



Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Bacheloroppgave

Radikal prostatektomi og livskvalitet Radical prostatectomy and quality of life

Kandidatnummer: 10066

Antall ord: 8800

Sammendrag

Tittel: Radikal prostatektomi og livskvalitet

Hensikt: Hensikten med denne studien er å undersøke hvordan sykepleier gjennom undervisning og veiledning kan bidra til å øke livskvaliteten til pasienter som behandles med radikal prostatektomi.

Problemstilling: Hvordan kan man som sykepleier bidra til økt livskvalitet hos pasienter med prostatakraft som behandles med radikal prostatektomi?

Metode: Oppgaven bygger på en litteraturstudie med utgangspunkt i strukturerte og systematiske søk etter vitenskapelige forskningsartikler i forskjellige databaser. Det er anvendt relevant pensumlitteratur fra bachelorutdanningen og annen relevant faglitteratur og en fagartikkel.

Resultat: Pasientene er ikke forberedt på de fysiske og psykiske konsekvensene ved behandlingen, selv om de vet at dette kan påvirke livskvaliteten. I flere tilfeller opplever mennene at de ikke har fått informasjon, eller at de ikke husker at de har fått informasjon. Mange opplever å ikke få snakket om problemene sine med helsepersonell. For par som får snakket om problemene sine kan det påvirke forholdet positivt. Å fortelle og dele historien sin kan bidra til mestring.

Konklusjon: En god relasjon mellom sykepleieren og pasienten er et godt utgangspunkt for veiledning. Informasjon bør tilpasses den enkelte, og pasienten bør få opplæring i mestringsstrategier og forebyggende øvelser. Sykepleieren bør ta opp vanskelige tema med pasienten. Å inkludere pårørende når man informerer pasienten slik at pårørende kan være til støtte for pasienten. Likemennsordninger kan være til god hjelp, og sykepleieren bør oppfordre til å benytte seg av slike ordninger.

Nøkkelord: Radikal prostatektomi, prostatektomi, prostatakraft, livskvalitet, sykepleie, informasjon, pasientundervisning.

Abstract

Title: Radical prostatectomy and quality of life

Aim: The aim of this study is to examine how nurses can educate and guide patients undergoing radical prostatectomy, in order to contribute to patients achieving an increased quality of life.

Research question: How can nurses contribute to an increased quality of life in patients with prostate cancer being treated with radical prostatectomy?

Method: The thesis is based on a literature study based on structured and systematic searches for scientific research articles in different databases. Relevant syllabus literature from the Bachelor's degree program and other relevant academic literature and one academic article has been used.

Results: Patients are not prepared for the physical and psychological consequences of treatment, even though they know this can affect the quality of life. In many cases, men feel that they have not received information or that they do not remember to have received information. Many people experience not being able to talk about their problems with health professionals. For couples who talk about their problems, it can affect their relationship positively. Telling and sharing their story can help the men adapt to their situation.

Conclusion: A good relation between the nurse and the patient is a good starting point for guidance. Information should be tailored to the individual and the patient should be trained in coping strategies and preventive exercises. The nurse should address difficult issues with the patient. By including patients' relatives when informing the patient, the relatives can be a support for the patient. Peer support groups can be helpful, and the nurse should encourage the men to seek out such groups.

Key words: Radical prostatectomy, prostatectomy, prostatic cancer, prostatic neoplasms, quality of life, nursing, information, patient education.

Innhold

Tabeller.....	v
1. Innledning.....	6
1.1. Innledning til tema	6
1.2. Bakgrunn for valg av tema	6
1.3. Definisjon av sentrale begrep i problemstillingen	6
1.4. Avgrensning og presisering av problemstilling	7
1.5. Oppgavens oppbygning	7
2. Metode	8
2.1. Beskrivelse av metode	8
2.2. Søkehistorikk.....	8
2.3. Søketabell	9
2.4. Valg litteratur og kildekritikk.....	13
3. Empiri	16
3.1. Artikkelmatrise	16
3.2. Sammenfattet empiri	22
4. Teori	24
4.1. Prostatakraft	24
4.2. Radikal prostatektomi	24
4.3. Livskvalitet.....	24
4.4. Mestring	25
4.5. Urininkontinens.....	25
4.6. Ereksjonssvikt og seksualitet	26
4.7. Informasjon, undervisning og veiledning	26
4.8. Sykepleieteori.....	27
4.8.1. Undervisning og veiledning som funksjonsområde.....	27
4.8.2. Virginia Hendersons behovsteori	28
5. Diskusjon	29
5.1. Veiledning av pasienten	29
5.1.1. Forberede pasienten – informasjon og undervisning	29
5.1.2. Tilpasse informasjonen	29
5.2. Uoppfylte behov	30
5.3. Mestring	32
6. Konklusjon	34
Litteraturliste	35
Vedlegg	38

Tabeller

Tabell 2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	9
Tabell 2.2 Søketablell.....	9
Tabell 3.1 Artikkelmatrise	16

1. Innledning

1.1. Innledning til tema

Prostatakreft er den hyppigste kreftformen blant norske menn, og utgjør ca. 30 prosent av alle krefttilfeller blant menn (Helsedirektoratet, 2014). I 2018 fikk 4848 menn påvist prostatakreft i Norge, og omtrent hver syvende mann vil bli diagnostisert med prostatakreft før han fyller 75 år. Gjennomsnittsalderen for prostatakreft er 70 år (Kreftregisteret, 2020). Prostatakreft ses sjelden før fylte 50 år, men blant alle 80-åringene påvises det hos flere enn 50 prosent. Man antar at dette henger sammen med hormonelle forandringer i høyere alder (Wyller, 2014, s. 958). Menn som opereres for prostatakreft med metoden radikal prostatektomi opplever ulike bivirkninger i etterkant, blant annet urininkontinens og erektil dysfunksjon (Helsedirektoratet, 2014). Fem år fra diagnosetidspunktet, er det fortsatt en overlevelse på 94,5 prosent (Kreftregisteret, 2020). Etter fem år regnes prostatakreft som en kronisk sykdom, og man må derfor lære seg å tilpasse seg sykdommen for å oppnå best mulig livskvalitet (Fosså, Berge, & Alv A. Dahl, 2018, s. 169). De aller fleste menn som behandles for prostatakreft må dermed leve med ulike bivirkninger over mange år. I den forbindelse oppstår et behov for informasjon, veiledning og undervisning. Dette kan gi et grunnlag for mestring av de bivirkningene som dukker opp i etterkant av operasjonen slik at pasientene kan oppnå best mulig livskvalitet i sin situasjon. Som sykepleier har man dermed en sentral rolle i det å sørge for å gi informasjon, veiledning og undervisning gjennom den undervisende og veiledende funksjonen.

1.2. Bakgrunn for valg av tema

I løpet av sykepleierutdanningen møter man ulike pasientgrupper med ulike diagnoser, situasjoner og behandlinger. I en av mine praksisperioder som sykepleierstudent ved en kirurgisk sengepost møtte jeg på pasienter med prostatakreft som ble behandlet med radikal prostatektomi. Jeg fikk da kunnskap om at de kan oppleve bivirkninger som urininkontinens og erektil dysfunksjon etter operasjonen, og et inntrykk av at dette kan påvirke den enkeltes livskvalitet betydelig i negativ retning. Dette inspirerte meg til å ønske å utforske mer om hvordan en slik operasjon påvirker pasientenes livskvalitet, hva man kan gjøre som sykepleier for å bidra til å øke livskvaliteten for disse pasientene, og hvordan man kan støtte pasientene i å mestre situasjonen.

På bakgrunn av dette har jeg kommet fram til følgende problemstilling:

«Hvordan kan man som sykepleier bidra til økt livskvalitet hos pasienter med prostatakreft som behandles med radikal prostatektomi?»

1.3. Definisjon av sentrale begrep i problemstillingen

Prostatakreft

Prostatakreft utvikler seg fra epitelcellene i prostatakjertelen. Det mannlige kjønnshormonet testosteron kan virke stimulerende på de maligne cellene, som etter hvert vil trenge gjennom vevet i prostatakjertelen. Deretter invaderes omkringliggende struktur

som sædblærene og nedre del av urinlederne, og senere spre seg via lymfesystemet eller blodbanen (Wyller, 2014, s. 959).

