventuelle skjelettmetastaser vil også kunne påvises ved en røntgenundersøkelse). Vanligst ved skjelettmetastaser er i følge Almås, H. (2005) er at man finner spredningen ved hofter, korsrygg, bekken og ribbein.

PSA (Prostata spesifikt antigen) er et proteolytisk enzym som skilles ut fra prostatakjertelens celler. Dette enzymet påvises i blodet, og ved forhøyede verdier vil det kunne være prostatakreft (Almås, H., 2005). Jacobsen, D. m.fl. (2005) skriver at disse blodprøvene også brukes for å følge med i utviklingen av pasientens prostatakreft.

3.4.3 Behandling av prostatakreft

En behandling av prostatakreft består av lindring av pasientens plager, hormonbehandling og eventuelt en operasjon, alt avhengig av pasientens alder, helse og hvor langt kommet kreften er. For å lindre pasientens plager (Som ofte gjelder plager med urinretensjon) vil det være mest vanlig å legge inn et kateter via urinrøret, eller å legge inn et suprapubiskateter (blærepunksjon) slik at pasienten får tømt blæren sin. Ved hormonbehandling gis østrogen fordi man ønsker å hemme vekst av tumoren. Jacobsen, D. m.fl. (2001) skriver også at det vil ofte være best å operere bort begge av pasientens testikler slik at man er enda mer sikker på å hemme vekst av tumoren, da veksten er hormonavhengig. For operasjon av prostatakjertelen finnes det fire måter å operere på, hvorav bare én av måtene er mest brukt i Norge da den er mest skånsom for pasienten. Denne operasjonen utføres kun dersom tumoren ødelegger for pasientens vannlating. Operasjonen kalles TUR (Transurethral reseksjon) og går ut på at deler av prostatakjertelen skjæres av og fjernes gjennom cystoskop (Jacobsen, D., m.fl., 2001). Det vil også kunne være aktuelt å fjerne hele prostatakjertelen, dette kalles en radikal prostatektomi. Etter en radikal prostatektomi vil pasienten kunne bli plaget med en nedsatt evne til ereksjon, ha urinlekkasjer og han kan også bli plaget med uretra striktur (trangt urinrør). Annen behandling av prostatakreft kan være strålebehandling (Brukes både for lindre smerter hos pasienten og for å kurere eller stanse utvikling av kreften) (Almås, H., 2005).

3.4.4 Komplikasjoner ved prostatakreft

Komplikasjoner ved prostatakreft og spredning av prostatakreft er blant annet avklemming av urinrøret som følge av staser i urinveiene, nedsatt seksuallyst og manglende mulighet for ereksjon som følge av hormonbehandlingen som reduserer pasientens testosteronnivå i blodet. Smerter i skjelettet (dette er oftest ved langt kommet prostatakreft, hvor kreften har spredt seg til pasientens skjelett.). Pasienten kan også ved skjelettmetastaser oppleve lammelser i bena sine da kreften kan spre seg til ryggvirvlene hvor den klemmer på nerver. Metastaser i skjelettet kan også føre til lettere brudd i pasientens lårbeinsskaff og lårhals, det kan også føre til lymfeødem i bena som igjen kan føre til trykksår da det vil være vanskelig for pasienten å bevege seg som tilfredsstillende.

4.0 Hvordan kan sykepleiere hjelpe en pasient med nyoppdaget prostatakreft

Med bakgrunn i oppgavebesvarelsens problemstilling "*Hvordan kan sykepleiere hjelpe en pasient med nyoppdaget prostatakreft?*", har jeg valgt å dele drøftingen inn i tre deler; Veiledning og informasjon til pasient, trygging av pasient, og mestring av livssituasjon.

4.1 Veiledning og informasjon til pasient

Sykepleiere trenger i følge Reitan, A.M. og Schjølberg, T.K. (2004) stor kunnskap i samtaleteknikk for å kunne gi en tilstrekkelig god veiledning og informasjon til kreftpasienten og hans pårørende. Det å vise empati, forståelse og åpenhet ovenfor pasienten vil jeg også tro at er av høy viktighetsgrad i en pasient-behandler relasjon.

Jeg vil tro tilstrekkelig og god veiledning og informasjon er svært viktig for en pasient i denne fasen av et sykdomsforløp. Han har nettopp blitt diagnostisert med en livstruende sykdom, og for mange vil det kanskje føles som at verden faller sammen. Mange har også ikke bare seg selv og sykdommen i tankene, men også sine pårørende.

"Av de mennene som er blitt diagnostisert med prostatakreft, er den yngre gruppen helt klart på et annet sted i livet. Mange har kanskje nettopp etablert seg og noen har små barn, og de tenker nok veldig mye på familien sin og hvordan de takler det hele. De tenker ofte nesten mer på sine pårørende enn på seg selv." (Informant).

At pasienten tenker mye på sine pårørende i den situasjonen han har havnet i, er for meg veldig forståelig. I noen familier føler kanskje mennene at de er familiens forsørger, og i noen tilfeller er de også det. Ved å bli livstruende syk er de kanskje redde for at familien ikke vil klare seg like godt økonomisk dersom sykdomsforløpet blir langvarig, eller at pasienten selv i verste fall ikke overlever sykdommen. Jeg vil anta at også det følelsesmessige aspektet spiller en veldig stor rolle. Det må være forferdelig å se at de du er glade i har det vondt, og for en kreftpasient vil jeg tro dette kan spille en rolle begge veier. De pårørende er redde for pasienten, og har kanskje vanskelig for å takle at pasienten er blitt syk, og liker ikke å se at han ikke har det bra. Men jeg vil tro pasienten heller ikke synes noe om å se at de pårørende også har det vanskelig. Noen pasienter vil kanskje kunne prøve å virke sterk ovenfor de pårørende, selv om sannheten er en helt annen.