Radikal prostatektomi

Radikal prostatektomi er en av de ulike typene primærbehandlingene av prostatakraft. Dette kirurgiske inngrepet innebærer fjerning av prostatakjertelen og eventuelt sædblærene (Helsedirektoratet, 2014).

Livskvalitet

Livskvalitet kan defineres som «Psykisk velvære, som en opplevelse av å ha det godt». Ordet livskvalitet knyttes til enkeltindividet, og defineres som et psykologisk/subjektivt fenomen (Næss, Moum, & Eriksen, 2011, s. 15).

Sykepleier

Sykepleierens særegne funksjon er å hjelpe individet, sykt eller friskt, i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse (...), noe han ville ha gjort uten hjelp om han hadde hatt tilstrekkelige krefter, kunnskaper og vilje, og å gjøre dette på en slik måte at individet gjenvinner uavhengighet så fort som mulig (Henderson, 1997, s. 9).

1.4. Avgrensning og presisering av problemstilling

Denne oppgaven tar utgangspunkt i menn med prostatakraft som behandles med radikal prostatektomi. Primært er det tenkt at møtet med disse pasientene foregår ved en kirurgisk sengepost på et sykehus, der man tar imot pasientene og klargjør de for operasjon, og senere etter operasjonen, når man tar de imot fra overvåkningsavdelingen og i perioden før utskrivning. I møtet med disse mennene er sykepleierens undervisende og veiledende funksjon sentral. Mennene i denne pasientgruppen opplever ulike bivirkninger i forbindelse med behandlingen og kreftsykdommen, men jeg har i denne oppgaven valgt å fokusere spesielt på konsekvensene av inkontinens og erektil dysfunksjon, da mye av forskningen og litteraturen retter seg mot dette. De fleste som får prostatakraft er over 50 år, og jeg har dermed valgt å ikke sette noen begrensninger i forhold til alder (Wyller, 2014, s. 958).

1.5. Oppgavens oppbygning

I metodedelen presenteres framgangsmåten for litteraturstudien, inkludert søkehistorikk, søketabell, valg av litteratur og kildekritikk. I kapittel tre om empiri presenteres artiklene som er grunnlaget for oppgaven i en artikkelmatrise, og en sammenfatning av forskningsartiklene. Videre vil det i kapittel fire presenteres teori som bidrar til å belyse problemstillingen, med temaer som prostatakraft, radikal prostatektomi, bivirkninger, mestring og livskvalitet. Sykepleierens undervisende og veiledende funksjon presenteres, og Virginia Hendersons behovsteori. Videre vil empirien og teorien drøftes opp mot egne erfaringer i kapittel fem. Til slutt avsluttes oppgaven med en oppsummering og konklusjon som knyttes til problemstillingen.

2. Metode

2.1. Beskrivelse av metode

Denne oppgaven er en litteraturstudie, og baserer seg på kunnskap som allerede eksisterer. Ved en slik metode redegjør man for framgangsmåten, altså hvordan de ulike kildene har blitt funnet (Dalland, 2017, s. 196). Litteratursøket har blitt forsøkt gjort så systematisk som mulig ut ifra min kompetanse innenfor litteratursøk. Flere av artiklene som er valgt er utført med kvalitative metoder, noe som gjør at forskerne fanger opp opplevelsene og meningene til de som deltar i studien. Dette er spesielt egnet å bruke i min oppgave, da det er pasientenes subjektive opplevelse som ligger til grunn for livskvaliteten. Jeg har imidlertid også benyttet meg av kvantitative artikler, fordi dette er metoder som gir målbare data (Dalland, 2017, s. 52–53). Ved å bruke artikler med kvalitative metoder vil jeg kunne omfavne opplevelser til denne pasientgruppen, fordi fenomenologien retter oppmerksomheten mot hvordan pasienten opplever verden (Thornquist, 2003, s. 14). Kvantitativ metode gir imidlertid konkrete tall som forteller noe om gjennomsnittet i denne pasientgruppen, for eksempel hvor mange som opplever inkontinens eller erektil dysfunksjon. Å kombinere disse to metodene vil derfor etter min mening skape en større helhet i forståelsen av temaet jeg skal undersøke.

2.2. Søkehistorikk

Når man skal gjøre et litteratursøk må man ta utgangspunkt i sentrale begreper i problemstillingen som man ønsker å utforske. Som et utgangspunkt ble PICO-strukturen anvendt for å finne relevante søkeord (Bjørk & Solhaug, 2012, s. 57–58; Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, & Reinart, 2012, s. 33). Videre ble det lagt ned en jobb med å finne passende søkeord både på norsk og engelsk, ved hjelp av MeSH på norsk. Jeg kom da fram til søkeordene «Prostatic neoplasms», «Prostate cancer», «Prostatectomy», «Radical prostatectomy», «Quality of life», «nursing» og «information», i tillegg til at jeg supplerte med noen andre søkeord der jeg anså dette som hensiktsmessig. Deretter startet jeg søket i databasene SveMed+, Cinahl, Medline og EMBASE, da disse databasene er relevant innenfor helsevitenskap, og der Cinahl spesifikt er rettet mot sykepleie. Disse databasene er også anbefalt til artikkelsøk av biblioteket. Å utføre søk i flere databaser bidrar til en bredde i litteraturmaterialet, da det finnes områder i de ulike databasene som ikke overlapper hverandre (Bjørk & Solhaug, 2012, s. 49). Etter hvert som jeg hadde søkt i forskjellige databaser, fant jeg ut at det fantes relevante søkeord som jeg ikke hadde benyttet meg av, som for eksempel «patient education» og «health related quality of life», og jeg benyttet meg dermed av disse i et nytt søk. Søkene ble avgrenset til å omfatte vitenskapelige publikasjoner som er publisert mellom 2010-2020, for å sikre at det ble funnet ny og oppdatert forskning. Avgrensningen omfattet også artikler skrevet på engelsk eller skandinavisk språk. Jeg avgrenset også til fagfelleurdert og abstrakt tilgjengelig der det var mulig å velge disse alternativene, slik det vises i søketabellen. Enkelte artikler som ikke ble funnet i fulltekst via databasene ble søkt opp i Oria eller Google Scholar. Litteratursøket ble utført etter spesifikke kriterier, som vist i tabell 2.1.

Tabell 2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Fagfellevurdert	Publisert før 2010
Publisert mellom 2010-2020	Artikler som krevde betalingstilgang
IMRaD-struktur	

2.3. Søketabell

Tabell 2.2 Søketabell

Database	Søk	Søkeord	Avgrrensning	Antall treff	Leste overskrifter	Leste abstrakter	Leste artikler	Valgte artikler
Medline 06.04.20	S1	Exp Prostatic Neoplasms/		126186				
	S2	Exp Prostatectomy/		31316				
	S3	Exp "Quality of life"/		190202				
	S4	1 or 2		139389				
	S5	3 and 4		4232				
	S6	Information .mp.		126386 8				
	S7	5 and 6		407				
	S8	exp Oncology Nursing/ or exp Nursing Assessment / or exp Perioperati ve Nursing/ or exp Nursing Care/ or exp Nursing/		305554				
	S9	7 and 8		16				
	S10		2010- 2020. Dansk, engelsk, norsk, svensk.	4	4	4	2	1 (A)