Jeg vil si at det er av en stor viktighetsgrad at vi som sykepleiere ivaretar pasientens pårørende også. Og dette skjer selvfølgelig på pasientens premisser, da det er han som til syvende og sist bestemmer hvor mye han vil at de pårørende skal involveres.

"De fleste pasientene velger å involvere sine pårørende aktivt. Dette føles for mange som en trygghet i seg selv, fordi de pårørende kan fungere som en ressurs ved å holde trådene samlet for pasienten".
(Informant).

Jeg vil anta at det for pasienten kanskje vil kunne føles enklere om de pårørende involveres fra starten av. På denne måten kan pasienten slappe mer av, da han ser at de pårørende også blir godt ivaretatt. Men jeg vil påpeke at dette ikke nødvendigvis trenger å gjelde alle. Noen pasienter vil kanskje ønske å holde de pårørende litt utenfor, kanskje også for å beskytte dem, da noen pårørende kan takle hele situasjonen dårlig.

Det er viktig å påpeke at de pårørende også kan være en stor ressurs for pasienten. Som sitert av informant ovenfor, kan de pårørende for mange være en ressurs i form av å holde en oversikt for pasienten. Jeg vil anta at de kan fungere nesten som en høyre hånd, en slags trådsamler. På denne måten vil kanskje pasienten kunne fokusere mer på å slappe av, og å samle krefter. Det er nok også veldig viktig at vi som sykepleiere evner å se at de pårørende kan fungere som en såpass god ressurs, og at vi dersom pasienten selv tillater det, også kan benytte oss av dette. Men det er nok svært viktig at vi husker på at de pårørende heller ikke skal slites ut, selv om de kanskje selv påtar seg mye ansvar så trenger de nok å samle krefter de også, da situasjonen kan oppleves svært vanskelig for dem. Her vil jeg tro at det kan være greit å ha en god samtale med pasienten og de pårørende, slik at man får avklart i hvilken grad de ønsker å bli trukket inn.

Når det gjelder veiledning vil muligens pasienten kunne komme til å trenge dette på flere punkter. For mange med prostatakreft vil jeg tro blant annet det seksuelle vil kunne være et tema, da mange etter operasjon dessverre kan bli både impotente og inkontinente.

"De yngste pasientene bekymrer seg oftere mer enn den eldre gruppen med pasienter over hvordan sexlivet vil bli etter en operasjon. Dette kommer nok av at de yngre som oftest kanskje har et mer aktivt sexliv i utgangspunktet. Noen er kanskje nettopp etablerte, og noen er kanskje i en fase av livet hvor de holder på å etablere seg, og dem bekymrer seg en del. Noen sliter mye med disse bekymringene. Den eldre gruppen med pasienter sier lite om dette, og det virker ikke som at det går like mye inn på dem, de har ikke et like stort fokus på seksualiteten. Dette kan jo komme av flere ting, men alderen og det faktum at de er på et annet sted i livet er nok av betydning." (Informant).

Mange av de yngre pasientene opplevde at de sleit mye med dette rundt hvordan sexlivet deres ville bli etter endt behandling. I følge Reitan, A.M. og Schjølberg, T.K. (2004) unngår mange i helsevesenet å snakke med pasientene om deres seksualitet. Kanskje er det et litt tabubelagt tema. Det krever stor kunnskap og ikke minst empati og forståelse fra sykepleieren sin side om hvilke utfordringer pasienten kan støte på i forbindelse med problemer ved en eventuell impotens.

I følge forskningsartikkelen *Manlig impotens – Livskvalitet, stöd och information* av Fjellström, A. og Svensson, J. (2006) vil enkelte menn kunne oppleve å miste sin manndom dersom de blir impotente, og ved det vil jeg tro de føler de vil miste en stor del av det som gjør de til den personen de er. Det er ganske tydelig at det vil være nødvendig for mange med god veiledning og informasjon rundt dette temaet slik at de ikke lider unødvendig.

Reitan, A.M. og Schjølberg, T.K. (2004) sier at det kan være bra at de pasientene som er i et forhold kan få tilbud om å ha veiledning og informasjon om seksualitet sammen med sin partner, mens de som er enslige må få hjelp til hvordan leve et tilfredsstillende godt liv med sin seksualitet. Hovedsakelig skal man i veiledningen fokusere på at pasienten skal kunne ha en god seksuell helse. Med god seksuell helse mener jeg at pasienten kan leve tilfredsstillende med sin seksualitet uten å føle at han legger for mye fokus på det å være impotent. Det å ha en god seksuell helse kan være like individuelt som hvordan en person opplever å ha en tilfredsstillende god livskvalitet, det er forskjellige aspekter som spiller inn for de forskjellige personer. Det jeg vil tro at vi som sykepleiere kan gjøre for at pasienten skal kunne oppleve en god seksuell helse er å veilede han dit hen at han forhåpentligvis oppnår et tilfredsstillende selvbilde.