			Abstrakt tilgjengelig.					
SveMed+ 07.04.20	S1	Prostatic neoplasms	448					
	S2	Quality of life	3245					
	S3	#1 AND #2	Fagfellevurdert. 2010-2020.	4	4	4	2	1 (B)
CINAHL 13.04.20	S1	(MH "Prostatectomy, Radical")		610				
	S2	(MH "Quality of life+")		124852				
	S3	S1 AND S2	Fagfellevurdert. 2010-2020. Dansk, Engelsk, Norsk, Svensk. Abstrakt tilgjengelig.	30	30	15	2	1 (C)
SveMed+ 29.04.20	S1	Prostate cancer		443				
	S2	coping		2000				
	S3	#1 AND #2	Fagfellevurdert. 2010-2020.	2	2	2	1	1 (D)
EMBASE 30.04.20	S1	prostate cancer.mp. or exp prostate cancer/		243558				
	S2	radical prostatectomy.mp. or exp		59896				

		prostatectomy/						
	S3	robot-assisted radical prostatectomy.mp. or exp robot-assisted prostatectomy/		3259				
	S4	quality of life.mp. or exp "quality of life"/		584805				
	S5	2 or 3		59896				
	S6	1 and 4 and 5		3776				
	S7	exp information / or information .mp.		377074 4				
	S8	educational techniques. mp.		268				
	S9	directive counseling. mp. or exp directive counseling/		969				
	S10	7 or 8 or 9		377163 5				
	S11	6 and 10		734				
	S12		2010-2020 Dansk, engelsk, norsk, svensk. Abstrakt tilgjengelig.	145	145	34	3	3 (E, F, G)
Medline 05.05.20	S1	Exp Prostatic Neoplasms/		126656				

	S2	Exp Prostatectomy/		31395				
	S3	Exp "Quality of life"		191442				
	S4	Exp Erectile dysfunction/		18895				
	S5	Exp Urinary incontinence/		32688				
	S6	1 and 2 and 3 and 4 and 5		133				
	S7		2010-2020. Dansk, engelsk, norsk, svensk. Abstrakt tilgjengelig.	53	53	12	2	1 (H)
Cinahl 18.05.20	S1	(MH "Prostatectomy, Radical" OR (MH "Prostatectomy))		5368				
	S2	(MH "Quality of life+") OR "health related quality of life"		131030				
	S3	(MH "Patient education"		83994				
	S4	S1 AND S2 AND S3	Fagfellevurdert. 2010-2020. Dansk, engelsk, norsk, svensk.	15	15	8	2	2 (I, J)

			Abstrakt tilgjengelig.					
Artikler valgt								
<p>A. O'Shaughnessy, P. 'Kevin', & Laws, T. (2010). Australian men's long term experiences following prostatectomy: A qualitative descriptive study. <i>Contemporary Nurse</i>, 34(1), 98–109. https://doi.org/10.5172/conu.2009.34.1.098</p> <p>B. Laursen, B. S. (2017). Sexuality in men after prostate cancer surgery: A qualitative interview study. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i>, 31(1), 120–127. https://doi.org/10.1111/scs.12328</p> <p>C. Nicolaisen, M., Müller, S., Patel, H. R., & Hanssen, T. A. (2014). Quality of life and satisfaction with information after radical prostatectomy, radical external beam radiotherapy and postoperative radiotherapy: A long-term follow-up study. <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 23(23–24), 3403–3414. https://doi.org/10.1111/jocn.12586</p> <p>D. Varre, P., Slettebø, Å., & Ruland, C. (2011). «Det er mitt liv det gjelder»: Kreftpasienters beskrivelse av mestringmuligheter, slik det kommer til uttrykk på et internettbasert diskusjonsforum. <i>Vård i Norden</i>, 31(3), 4–8. https://doi.org/10.1177/010740831103100302</p> <p>E. Wallerstedt, A., Nyberg, T., Carlsson, S., Thorsteinsdottir, T., Stranne, J., Tyritzis, S. I., ... Haglind, E. (2019). Quality of Life After Open Radical Prostatectomy Compared with Robot-assisted Radical Prostatectomy. <i>European Urology Focus</i>, 5(3), 389–398. https://doi.org/10.1016/j.euf.2017.12.010</p> <p>F. Waller, J., & Pattison, N. (2013). Men's experiences of regaining urinary continence following robotic-assisted laparoscopic prostatectomy (RALP) for localised prostate cancer: A qualitative phenomenological study. <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 22(3–4), 368–378. https://doi.org/10.1111/jocn.12082</p> <p>G. Hsiao, C.-P., Moore, I. M. (Ki), Insel, K. C., & Merkle, C. J. (2014). Symptom self-management strategies in patients with non-metastatic prostate cancer. <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 23(3–4), 440–449. https://doi.org/10.1111/jocn.12178</p> <p>H. Derogar, M., Dahlstrand, H., Carlsson, S., Bjartell, A., Hugosson, J., Axén, E., ... Steineck, G. (2016). Preparedness for side effects and bother in symptomatic men after radical prostatectomy in a prospective, non-randomized trial, LAPPRO. <i>Acta Oncologica</i>, 55(12), 1467–1476. https://doi.org/10.1080/0284186X.2016.1213415</p> <p>I. Allchorne, P. (2016). Identifying Unmet Care Needs of Patients with Prostate Cancer to Assist with Their Success in Coping. <i>Urologic Nursing</i>, 36(5), 224–232. https://doi.org/10.7257/1053-816X.2016.36.5.224</p> <p>J. Iyigun, E., Ayhan, H., & Tastan, S. (2011). Perceptions and experiences after radical prostatectomy in Turkish men: A descriptive qualitative study. <i>Applied Nursing Research</i>, 24(2), 101–109. https://doi.org/10.1016/j.apnr.2009.04.002</p>								

2.4. Valg litteratur og kildekritikk

Ifølge Dalland (2017) betyr kildekritikk det å vurdere og beskrive den litteraturen man har anvendt i oppgaven (s. 158). Når man redegjør for den litteraturen som brukes kan man bidra til å styrke det faglige grunnlaget og troverdigheten for oppgaven, dersom man begrunner og beskriver det godt (Dalland, 2017, s. 152). Jeg vil derfor forsøke å gjøre rede for den litteraturen som er valgt ut til oppgaven.

I startfasen av litteratursøkingen utførte jeg prøvesøk og fant da ut av at mange av artiklene som er skrevet rundt temaet jeg ønsker å belyse er skrevet før grensen jeg satte for artikler publisert etter 2010. Jeg valgte imidlertid å ikke utvide søket til å ta med noen av disse artiklene, da radikal prostatektomi som behandling stadig forbedres og utvikles, og noe som betyr at resultatene i de gjeldende artiklene kunne ha gitt resultater som nå er utdatert. Jeg forsøkte primært å finne artikler fra vestlige land, da jeg ønsker at forskningen i størst mulig grad skulle være overførbart til norske forhold. En av forskningsartiklene er imidlertid fra Tyrkia, og ble inkludert fordi mennenes perspektiv beskrives på en måte som gir god kunnskap om deres opplevelser og behov, og hadde fellestrekk med de andre valgte artiklene (Iyigun, Ayhan, & Tastan, 2011). Ved et søk i Google Scholar fant jeg også ut av at denne artikkelen er sitert av flere artikler innenfor samme tema, og jeg oppfattet den dermed som relevant å ha med. Jeg ser i etterkant at jeg også mest sannsynlig kunne ha fortsatt å søke etter litteratur, da jeg i løpet av søkeprosessen tilegnet meg mer kunnskap om relevante søkeord og strategi for søk, men jeg måtte sette en grense et sted. Jeg har derfor gjort det beste jeg kunne i forhold til litteratursøk ut ifra min kunnskap.

Forskningsartiklene som er valgt ut baserer seg på en IMRaD-struktur som er en mye brukt mal for hvordan forskningsartikler skal bygges (Dalland, 2017, s. 163). Jeg tar høyde for at jeg kan ha oversatt enkelte ord i forskningsartiklene feil, slik at de kan ha fått en annen betydning enn utgangspunktet. Innenfor kvalitativ forskning er vanligvis form og innholdet i titler og abstrakter mindre preget av standardisering, og dette kan føre til at man ikke alltid finner disse ved tekstordsøk (Bjørk & Solhaug, 2012, s. 67). Jeg kan dermed ha gått glipp av forskningsartikler som kunne belyst min problemstilling på en god eller bedre måte.