Jeg vil som Reitan, A.M. og Schjølberg, T.K. (2004) sier, tro at det å ha med en eventuell partner i veiledningen vil kunne gjøre det enklere for pasienten fordi partneren blir tatt med fra starten av og kanskje får en økt forståelse for pasienten sitt reaksjonsmønster rundt dette å slite med seksualiteten etter behandling. Faulkner, A. og Maguire, P. (1998) understøtter også viktigheten av å involvere

pasientens partner i en parterapi. Det kan jo hende at pasienten både bevisst og underbevisst har prestasjonsangst for partneren sin med tanke på sexlivet, også dersom han skulle bli impotent. At partneren blir tatt med i veiledningen vil kanskje kunne minske dette stresset for pasienten. Rindelöv, J. (2010) forteller også at det for flere menn var svært viktig at partneren fikk ta del i denne veiledningen.

For eldre pasienter vil det å bli impotent muligens ikke ha en like stor betydning som det vil kunne ha for den yngre pasientgruppen, da de ofte har vært sammen med partneren sin i en årrekke, og føler en trygghet i forholdet hvor sexlivet kanskje ikke lenger spiller en så stor rolle i livet deres. Ikke alle i denne aktuelle pasientgruppen er i et fast forhold, men jeg vil tro seksualiteten uansett spiller en stor rolle i livet deres også. For eksempel vil jeg anta at seksualiteten vil kunne spille en stor rolle i deres søken på en partner, kanskje vegrer de seg for å involvere seg mye i mennesker på det grunnlag at de er redde de ikke blir akseptert? Med dette mener jeg at de kanskje vil kunne oppleve en nedsatt selvfølelse ved det å slite med en impotens, noe jeg vil anta kan føre til en vanskelighet med å tilnærme seg en framtidig partner.

De aspektene jeg har nevnt rundt dette med veiledning og informasjon angående impotens, vil også kunne gjelde dersom pasienten skulle oppleve å bli inkontinent etter endt behandling. Jeg vil anta at særlig i den yngre gruppen med pasienter vil det å bli inkontinent kunne virke veldig inn på dem psykisk. Det og ikke lenger kunne føle en kontroll over egen kropp og kroppens reaksjonsmønster vil kanskje kunne ødelegge mye for den det gjelder, og pasienten vil nok kunne bruke mye tid på å tenke på hvordan han har det, i stedet for å tenke på hvordan han *kan* ha det, dersom han kan lære seg å leve med en inkontinens. Det er nok viktig at han klarer å leve med å være inkontinent i den forstand at inkontinensen ikke tar overhånd over livet hans.

At vi som sykepleiere sørger for en tilfredsstillende og god nok veiledning for pasienten, vil jeg anta at er av en stor betydning for hvordan han vil takle den situasjonen han er kommet i. Om ikke alle pasienter har et like stort behov for dette, så vil jeg anta at man ved hjelp av veiledning i alle fall kan klare å sørge for at pasienten føler en økt trygghet, og en økt tillit og følelse av en god ivaretagelse fra helsevesenet.

For å kunne gi pasienten en god veiledning er det kanskje viktig at vi som sykepleiere evner å se hvilke behov pasienten har bruk for veiledning på. Vi må huske på at vi gir ikke pasienten svaret, men vi hjelper han i den grad at han selv klarer å finne det (Tveiten, S., 2009). Her kan også Virginia Henderson trekkes inn, da det nettopp er dette hun fokuserer på, hvordan vi som

- sykepleiere kan veilede pasienten i den grad at han opplever en økt mestring, at vi hjelper pasienten med å hjelpe seg selv.

– Det å skape et rom som inngir til god samtale med pasienten, vil jeg anta er av høy viktighetsgrad.

- Med dette mener jeg, at jeg som sykepleier finner et sted som egner seg for god samtale. Et sted hvor man kan sitte i fred uten å bli forstyrret. Pasienten skal få en reell oppfattelse av at sykepleier har god tid til samtalen, og at denne samtalen også er noe sykepleieren ønsker. Ved at vi vier god tid til pasienten, vil jeg anta at han lettere tørr å åpne seg og sette ord på tanker og følelser. Tveiten, S. (2009) har delt veiledning inn i flere faser, blant annet fasen hvor man blir kjent og pasienten blir trygg på oss. At pasienten føler at vi har tid, at han føler seg sett og forstått vil jeg tro er en viktig del av den første fasen i veiledningen. I denne fasen vil jeg anta at jeg som sykepleier også erverver meg større kjennskap til pasienten. Noe jeg vil tro er viktig for grunnlaget av samhandling mellom pasienten og sykepleier.

Jeg vil tro at den veiledning og informasjon som sykepleier formidler til pasienten må gjentas flere ganger. Kanskje pasienten ikke forstod informasjonen og veiledningen på den måte sykepleier mente og formidlet det. Jeg vil anta at det er viktig at vi er sikker på at pasienten faktisk har mottatt og forstått den informasjon og veiledning som sykepleier har gitt. I følge Eide, H. og Eide, T. (2000) skal sykepleier ha kunnskap om hvordan å formidle informasjon.

4.2 Trygging av pasient

God veiledning og informasjon til pasienter med nyoppdaget prostatakraft vil kanskje kunne føre til at pasienten blir beroliget i den vanskelige situasjonen han befinner seg i. Er han rolig vil jeg tro han vil ha det lettere for å føle seg trygg. At en pasient føler en så tilstrekkelig og god trygghet som mulig vil jeg si er alfa omega i enhver situasjon. Jeg vil tro at det er vår oppgave å etterstrebe dette. Vi må være empatiske ovenfor pasienten, og vi må vise forståelse for at han føler som han gjør, da jeg vil anta at det å få en livstruende kreftsykdom for de fleste kan føles som en livskrise. Føler pasienten at han blir både sett og hørt av oss som sykepleiere vil jeg tro at han også lettere vil kunne føle en tillit til oss, og dermed også kan føle trygghet. Å føle at noen ivaretar deg når du trenger det som mest antar jeg er svært viktig. Vi må vise omsorg. I følge boken *Kommunikasjon i relasjoner* av Eide, H. og Eide, T. (2000) har det alltid ligget som et grunnlag for sykepleiere at man skal vise omsorg for pasientene, tenke på pasienten først og utøve nestekjærlighet ovenfor pasienten og hans pårørende.