Alle tidsskriftene ble søkt opp i Norsk senter for forskningsdata sin database, for å undersøke om tidsskriftene var fagfelleverderte. Samtlige av tidsskriftene unntatt ett viste seg å være fagfelleverderte. Tidsskriftet bak Allchorne (2016) ble ikke funnet i databasen, men da tidsskriftet oppgir at de er fagfelleverdert og at artikkelen ble funnet via et søk i Cinahl der fagfellevurdering var en avgrensning, ble den inkludert. Når en artikkel står i et fagfelleverdert tidsskrift, vitner det om at det er kvalitetssikret av personer som har ekspertise innenfor fagfeltet eller metoden. Dette gjøres for å sikre kvalitet i artiklene som publiseres (Nortvedt et al., 2012, s. 197). Artiklene har imidlertid blitt kritisk vurdert, da dette ikke er synonymt med at tidsskriftene fagfellevurderer alle sine publiserte artikler (NTNU Oppgaveskriving/VIKO, 2020).

Det meste av faglitteraturen er hentet fra bøker som har vært pensum i løpet av sykepleierstudiet, og jeg tenker derfor at dette er et godt utgangspunkt i valg av faglitteratur. En fagartikkel som knyttes til urologisk sykepleie ble inkludert (Darst, 2007), da fagkunnskap fra praksisfeltet også er viktig. Jeg har i tillegg benyttet meg av boken «Prostatakreft – en håndbok for pasient og pårørende» (Fosså et al., 2018), som i utgangspunktet er tenkt for pasient og pårørende. Jeg har imidlertid valgt å bruke denne boken, da den er skrevet av tre leger, der to av de jobber og forsker innenfor feltet urologi og onkologi. I boken påpekes det også at den kan være en pålitelig kilde til informasjon for helsepersonell, og jeg opplever at boken belyser temaer som er relevante for min problemstilling. Flere av disse forfatterne har dessuten medvirket i boken «Kreftoverlever: Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv». I tillegg ble boken «Kreftsykepleie: Pasient, utfordring, handling» (Reitan & Schjøberg, 2017) brukt da redaktørene er kreftsykepleiere. Boken gir dessuten et godt innblikk i hvordan man som sykepleier skal møte pasienter med kreft. Jeg har tilstrebet å bruke primærlitteratur

gjennomgående i oppgaven, men sekundærlitteratur ble benyttet i de tilfellene der jeg ikke fikk tak i primærkilden. Jeg er oppmerksom på at det å bruke sekundærkilder betyr at primærlitteraturen har blitt tolket slik at det opprinnelige budskapet kan ha endret mening.

Når man forsker på et tema kan ens egne verdier og synspunkter være med å påvirke forskningssituasjonen, og det er viktig at man er klar over dette og gjør rede for sin forforståelse i forkant (Bjørk & Solhaug, 2012, s. 113). Da dette temaet er noe jeg har litt erfaring med fra tidligere, er jeg bevisst på at egne erfaringer og opplevelser kan ha påvirket min tolkning av forskningen og litteraturen som er anvendt i oppgaven. I forhold til etiske aspekter, har jeg i arbeidet med analysen av forskningslitteraturen undersøkt etiske vurderinger. Alle de valgte forskningsartiklene har gjort en vurdering i forhold til etiske hensyn, og jeg har derfor valgt å inkludere dem.

3. Empiri

3.1. Artikkelmatrise

Tabell 3.1 Artikkelmatrise

Artikkel A	
Referanse	O'Shaughnessy, P. 'Kevin', & Laws, T. (2010). Australian men's long term experiences following prostatectomy: A qualitative descriptive study. <i>Contemporary Nurse</i> , 34(1), 98–109. https://doi.org/10.5172/conu.2009.34.1.098
Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	Studien ønsket å beskrive menns langtidsbedring etter prostatektomi, med hensikt i å identifisere effekten av uløste postoperative bivirkninger.
Metode	I denne studien fra Australia, benyttes en kvalitativ metode. Menn som hadde gjennomgått prostatektomi mer enn seks måneder før studien startet ble invitert. Deltagerne ble rekruttert via et representativt utvalg. Totalt 11 menn deltok i studien, tre gjennomførte individuelle intervjuer og åtte deltok i en fokusgruppe. I fokusgruppene ble data samlet inn ved at moderatoren fasiliterte interaksjon i gruppen, og en av forskerne tok notater knyttet til mennenes kroppsspråk, gestikulering og ansiktsuttrykk. Dette ble sett i sammenheng med lydopptak. Semi-strukturerte intervju spørsmål ble benyttet for å redusere risikoen for å påvirke gruppens verdier.
Resultat	Plagene med inkontinens påvirket psyken til mange, og flere så inkontinens som en manglende personlig evne og som sosialt upassende. Noen ble hindret fra å drive med sport. Mennene ga uttrykk for å forstå at livskvaliteten kunne påvirkes av operasjonen, men revurderte dette etter hvert som konsekvensene ble en daglig opplevelse. Mange opplevde skuffelse over å ikke kunne oppnå orgasme, og endringer i den erektil funksjonen førte til endret kroppsbilde hos mange. Mestring av erektil dysfunksjon er en stor bekymring, og reduserer livskvaliteten. Empati beskrives som en viktig kvalitet hos helsepersonellet som underviser om mestringsstrategier.
Kommentar	I forhold til min oppgave beskriver denne studien godt hvilke opplevelser mennene sitter igjen med etter behandlingen, og hvilke konsekvenser de opplever. Empati nevnes også som en viktig kvalitet hos helsepersonellet.
Artikkel B	
Referanse	Laursen, B. S. (2017). Sexuality in men after prostate cancer surgery: A qualitative interview study. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 31(1), 120–127. https://doi.org/10.1111/scs.12328

Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	Målet med denne studien var å forklare hvilken effekt kirurgisk behandling av prostatakreft har på menns seksualitet.
Metode	Studien har et kvalitativ, beskrivende design. Denne studien er basert på en fenomenologisk-hermeneutisk forståelse. Fire menn deltok i studien. Mennene ble rekruttert fra en sykepleiedrevet sexologisk rådgivningstjeneste ved et universitetssykehus i Danmark fra september til desember 2012. Data ble samlet inn gjennom intervju basert på en intervjuguide med åpne spørsmål med en sykepleier og sexologisk rådgiver.
Resultat	Analyseringen identifiserte fire overordnede temaer, 1) mangel på kontroll, 2) følelse av selvtillit, 3) intime relasjoner og 4) redefinering av seksualiteten. Å ikke kunne ha spontan sex førte til en mangel på kontroll. Maskuliniteten, selvtilliten og libido påvirkes. Erekttil dysfunksjon påvirket forholdet mennene hadde til sine partnere og andre kvinner. I forhold til partneren, følte mennene på skyld, utilstrekkelighet og mangelfullhet. Forholdet ble positivt påvirket hos par som klarte å snakke om de seksuelle problemene. Mennene forsøkte å redefinere sin seksualitet ved å finne erstatninger for sitt tidligere sexliv.
Kommentar	Denne artikkelen forklarer viktige aspekter ved menns seksuelle helse etter behandling for prostatakreft. Som sykepleier kan denne artikkelen gi bedre forståelse for hvilke problemer mennene opplever i forbindelse med sin seksualitet og erekttil dysfunksjon, og hvordan man kan hjelpe de med å håndtere disse problemene.
Artikkel C	
Referanse	Nicolaisen, M., Müller, S., Patel, H. R., & Hanssen, T. A. (2014). Quality of life and satisfaction with information after radical prostatectomy, radical external beam radiotherapy and postoperative radiotherapy: A long-term follow-up study. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 23(23-24), 3403-3414. https://doi.org/10.1111/jocn.12586
Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	Hensikten med denne studien var å undersøke pasientenes symptomer, livskvalitet og tilfredshet med informasjon tre til fire år etter radikal prostatektomi (RP), utvendig strålebehandling og postoperativ strålebehandling og å analysere forskjeller mellom de forskjellige behandlingsgruppene og forholdet mellom sykdoms-spesifikk, helse relatert og samlet livskvalitet og tilfredshet med informasjon.
Metode	Studien er en tverrsnittstudie. 143 menn som ble behandlet med radikal prostatektomi og/eller utvendig strålebehandling ved et sykehus i Nord-Norge, mellom januar og desember 2008, og som fortsatt var i live høsten 2011 ble inkludert. Spørsmål som undersøkte samlet livskvalitet og tilfredshet med informasjon ble inkludert. Det ble benyttet beskrivende statistikk og statistiske interferensmetoder ble brukt for å analysere dataen. Data ble samlet inn ved hjelp av egenrapporterte spørreskjemaer.
Resultat	Deltagerne som ble behandlet med RP rapporterte høyere tilfredshet med informasjon og kommunikasjon. Disse deltagerne gjennomgår et program som sørger for muntlig og skriftlig informasjon, i tillegg til undervisning om egenmestringsstrategier, før og etter operasjonen.