"Når en pasient får diagnosen kreft, så følges han ikke bare opp av sykepleiere og kreftsykepleiere, men han følges tett opp av et helt system. De instansene det vil være naturlig for oss å samarbeide med er hjemmesykepleien, kreftleger, sosionomer, ernæringsfysiologer, fysioterapeuter, fastlege, patolog, psykolog, kreftforeningen, og faktisk til tider også med trygdekontor." (Informant).

Jeg vil tro at ved en slik ivaretagelse av et helt system, så vil forhåpentligvis pasienten føle seg godt passet på, og i trygge hender. Men det vil antas å være viktig at alle instansene vil kunne klare å samarbeide godt slik at ikke pasienten faller ut av systemet. Her vil jeg tro at pasientens pårørende kan komme inn som en god ressurs, som nevnt tidligere, da de ofte kan fungere som en trådsamler. Mye i dette systemet går kanskje av seg selv, men mye av kommunikasjon vil jeg tro likevel går mye gjennom pasienten og hans pårørende og de aktuelle instansene som kanskje ikke er direkte innblandet i behandlingen der og da.

Sykepleieteoretikeren Virginia Henderson forteller i sin bok *Sykepleiens natur – Refleksjoner etter 25 år* (2011) at vi som sykepleiere må lytte svært nøye til pasienten. Vi må observere han godt, ikke bare det verbale språket, men like viktig det non-verbale.

Pasientens kroppsspråk kan fortelle oss masse. Dersom vi som sykepleiere kan klare å sette oss inn i den vanskelige livssituasjonen pasienten befinner seg i vil jeg anta at det også vil kunne være lettere å skape et godt tillitsforhold til pasienten. Virginia Henderson forteller videre at nettopp det å kunne evne og sette seg inn i pasientens situasjon også kan være med på å gjøre at pasienten føler han kan tørre å åpne seg mer for oss, med andre ord vil et tillitsforhold være skapt. Henderson fokuserer som nevnt tidligere i min bacheloroppgave på å kunne hjelpe pasienten til selvhjelp, dette ved å hjelpe han med de oppgaver han vanligvis ville klart selv dersom han hadde hatt de nødvendige ressurser til dette. Jeg vil tro at for å kunne gjøre dette er det viktig at vi evner å kunne sette oss inn i pasientens situasjon, slik at vi ser han og at vi evner å se hvilke behov han faktisk har. Vi må se pasienten.

I følge Kristoffersen, N. J., (2004) skapes trygghet fra en ramme i et menneskes liv som gir struktur og forutsigbarhet. En orden i livet som gir en følelse av trygghet. Jeg vil ut fra dette tolke det slik at dersom kreftpasienten får en økt følelse av kontroll over sin egen situasjon, så vil han forhåpentligvis ha en økt følelse av trygghet. Forfatteren forteller videre at forutsigbarhet også kan redusere angst. Opplever pasienten at han gjennom sykepleieren kan ha en viss forutsigbarhet, så vil jeg anta at tilliten til sykepleieren også kan økes, og dermed skape trygghet.

-

Det kommer også frem at når sykepleieren har tilstrekkelig nok kunnskap vil pasientens tilværelse oppleves mer forutsigbar. Ved at vi viser pasienten at vi har den kunnskapen som behøves på området, vil han kanskje kunne kjenne på at han er i trygge hender. Dersom en pasient betviler sykepleierens kunnskap vil jeg anta at det vil være vanskelig å skape et godt tillitsforhold og den tryggheten han behøver, i det jeg vil tro vil være en både vanskelig, traumatisk og kanskje kaotisk situasjon å befinne seg i.

4.3 Mestring av livssituasjon

Empowerment er et viktig begrep når man snakker om mestring av egen livssituasjon, som i dette tilfellet vil være å kunne mestre det å ha fått den livstruende diagnosen prostatakreft. Begrepet empowerment går i følge boken *Forebyggende Helsearbeid* av Mæland, J.G. (2010) ut på å styrke seg selv ved å vinne tilbake kontroll over egen livssituasjon. Dette går mye på det samme som sykepleieteoretiker Virginia Henderson står for, som nevnt tidligere, *hjelp til selvhjelp*. Vi må hjelpe pasienten til å kunne vinne tilbake kontroll over situasjonen sin. Og her vil det nok sikkert kreves en del av sykepleieren, da kanskje enkelte pasienter vil trenge mer hjelp enn andre på veien for å oppnå mestring i det som kan være en svært vanskelig situasjon. Det å få en slik livstruende kreftdiagnose vil nok kanskje kunne føre til et psykisk kaos for mange.

"Reaksjonsmønsteret hos de yngre og de eldre mennene som blir diagnostisert med prostatakreft kan være ganske forskjellig. Det viser seg ofte at det er den yngste gruppen pasienter som sliter mest psykisk. De vonde tankene kommer oftest om kvelden og natten, og noen vil derfor i perioder kunne ha et behov for sovemedisiner. Noen vil også kunne ha behov for hjelp fra en psykolog." (Informant).