	Menneskes livskvalitet tre til fire år etter operasjonen er nedsatt, spesielt i forhold til seksuell funksjon og vannlating. Seksuell livskvalitet rapporteres som veldig lav. Sammenheng mellom sykdomsspesifikk og helserelatert livskvalitet i forhold til global livskvalitet.
Kommentar	Studien er relevant da den viser en kobling mellom mengden pasientundervisning og informasjon, og tilfredshet. Dette kan gi en pekepinn på viktigheten av å ivareta pasientens behov for informasjon. Jeg syntes også den er relevant da den viser pasientenes konsekvenser etter tre til fire år, noe som viser at bivirkningene etter operasjonen kan få langtidskonsekvenser.
Artikkel D	
Referanse	Varre, P., Slettebø, Å., & Ruland, C. (2011). «Det er mitt liv det gjelder»: Kreftpasienters beskrivelse av mestringsmuligheter, slik det kommer til uttrykk på et internettbasert diskusjonsforum. <i>Vård i Norden</i> , 31(3), 4–8. https://doi.org/10.1177/010740831103100302
Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	Studien ønsker å forstå kreftpasienters potensiale for mestring som kommer til uttrykk gjennom deres beskrivelser i et diskusjonsforum på internett.
Metode	Studien har et kvalitativt design. Den er en del av en større studie hvor en utvalgt gruppe bryst- og prostatakreftpasienter kommuniserer i et sikkert diskusjonsforum på internett. Forumet besto av ett felles forum for kvinner og menn, og ett for brystkreft og ett for prostatakreft. Data består av 711 innlegg fra januar 2006 til januar 2008. Data ble analysert ved å anvende metode for kvalitativ innholdsanalyse, ved å analysere både manifest og latent innhold.
Resultat	Pasientene beskriver betydningen av å få stå i sentrum, bli lyttet til og respektert. Støtte i relasjoner, og en trygg og tillitsfull dialog med helsepersonell er svært verdifull. Å fortelle sine historier, dele erfaringer og reflektere er fremtredende i diskusjonsforum, og ser ut til å være et vesentlig mestringspotensial.
Kommentar	Studien fremhever viktigheten av en trygg og tillitsfull dialog med helsepersonell. Pasientene ønsker å få stå i sentrum, noe det er viktig å ha i bakhodet som sykepleier. At det å fortelle sin historie og dele med andre i samme situasjon kan fremme mestring kan være viktig kunnskap å dele videre.
Artikkel E	
Referanse	Wallerstedt, A., Nyberg, T., Carlsson, S., Thorsteinsdottir, T., Stranne, J., Tyrizis, S. I., ... Haglund, E. (2019). Quality of Life After Open Radical Prostatectomy Compared with Robot-assisted Radical Prostatectomy. <i>European Urology Focus</i> , 5(3), 389–398. https://doi.org/10.1016/j.euf.2017.12.010
Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	Hensikten med denne studien var å evaluere indikatorer for graden av egenvurdert livskvalitet ved 3, 12 og 24 måneder etter robot-assistert laparoskopisk (RALP) og åpen radikal prostatektomi (ORP).

Metode	Dataen brukt i denne studien ble hentet fra den prospektive kontrollerte studien, LAPRO. Studien er en ikke-randomisert studie med 4003 menn som gjennomgikk radikal prostatektomi ved 14 sentre i Sverige fra september 2008 til november 2011. Kliniske data ble samlet av helsepersonell fra kliniske journaler preoperativt og ved 3, 12 og 24 måneder. Pasientrapporterte utfall ble samlet ved hjelp av validerte spørreskjemaer for pasienter ved de samme tidspunktene. Det ble brukt et direkte validert spørsmål om egenvurdert livskvalitet i en syv-sifret visuell skala.
Resultat	Det var ingen forskjell i livskvalitet mellom RALP og ORP postoperativt. Menn med inkontinens og erektil dysfunksjon hadde en økt risiko for dårlig livskvalitet ved alle tidspunkt postoperativt. Risikoen for dårlig livskvalitet som følge av inkontinens reduseres med tiden. Evnen til å oppnå orgasme og hyppigheten av samleie påvirket livskvaliteten.
Kommentar	Studien viser at inkontinens og erektil dysfunksjon gir en økt risiko for dårlig livskvalitet. Det at risikoen for dårlig livskvalitet som følge av inkontinens reduseres med tiden kan være relevant når man gir informasjon til pasientene. At evnen til å oppnå orgasme og hyppigheten av samleie påvirker livskvaliteten kan være viktig å vite for å sette i gang tiltak for å hindre at livskvaliteten påvirkes negativt.
Artikkel F	
Referanse	Waller, J., & Pattison, N. (2013). Men's experiences of regaining urinary continence following robotic-assisted laparoscopic prostatectomy (RALP) for localised prostate cancer: A qualitative phenomenological study. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 22(3-4), 368-378. https://doi.org/10.1111/jocn.12082
Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	Denne studien ønsker å få en forståelse av hvordan menn tolker sine opplevelser med å gjenvinne kontinens etter robot-assistert laparoskopisk prostatektomi (RALP).
Metode	Denne studien er en kvalitativ studie som benytter en hermeneutisk fenomenologi. Studien bygger på dybdeintervjuer med syv menn i alderen 57-71 år som nylig hadde gjennomgått robotassistert laparoskopisk prostatektomi (RALP) og som definerte seg selv som kontinent for urin i perioden juli 2010 til desember 2010.
Resultat	Å vite hva som skjer preoperativt og å bli vist preventive teknikker om hvordan man kan forbedre inkontinens gjorde bekymringene rundt postoperativ inkontinens mindre. Å ikke huske, eller å få mangelfull informasjon eller å få presentert informasjon ved et ugunstig tidspunkt kan gjøre mennene dårlig forberedt. Mennene føler de mangler presis, detaljert og ærlig informasjon. Evnen til å returnere til vanlige aktiviteter var viktig. Mennene mottok også støtte fra likemenn.
Kommentar	Denne studien gir forslag til intervensjoner som man som sykepleier kan gjøre noe med, i tillegg til å belyse mennenes opplevelse av inkontinens.
Artikkel G	
Referanse	Hsiao, C.-P., Moore, I. M. (Ki), Insel, K. C., & Merkle, C. J. (2014). Symptom self-management strategies in patients with non-metastatic

	prostate cancer. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 23(3-4), 440-449. https://doi.org/10.1111/jocn.12178
Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	Hensikten med studien var å utforske sammenhengen mellom symptomer, bekymring over symptomer og å identifisere effektive strategier for egenmestring av symptomene hos menn med ikke-metastatisk prostatakraft etter radikal prostatektomi eller strålebehandling.
Metode	Studien er en beskrivende tverrsnittstudie som ble gjennomført med et utvalg av 53 menn i alderen 52-80 år, innenfor tre måneder etter behandlingsstart. Studien ble gjennomført ved ulike klinikker og en prostatakraft støttegruppe i sørlige Arizona, USA. Alle pasientene med prostatakraft uten spredning som var satt opp til behandling med radikal prostatektomi eller strålebehandling, ble rekruttert. Data ble samlet gjennom et semistrukturert individuelt intervju. Spørreskjemaene «The Symptom Indexes» og «the Strategy and Effectiveness of Symptom Self-Management» ble benyttet for å måle symptomer, bekymring over symptomer og egenmestring av symptomene.
Resultat	Symptomer hadde et tydelig samsvar med bekymringer over symptomer. I forhold til problemer med urinlekkasje var strategiene som var mest brukt med best effektivitet å bruke innlegg, bleie, bekkenbunnsøvelser og å holde ut/tolerere. I forhold til seksuell dysfunksjon var strategiene som ble mest brukt med best effektivitet å uttrykke følelser med partneren sin, å finne alternative måter å vise affekt og seksuell intimitet, og å redusere seksuelle aktiviteter.
Kommentar	Denne studien er interessant da den gir informasjon om strategier for egenmestring relatert til vannlatingsproblemer og seksuell funksjon.
Artikkel H	
Referanse	Derogar, M., Dahlstrand, H., Carlsson, S., Bjartell, A., Hugosson, J., Axén, E., ... Steineck, G. (2016). Preparedness for side effects and bother in symptomatic men after radical prostatectomy in a prospective, non-randomized trial, LAPPRO. <i>Acta Oncologica</i> , 55(12), 1467-1476. https://doi.org/10.1080/0284186X.2016.1213415
Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	Denne studien ønsket å finne ut av hvor forberedt pasientene var før radikal prostatektomi, og nivået av plager opplevd fra urininkontinens og redusert seksuell helse etter operasjonen.
Metode	Data ble samlet inn prospektivt fra en ikke-valgt gruppe menn i alderen 37-79 år som hadde prostatakraft og var planlagt for behandling med radikal prostatektomi ved 14 sentre i Sverige mellom september 2008 og november 2011. 2875 pasienter ble inkludert i grunnlinjen for analysen av urininkontinens, og 2427 ble inkludert i analysen av erektil dysfunksjon. Data ble samlet inn gjennom pasientjournaler og gjennom spørreskjemaer som pasientene fylte ut før og etter operasjonen. Pasientene i studien hadde i forkant av operasjonen ingen urinlekkasje eller en veldig liten urinlekkasje. De studerte også alle menn som ikke hadde erektil dysfunksjon før operasjon, men som rapporterte å oppleve dette ett år etter operasjonen. Datainnsamlingen ble utført før kirurgi, og 3, 12 og 24 måneder etter operasjonen.

Resultat	Studien viser en sterk assosiasjon mellom å ikke være forberedt for vannlatingsproblemer, og å bli plaget av urininkontinens. Det ses en sterk assosiasjon mellom å ikke være forberedt for redusert seksuell helse og å være plaget av erektil dysfunksjon. Det ses også en sterk assosiasjon mellom å ikke være forberedt for redusert seksuell helse og negativ selvtillit grunnet erektil dysfunksjon.
Kommentar	Studien er relevant da den viser en sammenheng mellom det å ikke være forberedt, og det å oppleve plager i form av urininkontinens, erektil dysfunksjon og negativ selvtillit.
Artikkel I	
Referanse	Allchorne, P. (2016). Identifying Unmet Care Needs of Patients with Prostate Cancer to Assist with Their Success in Coping. <i>Urologic Nursing</i> , 36(5), 224–232. https://doi.org/10.7257/1053-816X.2016.36.5.224
Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	Hensikten med denne studien var å fastsette de uoppfylte behovene til pasienter etter behandling av prostatakraft.
Metode	Studien undersøkte kvalitet som involverte en gapanalyse ved å revidere den omsorgen pasienten mottok i sin behandlingsreise, og identifisere mangler i pleien som ble gitt etter pasientenes syn. Det ble benyttet et kvantitativt studiedesign med utgangspunkt i en 10-elements likert skala for å måle utfallet av deltagernes svar. Studien baserer seg på anonyme spørreskjemaer som ble sendt til potensielle deltagere som mottok behandling for prostatakraft i perioden desember 2013 til oktober 2014. Til sammen 250 potensielle deltagere ble valgt fra fem forskjellige behandlingsgrupper (aktiv overvåking, brakyterapi, robotassistert radikal prostatektomi (RARP), utvendig strålebehandling, hormonbehandling, fra tre til 18 måneder etter behandlingsslutt. Data om deltagernes symptomer ble samlet inn ved tre forskjellige tidspunkt, under den første behandlingen, ved avslutningen av behandlingen og etter behandling.
Resultat	106 spørreundersøkelser ble fullført og returnert. Deltagerne som ble behandlet med RARP klaget over erektil dysfunksjon, inkontinens og nedre urinveissymptomer. Inkontinens forbedret seg hos de som ble behandlet med RARP i oppfølgingsperioden. Studien viser at mange av deltagerne ikke føler seg forberedt på å mestre erektil dysfunksjon, og mange føler ikke at de har fått snakket om symptomene. Majoriteten av deltagerne kunne ikke huske å ha mottatt informasjon ved konsultasjon.
Kommentar	Her vises det til at mange ikke føler seg forberedt på å mestre erektil funksjon, og at ikke alle får snakket om symptomene. Mange husker heller ikke at de har fått informasjon, noe man som sykepleier bør ta i betraktning når man skal informere pasientene.
Artikkel J	
Referanse	Iyigun, E., Ayhan, H., & Tastan, S. (2011). Perceptions and experiences after radical prostatectomy in Turkish men: A descriptive qualitative study. <i>Applied Nursing Research</i> , 24(2), 101–109. https://doi.org/10.1016/j.apnr.2009.04.002

Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	Hensikten med denne studien var å forklare erfaringene og oppfatningene til tyrkiske menn som hadde gjennomgått radikal prostatektomi og å utforske meningene og forslagene for mennene som hadde gjennomgått radikal prostatektomi med hensyn til innhold i opplæring før utskrivning.
Metode	Studien har et kvalitativt design med en beskrivende fenomenologisk metode. Studien ble gjennomført ved en urologisk avdeling i Tyrkia mellom januar 2006 og april 2007. 15 menn gjennomførte et semistrukturert intervju. Gjennomsnittlig alder blant intervjuobjektene var 62,6 år, over halvparten hadde et utdanningsnivå tilsvarende videregående eller høyere, og alle var gift.
Resultat	Mange opplevde at inkontinens hindret dem fra å møte venner eller drive med sport. Viktigheten av fysisk og emosjonell støtte i å mestre urininkontinens beskrives. Flere hadde ikke mottatt informasjon fra helsepersonell eller snakket om negative erfaringer. Noen ønsket å dele problemene sine og få hjelp, men de opplevde det som for flaut. Deltagere som hadde fått informasjon fra helsepersonell følte seg mer komfortable og tilfreds etterpå. Informasjon om blant annet urininkontinens, seksuelle problemer, informasjon om innlegg, bekkenbunnsøvelser etterlyses.
Kommentar	Denne artikkelen belyser pasienters opplevelser og meninger rundt tiden etter radikal prostatektomi, og gir verdifulle tips til temaer man som sykepleier kan ta opp for å dekke pasientens behov for informasjon.

3.2. Sammenfattet empiri

Litteraturstudiet bygger på ti forskningsartikler. Artiklene beskriver hovedsakelig pasientenes erfaring med radikal prostatektomi, hvordan livskvaliteten deres påvirkes postoperativt, bivirkninger, informasjonsbehov og mestringsstrategier. Enkelte av artiklene kommer med tips til sykepleieintervensjoner som kan bidra til å lindre symptomene av de kirurgiske bivirkningene og bidra til mestring.