Når pasientene sliter vil det nok være viktig at vi hjelper dem å finne tilbake til seg selv, at vi hjelper dem å mestre den situasjonen de har kommet opp i slik at de kan takle hverdagen som livstruende syk på en bedre måte, og til slutt vinne tilbake kontrollen over livet sitt. I følge forskningsartikkelen *Mäns upplevelser efter genomförd prostatektomi till följd av prostatacancer* av Rindelöv, J. (2010) vil mange menn etter å ha blitt behandlet for prostatakreft ha en mindre følelse av selvkontroll en før. De vil også kunne være preget av både angst og indre uro. Jeg vil tro at når en pasient vil kunne ha såpass sammensatte problemer vil behovet for nærhet og trygging være stort. Derfor vil nok sykepleierens kunnskap om mestring være av stor betydning.

Jeg vil tro at det er viktig at vi som sykepleiere må hjelpe pasienten å vinne tilbake selvkontrollen. Men det er også viktig å påpeke at pasienten blir ivaretatt av et helt system som er der for å hjelpe han.

Rindelöv, J. (2010) forteller videre at pasientens følelse av identitet ofte risikerer å settes på prøve, når han opplever å bli alvorlig syk. Han må derfor finne tilbake til seg selv og prøve å definere seg selv, samtidig som han må finne en måte å mestre den vanskelige situasjonen han befinner seg i. Som nevnt over må vi som sykepleiere på en god måte veilede pasienten dit hen at han kan klare å mestre sin nye hverdag som alvorlig syk. I sin artikkel har forfatteren valgt å sitere Turner (2007) og Held-Warmkessel (2002):

"Genom kunnskap om symptom og behandlingsalternativ kan sjukskøterskan erbjuda stöd och en säker vård för de som drabbats av prostatacancer. För att kunna bedriva en vård där den enskilde personen är i fokus är det viktigt att sjukskøterskan känner till alla delar av personens situation och på så vis utgår från en holistisk människosyn (Turner, 2007). Det krävs at sjukskøterskan ständigt skaffar sig ny kunnskap och är uppmärksom på långvariga komplikationer som kan uppstå för at på bästa sätt kunna vårda de som genomgår behandling för prostatacancer (Held-Warmkessel, 2002)." (referert i Rindelöv, J, 2010:6)

Jeg er også av den oppfatning at vi må huske at pasienten selv (og hans pårørende) ikke ser på seg selv om et tilfelle, eller en del av statistikken. For han vil det å få diagnosen kreft kunne oppleves som en livskrise, og han tenker nok ikke automatisk på hvor mange prosent av tilfeller det er i året med menn som rammes av prostatakraft, og han tenker kanskje heller ikke automatisk på hvor stor prosent sjanse det er for helbredelse av sykdommen. Jeg vil tro at bare ordet *kreft* i seg selv, for mange er så skremmende at de kanskje vil havne i en form for sjokk. Og her er det viktig at vi med vår kunnskap på området hjelper pasienten til å forstå sykdommen og situasjonen han er i, slik at han forhåpentligvis opplever en større mestringsfølelse. At pasienten og hans pårørende får en økt kunnskap om prostatakraft og hva det innebærer angående både behandling, bivirkninger og livet etterpå, vil jeg tro kan være med på å gjøre opplevelsen en helt annen. At man prøver å eliminere bort en del av kaoset deres og følelsen av å ha mistet kontroll over eget liv, vil kanskje kunne gjøre det lettere for pasienten og hans pårørende å takle det hele. Rindelöv, J. (2010) forteller at mange av pasientene med prostatakraft som gjennomførte prostatektomi, var på mange måter forberedt på *hva* de kunne måtte leve med etter operasjonen, slik som for eksempel å måtte bruke et kateter. Men få var forberedt på *hvordan* de skulle klare å leve med dette.

Ved at vi sørger for å berike pasienten med den nødvendige kunnskapen på området, vil jeg anta at han vil kunne være mer forberedt på hvordan han skal takle og leve med konsekvensene av å ha prostatakreft.

Det å mestre å ha fått en livstruende kreftsykdom gjelder jo ikke bare livet etterpå, men her og nå. Hvordan skal man klare å mestre et så stort følelsesmessig kaos? Noen pasienter blir også dessverre så alvorlig syke at de ikke overlever kampen mot kreften. Vi må hjelpe pasienten i den grad at han mestrer hverdagen sin her og nå, slik at han ikke lider unødvendig. Og her vil jeg anta at det igjen er viktig å huske på at hver og en er forskjellig, og hver pasient takler det å være syk på forskjellige måter. Noen trenger kanskje hjelp til å mestre det å komme ut å se andre mennesker, mens noen kanskje trenger hjelp til å mestre det å gå på toalettet over gangen fra rommet sitt. Noen er kanskje så syke at de er sengeliggende. Og de kan trenge hjelp til å mestre noe som en frisk person kanskje tar for gitt, nemlig det og ikke klare å dekke sine grunnleggende behov selv, men å måtte få hjelp av sykepleier for å utføre vanlige dagligdagse rutiner som å stelle seg, spise mat og bare det å snu seg i senga. Jeg antar at jeg som sykepleier også må ha et fokus på å motivere pasienten, og oppfordre han til og selv gjennomføre daglige gjøremål. Klarer pasienten å gjennomføre disse gjøremålene selv, vil han forhåpentligvis være mer styrket psykisk til å kunne mestre sykdommen og det som følger med.

Av det mer framsiktige en pasient med prostatakreft kan trenge hjelp til å mestre, er som nevnt tidligere, det å måtte leve med en eventuell impotens og inkontinens.

For oss som sykepleiere vil jeg anta at det er meget viktig at vi hele tiden er faglig oppdatert, og tilegner oss ny kunnskap innen emnet. Dette kan vi gjøre for eksempel gjennom å lese forskning på egenhånd, eller ved å delta på kurs eller undervisning i regi av arbeidsstedet vårt dersom det er mulig. At vi har den nødvendige kunnskapen på området vil jeg tro har stor betydning for vår evne til å kunne hjelpe pasienten til en økt mestringsfølelse. Rindelöv, J. (2010) beskriver kunnskap som ferskvare, og ved det ser jeg absolutt hvor viktig det er og til stadighet holde seg godt faglig oppdatert. Jeg vil også tro at vi som sykepleiere må tørre, vi må tørre å snakke med pasienten om temaer som for mange fortsatt kan være tabu, dersom det er viktig for pasienten å få veiledning på dette området, slik at han oppnår en økt mestring. Dette kan for eksempel være å snakke om hvordan pasientenes fremtidige sexliv vil kunne bli dersom han blir impotent. Det kan jo være at pasienten har et stort behov for å snakke om akkurat dette, da det kan være mye han lurer på.

Men jeg vil anta at dersom pasienten ser at sykepleieren vegrer seg for å snakke om det, så kan det også bli svært vanskelig for han også å være åpen om det som berører han. Vi må kanskje enten våge å tørre, eller være ærlig mot oss selv slik at en av våre kolleger eventuelt kan hjelpe oss om vi finner det vanskelig. Men jeg vil også anta at det er viktig og "trå varsomt", vi må ikke trække over pasientens personlige grenser.

Fjellström, A. og Svensson, J. (2006) forteller at det ikke alltid har vært så naturlig for sykepleieren å snakke med sine pasienter om det seksuelle, og for noen vil jeg tro at dette fortsatt kan henge litt igjen, at de føler det vil være litt tabubelagt. Forfatterne har i sin artikkel sitert Jahren-Kristoffersen (1998):

"Världshälsoorganisationen (WHO) anser att sexualitet är en del av varje människa och att hälsa, livskvalitet och sexualitet hänger ihop (Jahren-Kristoffersen, 1998b). För att kunna arbeta utifrån ett holistiskt synsätt kan sjuksköterskan inte bortse från sexualiteten." (sitert i Fjellström, A. og Svensson, J.,2006:8)

Forfatterne forteller videre at sykepleieren skal etterstrebe det å se også den seksuelle helsen som en del av pasienten, da det nettopp er det der er, *en del av pasienten*. Og vi skal kunne se pasientens som en helhet. Vi skal se hans behov, og da skal vi også vie fokus til hans seksuelle helse. Noe jeg vil tro vil være veldig viktig spesielt i denne sammenhengen.

I artikkelen fremkommer det i et annet sitat av Jahren-Kristoffersen (1997):

"Att engagera sig i den hjälpsökande patientens upplevelser visar att personen tas på allvar. Genom att lyssna, vara uppriktig, ge ärliga signaler samt att visa medkänsla, signalerar sjuksköterskan att hon ser människan och hon bemöter denna på ett bekräftande och stödande sätt (Jahren-Kristoffersen, 1997)." (referert i Fjellström, A. og Svensson, J., 2006:8)

Som forfatterne forteller skal vi som sykepleiere engasjere oss i pasienten. Jeg vil anta at dersom vi vier tilstrekkelig med tid til å kunne lese og forstå pasienten og gir pasienten muligheten til å snakke med oss om det han ønsker, så kan det også bli lettere å få pasienten til å åpne seg mer, og dermed gjøre det lettere for oss å kunne veilede han i den retning at han oppnår kontroll og en følelse av mestring. I følge Reitan, A.M. og Schjølberg, T.K. (2004) kan vi hjelpe pasienten med å mestre sin nye livssituasjon ved og for eksempel sørge for å forberede pasienten godt på hva som venter, samt gi han en økt kunnskap om sykdommen (som nevnt tidligere).

Salutogenese er et annet begrep jeg ønsker å trekke frem når pasientens følelse av mestring er i fokus. Salutogenese går i følge Mæland, J. (2010) ut på hvilke faktorer som er med på å holde pasienten frisk. Motsatt har vi patogenese, altså hva som gjør pasienten syk. Jeg vil anta at det vil være høyst aktuelt å fokusere på det salutogene i pasientens liv, vil vi kunne kartlegge nettopp hva som er med på å gjøre han frisk, og dermed bringe med oss disse faktorene når vi skal hjelpe pasienten å føle selvkontroll igjen. Hva som er salutogenese, vil jeg tro at for hver og en av oss kan oppleves veldig forskjellig.

Artikkelen *Det er mitt liv det gjelder* av Varre, P., Slettebø, Å., og, Ruland, C. (2011) tar for seg Antonovsky og hans teori om nettopp salutogenese. Antonovsky setter fokus på OAS, *opplevelse av sammenheng*, noe som han setter sterkt sammen med pasientens mestringsevne. OAS består av tre begrep, at pasienten kan ha en følelse av meningsfullhet, at han har en følelse av begripelighet og at han kan føle en håndterbarhet. Forfatterne forteller videre at alt dette satt i sammenheng med hverandre vil kunne gi pasienten en opplevelse av sammenheng, som igjen vil kunne føre til at han får en økt mestringfølelse. I boken *Helt ikke stykkevis og delt* av Hummelvoll (2010) kommer det frem at pasienten sannsynligvis vil kunne klare å velge en hensiktsmessig mestringstrategi dersom han opplever en opplevelse av sammenheng, selv om situasjonen kan være både tung og vanskelig. Videre står det at de pasientene som derimot ikke har den samme følelsen av sammenheng vil kunne ha vanskeligere for å mestre situasjonen, da de ofte kan oppleve et større kaos, og kan være mer emosjonell og ikke fokuserer like lett på situasjonen. Kristoffersen, N. J., (2004) forteller at man da kan fokusere på å endre pasientens *opplevelse* av den nye livssituasjonen han er kommet opp i, da selve situasjonen i seg selv ikke kan endres.