Fire av artiklene har fokus på erfaringer, og belyser konsekvensene av behandlingen og hvordan mennene håndterer disse (Iyigun et al., 2011; Laursen, 2017; O'Shaughnessy & Laws, 2010; Waller & Pattison, 2013) I studien til O'Shaughnessy og Laws (2010) uttrykte mennene at de forstod at beslutningen om å gjennomgå kirurgi kunne ha langtidseffekter for livskvaliteten. Da konsekvensene av bivirkningene ble en daglig opplevelse, revurderte mange valget sitt. Mestring av erektil dysfunksjon er en stor bekymring, og reduserer livskvaliteten. Flere opplevde at inkontinens påvirket psyken (O'Shaughnessy & Laws, 2010). I en studie ses det en sammenheng mellom dårlig forberedthet for vannlatingsproblemer, og det å være plaget av urininkontinens (Derogar et al., 2016). Noen av mennene var mindre aktive fordi inkontinensen hindret dem fra å møte venner eller drive med sport (Iyigun et al., 2011; O'Shaughnessy & Laws, 2010). Risikoen for inkontinens reduseres imidlertid med tiden (Allchorne, 2016; Wallerstedt et al., 2019). Studien til Laursen (2017) studerte mennenes seksualitet etter operasjonen. Mennene ga uttrykk for at det var et problem å ikke lenger kunne ha spontan sex, og at dette førte til en mangel på kontroll. Maskuliniteten, selvtiliten og libido ble påvirket. Overfor partneren følte mennene på skyld, og de følte seg utilstrekkelige og mangelfulle fordi de ikke kunne

ivareta partnerens behov. I studien til Wallerstedt et al. (2019) påvirker evnen til å oppnå orgasme og hyppigheten av samleie livskvaliteten.

Informasjon er et tema i fire av artiklene (Allchorne, 2016; Iyigun et al., 2011; Nicolaisen, Müller, Patel, & Hanssen, 2014; Waller & Pattison, 2013). I studien til Nicolaisen et al. (2014) vises det til at pasienter som behandles med radikal prostatektomi rapporterer høyere tilfredshet innenfor tilfredshets spørsmål, informasjon og kommunikasjon. Disse pasientene gjennomgår et program som sørger for muntlig og skriftlig informasjon, i tillegg til undervisning om egenmestringsstrategier, før og etter operasjonen. I tre av studiene husker ikke deltagerne at de har mottatt informasjon (Allchorne, 2016; Iyigun et al., 2011; Waller & Pattison, 2013). Noen menn fikk mangelfull informasjon, eller informasjon på et ugunstig tidspunkt (Waller & Pattison, 2013). Dette kan gjøre mennene dårlig forberedt på å håndtere konsekvensene (Waller & Pattison, 2013). I studien til Allchorne (2016) opplever mange at de er dårlig forberedt på å mestre erektil dysfunksjon. Studien til Derogar et al. (2016) vises en sterk sammenheng med å ikke være forberedt for redusert seksuell helse og å være plaget av erektil dysfunksjon og oppleve negativ selvtillit. Deltakerne i studien til Waller og Pattison (2013) beskriver at det å få informasjon om hva som skjer preoperativt og prevantive teknikker om hvordan inkontinens kan forbedres, reduserer bekymringene. I to av studiene fikk ikke deltagerne snakket om symptomene (Allchorne, 2016; Iyigun et al., 2011). Deltagerne i studien til Iyigun et al. (2011) ønsket å snakke med helsepersonell, men opplevde dette som flaut. De som fikk snakket med helsepersonell følte seg mer komfortable og tilfreds etterpå. Deltakerne i denne studien ønsket seg mer informasjon om urininkontinens, seksuelle problemer, informasjon om innlegg og bekkenbunnsøvelser (Iyigun et al., 2011).

To av artiklene fokuserer på livskvalitet (Nicolaisen et al., 2014; Wallerstedt et al., 2019). I studien til Nicolaisen et al. (2014) skårer inkontinens og urinfunksjon lavt innenfor sykdomsspesifikk livskvalitet. Seksuell livskvalitet rapporteres som veldig lav. Studien viste at sykdomsspesifikk og helserelatert livskvalitet har en stor sammenheng med samlet livskvalitet (Nicolaisen et al., 2014). Menn med inkontinens og erektil dysfunksjon hadde en økt risiko for dårlig livskvalitet ved alle tidspunktene i studien til Wallerstedt et al. (2019).

I studien av Varre, Slettebø og Ruland (2011) beskriver pasientene betydningen av å få stå i sentrum, bli lyttet til og respektert. Støtte i relasjoner, og en trygg og tillitsfull dialog med helsepersonell er svært verdifull. Å fortelle sine historier, dele erfaringer og reflektere med andre kan være et mestringspotensial (Varre et al., 2011). Noen menn mottar støtte fra likemenn via nettforumer og mentorordninger (Waller & Pattison, 2013). I studien til Iyigun et al. (2011) understrekes viktigheten av fysisk og emosjonell støtte i å mestre urininkontinens. Mennene i studien til Waller og Pattison (2013) følte de manglet presis, detaljert og ærlig informasjon i forhold til praktiske og emosjonelle sider av å håndtere inkontinens.

I tre av artiklene nevnes mestring og mestringsstrategier. I forhold til seksuell dysfunksjon er det å uttrykke følelser med partneren sin, å finne alternative måter å vise affekt og seksuell intimitet, mye brukte og effektive mestringsstrategier (Hsiao, Moore, Insel, & Merkle, 2014; Laursen, 2017). Empati ses som en viktig kvalitet for de som underviser menn i mestringsstrategier (O'Shaughnessy & Laws, 2010).

4. Teori

4.1. Prostatakraft

Prostatakraft utvikler seg fra epitelcellene i prostatakjertelen. Det normale kjertelepotelet stimuleres av testosteron, som også kan virke stimulerende på de maligne cellene. Ofte foregår den klonale proliferasjonen veldig langsomt, og mange menn dør dermed med sykdommen uten å vite at de har den. I andre tilfeller kan det foregå en mer aggressiv spredning, med en veldefinert tumor. De maligne cellene vil etter hvert trenge gjennom vevet i prostatakjertelen, slik at de omkringliggende strukturene slik som sædblærene og nedre del av urinlederne invaderes (Wyller, 2014, s. 958–959).

I januar 2015 ble det innført et pakkeforløp for prostatakraft. Pakkeforløpet er ment å gi forutsigbarhet og trygghet for pasienten og de pårørende, og fungerer som en standard for forløpet (Helsedirektoratet, 2015). Der er et mål at pasienten og hans pårørende gjennom forløpet opplever god informasjon, involvering, medvirkning og dialog. Pårørende skal involveres igjennom hele pasientforløpet i den grad pasienten selv ønsker det, og man skal som helsepersonell være oppmerksom på at pårørende kan ha behov som skal ivaretas (Helsedirektoratet, 2014).

4.2. Radikal prostatektomi

Radikal prostatektomi er en av de ulike typene primærbehandlingene for prostatakraft. Dette kirurgiske inngrepet innebærer fjerning av prostatakjertelen og eventuelt sædblærene (Fosså et al., 2018, s. 58; Helsedirektoratet, 2014). Etter dette blir blærehalsen sydd sammen med urinrøret på en slik måte at man ivaretar lukkemuskulens funksjon, og dermed sørger for at pasienten beholder kontrollen over vannlatingen. Med behandlingen ønsker man å fjerne alt kreftvevet, men på samme tid bevare kontinensen og potensen i den grad det er mulig. Prostata er omkranset med tynne nerver som forgreiner seg til penis og blærehalsen. Funksjonen i disse nervene vil i ettertid være avgjørende for kontroll av vannlating og ereksjon. Vanligvis vil man kunne beholde disse nervene, men dersom tumoren har vokst utenfor prostatakapselen vil det gå utover radikaliteten dersom de spares (Fosså et al., 2018, s. 58). De hyppigste formene for komplikasjoner som skjer ved radikal prostatektomi er varierende grad av urininkontinens og en risiko for erektil dysfunksjon (Helsedirektoratet, 2014). De fleste prostatektomier i Norge i dag utføres med robotassistert teknikk, da dette er mer skånsomt enn åpen teknikk som ble brukt tidligere (Fosså et al., 2018, s. 58).