Jeg vil tro at dersom pasienten klarer å føle en viss sammenheng i det han opplever, at vi som sykepleiere hjelper han med de faktorer som akkurat han behøver veiledning til, og at vi trygger han og skaper et godt tillitsforhold hvor han føler seg godt ivaretatt, samt sørger for at han får en økt kunnskap om hva som angår hans sykdom, så vil vi kunne klare å hjelpe pasienten til økt følelse av mestring. Selv om pasienten ikke mestrer så godt det å ha fått snudd livet opp ned, så kan vi forhåpentligvis klare å hjelpe han til mestring av situasjonen her og nå. Vi skal etterstrebe at pasienten skal ha det godt, og som nevnt tidligere, etterstrebe at han ikke lider unødvendig psykisk, noe jeg vil tro vi kan klare dersom pasienten selv har en følelse av mestring.

5.0 Oppsummering

Etter å ha jobbet med denne bachelorbesvarelsen føler jeg at jeg har fått en økt forståelse for viktigheten av å være tilstede i øyeblikket. Det er viktig at vi som sykepleiere evner å kunne se situasjonen også fra pasientens side og ikke bare som et sykdomstilfelle som vil være en del av en statistikk, og andre tilfeller ved samme diagnose. Alle mennesker reagerer ulikt på vanskelige situasjoner de kommer opp i. Folk takler ting forskjellig, og det er viktig at vi som sykepleiere er bevisste på dette.

I besvarelsen min nevner jeg også pasientens pårørende. Det er viktig at vi også husker på dem. De er en stor del av pasienten, og kan i tillegg sees på som en ressurs på flere måter.

Vi må ikke glemme at som sykepleier er det pasienten i fokus. *Pasienten*, og ikke bare alle pasientene i et stort system. Jeg mener jo selvsagt at det er viktig å se systemet i en helhet da det er nettopp det som skaffer oss erfaringer og kunnskap, men hver pasient er et eget individ som vi er der for å hjelpe, og ved å faktisk se han som et eget individ vil kanskje pasienten føle seg godt ivaretatt av oss, og ikke minst trygg. Jeg har lært hvor viktig tillitsforholdet mellom sykepleier og pasient er for at vi skal kunne trygge pasienten, som igjen er enormt viktig for at pasienten skal ha det bra. Noe av det aller viktigste jeg sitter igjen med er, som nevnt over, at vi må lære å være tilstede i øyeblikket. Vi må lære å *se* og å *lytte* til pasienten, med alt dette innebærer.

Pensumlitteratur

Almås, Hallbjørg (2005) *Klinisk Sykepleie Bind 2.*

Oslo: Gyldendal Akademisk

Dalland, Olav (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter.*

Oslo: Gyldendal Akademisk

Eide, Hilde og Eide, Tom (2000) *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk.*

Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Falk, Bent (2008) *Å være der du er – samtale med kriserammede.*

Bergen: Fagbokforlaget

Hummelvold, Jan K. (2004) *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse.*

Oslo: Gyldendal Akademisk

Jacobsen, Dag. m.fl. (2001) *Sykdomslære. Indremedisin, kirurgi og anestesi.*

Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Kirkevold, Marit (1998) *Sykepleieteorier – Analyse og evaluering.*

Oslo: AD Notam Gyldendal

Kristoffersen, Nina Jahren (1997) *Generell sykepleie 1.*

Oslo: Universitetsforlaget

Mæland, John Gunnar (2010) *Forebyggende Helsearbeid.*

Oslo: Universitetsforlaget

Tveiten, Sidsel (2008) *Pedagogikk i sykepleiepraksis.*

Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke

Selvvalgt litteratur

Fjellström, Annamaria og Svensson, Johanna (2006). *Manlig impotens – Livskvalitet, stöd och information.*

Tilgjengelig fra:

<http://dspace.mah.se:8080/bitstream/handle/2043/2328/Manlig%20Impotens.pdf?sequence=1>
(24.10.2011). (39 sider).

Henderson, Virginia A. (2011) *Sykepleiens natur – Refleksjoner etter 25 år.*

Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS (21 sider).

Malterud, Kirsti (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring.*

Oslo: Universitetsforlaget (25 sider)

Reitan, Anne M. og Schjølberg Tore Kr. (2004). *Kreftsykepleie – Pasient – Utfordring- Handling.*

Oslo: Akribe (36 sider)

Rindelöv, Jenny (2010). *Mäns upplevelser etter genomförd prostatektomi till följd av prostatacancer.*

Tilgjengelig fra:

<http://epubl.ltu.se/1402-1773/2010/274/LTU-CUPP-10274-SE.pdf> (24.10.2011). (31 sider).

Varre, Pernille, Slettebø, Åshild, og, Ruland, Cornelia (2011). *Det er mitt liv det gjelder*

Tilgjengelig fra:

<http://www.ssnmf.org/ikbViewer/Content/733771/V%E5rd%20i%20Norden%20nr%203-2011%20sammen.pdf#page=4> (24.10.2011). (48 sider).

■ **Brev til leder.**

Hei -----.

■ Viser til samtale med deg på tlf. tidligere i dag.

Her kommer underskrevet papir fra meg og min faglærer for tillatelse av innhenting av data. Dette er et skjema som jeg behøver din underskrift på, slik at jeg kan gi det tilbake til min faglærer.

Som du ser i papirene er min problemstilling som følger: "*Hvordan kan sykepleiere hjelpe en pasient med nyoppdaget prostatakreft?*".

Jeg vil i intervjuet legge vekt på hvordan sykepleieren møter en pasient med nyoppdaget kreft, hvordan de er tilstede for pasienten, kommunikasjon, veiledning og informasjon til pasienten, og også hans pårørende.

Intervjuet vil ikke bli så veldig stort, så jeg regner med å bruke toppen en halvtime på selve intervjuet. Det vil bli foretatt lydopptak, men dette samt papirer fra transkribering vil selvsagt slettes etterpå. Intervjuet er også helt anonymt.

Jeg sender over spørsmålene til intervjuet en stund før det nærmer seg, slik at intervjuobjektet får tid til å forberede seg.

Med vennlig hilsen -----

Sykepleiestudent v/ Universitetet i Nordland. Kull 08V.

Spørsmål til intervju med sykepleier

Problemstilling/Tema: *"Hvordan kan sykepleiere hjelpe en pasient med nyoppdaget prostatakraft?"*. Tema er menn i aldersgruppen 40-50 år med nyoppdaget prostatakraft og hvordan vi som sykepleiere kan være til stede for de i en vanskelig periode av livet. Dette kan være seg informasjon, veiledning og trygging til både pasienten selv, men også hans pårørende.

Spørsmål 1:

-Når i prosessen kobles kreftsykepleier inn etter at en pasient har fått diagnosen prostatakraft?

Spørsmål 2:

-Når og hvordan velger dere å involvere pasientens pårørende?

Spørsmål 3:

-Hvilke tanker og bekymringer opplever dere at en pasient med ny-diagnostisert prostatakraft har?

Spørsmål 4:

-Opplever dere markante forskjeller i reaksjonsmønsteret hos pasienter med ny-diagnostisert prostatakraft, sett ut fra aldersgrupper?

Spørsmål 5:

- Opplever dere at denne pasientgruppen sliter med depresjon/angst?
- Isåfall, vil dere si at dette er vanlig og at det gjelder mange?

Spørsmål 6:

-Når kreftsykepleiere opparbeider kontakt med pasienten, er det vanlig praksis å følge pasienten gjennom hele sykdomsforløpet?

Spørsmål 7:

-Hvilke andre instanser i helsevesenet vil det være naturlig for dere å samarbeide med ved ivaretagelse og behandling av pasienter med prostatakraft?



UNIVERSITETET I
NORDLAND

Profesjonshøgskolen
Sykepleie og helsefag

J.nr.:

TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA

SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA I FORBINDELSE MED SKRIFTLIGE STUDENTARBEIDER.

Stiles til:

Ved: Avdelingsleder

Som ledd i arbeidet med

- 1.) Fordypningsoppgave X
- 2.) Deleksamen __
- 3.) Semesteroppgave __
- 4.) Prosjektarbeid __

søker:

Student:

Bachelor i sykepleie: Kull: 08V Studiested:

Videreutdanning, linje: _____ Kull: _____

om tillatelse til å innhente data fra Deres praksisfelt/arbeidssted. Slik datasamling er vurdert av student og faglærer som nødvendig for gjennomføringen av nevnte eksamen/oppgave.

Undertegnede er kjent med lover og forskrifter som regulerer personvern og pasienters rettssikkerhet, forskningsetiske retningslinjer og interne retningslinjer for oppgaveskriving.

Det er ikke tillatt å gjennomføre undersøkelser der pasient eller pårørende er respondenter / intervjupersoner.

OPPLYSNINGER OM ARBEIDET:

Problemstilling og formål med undersøkelsen: Min problemstilling er som følger: "Hvordan kan sykepleiere hjelpe en pasient med nyoppdaget prostatakreft?". Jeg ønsker å belyse hvordan vi som sykepleiere på best mulig måte kan være tilstede for menn mellom 40-50 år med en nyoppdaget prostatakreft, i en vanskelig periode av livet.

Metode v/ datainnsamlingen: Jeg ønsker å benytte meg av et kvalitativt intervju med en kreftsykepleier. Intervjuet er anonymt, og lydopptak vil bli slettet etter bruk.

Respondenter / intervjupersoner: Kreftsykepleier ved kirurgisk avdeling.

Hjelpemidler til bruk v/ datasamlingen: Lydopptaker (opptak blir slettet etter bruk.)
NB! Evt. spørreskjema til bruk i datasamlingen er vedlagt.

Tidspunkt / Tidsrom for datasamlingen: Slutten av august 2011, ca. uke 34.

Ved ønske om ytterligere informasjon bes saksbehandler om å ta kontakt med undertegnede student eller faglærer.

Med hilsen

Student

Faglærer

Svar på søknaden bes gitt på vedlagte svarskjema, som sendes til student med kopi til faglærer.

Jnr.:

Dato: 24/6-2011

Til

Student: _____

Faglærer: _____

Høgskole: _____

Adresse: _____

Postnr. / poststed: _____

SVAR PÅ SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA.

Søknad av dato 24/6-11 er behandlet dato 27/6-11 av saksbehandler / organ:

Vedtak: Studenten er velkommen til å gjennomføre
intevju i kirurg. klinikk ca. d. 30

Evt. merknader knyttet til vedtaket: _____

Underskrift

Underskrift