4.3. Livskvalitet

Ordet livskvalitet knyttes til enkeltindividet, og defineres som et psykologisk/subjektivt fenomen. Det er bare personen det gjelder som kan si hva han eller hun opplever. Næss et al. (2011) forklarer at «En persons livskvalitet er høy i den grad personens bevisst kognitive og affektive opplevelser er positive, og lav i den grad personens bevisst kognitive og affektive opplevelser er negative.» (s. 18). Begrepet livskvalitet ses på som noe som omfatter den enkelte personens psykiske velvære, at man har en følelse eller opplevelse av å ha det godt, med en grunnstemning av glede. Affektive opplevelser omfattes av følelsesmessige tilstander som glede, engasjement og kjærlighet, eller ensomhet, angst

og tretthet. Kognitive opplevelser som tanker, oppfatninger og vurderinger inngår også som en del av livskvalitet etter denne definisjonen. Dette omfatter om personen opplever selvtillit, tilfredshet eller selvrealisering, eller skyldfølelse, misnøye, skuffelse og opplevelse av meningsløshet (Næss et al., 2011, s. 18–21).

Etter kreftsykdom, vil informasjon knyttet til helse relatert livskvalitet være mest aktuelt (Grov, Loge, & Dahl, 2013, s. 155). Dette innebærer innhold som varierer etter en fysisk, psykisk og sosial dimensjon. Den fysiske dimensjonen rommer ting som styrke, utholdenhet, bevegelse og ulike fysiske symptomer. Den psykiske dimensjonen innebærer vanligvis fatigue, depresjon, angst og konsekvenser av følelsesmessige problemer. I forhold til sosialt nettverk og møte med familie og venner og ulike fritidsaktiviteter, omfattes dette av den sosiale dimensjonen (Grov et al., 2013, s. 152). Ved å gi informasjon og veiledning til pasient og pårørende kan man bidra til å påvirke livskvaliteten til pasienten (Wahl & Rokne, 2011, s. 195).

4.4. Mestring

Mestring handler om hvordan man som menneske møter belastende livssituasjoner, og innebærer summen av de indre ressursene og handlingene den enkelte gjør for å kontrollere ytre og indre krav og konflikter (Drageset, 2014, s. 85). Mestring innebærer også en evne til å anvende ressurser som man har tilgang til, som ferdigheter, kunnskap, ressurser og utstyr. Mestringsbehovet oppstår når personen utsettes for ulike belastninger, som sykdom (Ekeland & Heggen, 2007, s. 65).

En av Norsk sykepleierforbunds (2019) yrkesetiske retningslinjer sier at sykepleiere skal «understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten». Som sykepleier kan man ved hjelp av god kommunikasjon, bidra til å støtte pasientens hverdagsmestring, ved å for eksempel hjelpe pasienten til å få fatt på hva som er viktig, legge planer sammen med vedkommende og å motivere pasienten (Eide & Eide, 2017, s. 48–49). Måten man som sykepleier kommuniserer på kan ha et betydelig bidrag til å vekke de positive følelsene av trygghet, tillit og mening (Eide & Eide, 2017, s. 50).

Personens personlighetsegenskaper kan knyttes til hvordan personen mestrer sin livssituasjon. Egenskaper som utadvendthet og optimisme vil kunne gi flere positive indre opplevelser enn negative. Den måten personen møter utfordringer i livet på har konsekvenser for livskvalitet, i form av psykisk velvære (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug, & Grimsbø, 2016a, s. 57).

4.5. Urininkontinens

Mange opplever at urininkontinens påvirker seksuallivet ved at man føler seg mindre attraktiv og at den seksuelle spontaniteten er redusert. Mange har en tilstedeværende følelse av urenheter, og en redsel for at man skal lukte urin. Dette kan gi konsekvenser som sosial isolasjon, og at den det gjelder føler seg alene om problemet. Enkelte reduserer også sitt fysiske aktivitetsnivå dersom lekkasjen skyldes fysisk aktivitet (Vinsnes, 2014, s. 130). Pasientene som opplever urininkontinens bør få beskjed om å være tålmodig. Ved å oppfordre pasienten til å se bakover og ikke framover, kan pasienten gjerne legge merke til en bedring. Sykepleieren bør legge til rette for en samtale med pasienten om urininkontinens ved å skape trygge rammer i form av aktiv lytting og å vise forståelse (Gjessing, 2017, s. 579–580).

For å redusere risikoen for urinlekkasje etter radikal prostatektomi er det viktig at pasienten kommer i gang med bekkenbunnsøvelser i ukene før operasjonen. Disse

knipeøvelsene vil føre til bedre kontroll over vannlatning og avføring grunnet styrking av bekkenbunnsmuskulaturen (Fosså et al., 2018, s. 87). Pasienten bør få muntlig og skriftlig informasjon om hvordan øvelsene skal utføres, og sykepleieren må motivere pasienten til å ta i bruk øvelsene (Gjessing, 2017, s. 580).

4.6. Ereksjonssvikt og seksualitet

Mange av pasientene opplever en utpreget ereksjonssvikt i de første tre månedene etter operasjonen (Fosså et al., 2018, s. 83). Når problemene har vart i over seks måneder brukes begrepet erektil dysfunksjon (Gjessing, 2017, s. 580). Risikoen for ereksjonssvikt hos den enkelte avhenger av flere faktorer, blant annet alder, komorbiditet, erektil funksjon før behandling, størrelse på tumoren i og utenfor prostatakjertelen, erfaringen til operatøren, og om det utføres en nervesparende operasjon. For å ivareta ereksjonsevnen i størst mulig grad, er det nødvendig å sikre god og jevn blodforsyning til svampelegemene umiddelbart etter kateterfjerning. Dette skjer når man oppnår ereksjon, og grunnet dette anbefales mennene å komme i gang med seksuell rehabilitering fortrest mulig etter operasjonen (Fosså et al., 2018, s. 84–85).

Helsepersonell unnlater i noen tilfeller å snakke om seksualitet med pasientene og deres partnere. Ulike grunner til dette kan være at man velger å unngå vanskelige temaer, at det er et tema som er dyptgående eller sårt for mange eller at man stiller for høye krav til egen kunnskap og profesjonalitet slik at man vegrer seg for å snakke om temaet (Borg, 2017, s. 126). Seksuelle forandringer som tema bør tas opp når man yter pleie. Par som diskuterer bekymringene sine rundt endringer i seksuell funksjon får en mulighet til å skape nærhet når begge har behov for støtte. Å unngå å snakke om dette, kan gjøre at paret trekker seg fra hverandre. Pasienten vil trekke seg unna på grunn av frustrasjon og følelsen av å ha feilet, og partneren for å beskytte pasienten. Ideelt sett burde disse problemene tas opp preoperativt og postoperativt i en avslappet og oppmuntrende atmosfære. Dette kan hjelpe parene til å mestre de fysiske og emosjonelle forandringene og oppmuntre til å fortsette samlivet (Darst, 2007).

4.7. Informasjon, undervisning og veiledning

Ved sykdom har man gjerne et vesentlig behov for informasjon og kunnskap knyttet til ting som sykdommen, behandlingen, prognosen, bivirkninger av medikamenter og behandlingen, praktiske forhold på sykehuset, psykiske påvirkninger og lignende. En av de viktigste kommunikative oppgavene som helsepersonell er å gi pasienten informasjon og veiledning (Eide & Eide, 2017, s. 218). Pasientens behov for informasjon må kartlegges, og informasjonen må formidles på en måte som gjør at den oppleves relevant. Et av de viktigste målene er at pasienten skal klare å mestre situasjonen bedre, og bli mest mulig selvhjulpent (Eide & Eide, 2017, s. 218). Stress, ubehag og smerter kan ha en negativ påvirkning av kreftpasienters evne til å lære og mestre i en krisesituasjon. Sykepleier bør derfor involvere pårørende i undervisningen ved utvalgte læresituasjoner, slik at den samme informasjonen formidles til dem. Pårørende kan bistå i å støtte pasienten når de nye ferdighetene skal læres (Reitan & Schjølberg, 2017, s. 99).

Som pasient har man rettigheter gjennom Lov om pasient- og brukerrettigheter (1999, §3-2) rett til medvirkning og informasjon. Her står det blant annet at pasienten har krav på den informasjonen han trenger for å få innsikt i sin egen helsetilstand og den helsehjelpen som gis. Pasienten skal også få informasjon om potensielle risikoer og bivirkninger. Dersom pasienten gir samtykke til det, skal også pasientens nærmeste pårørende få informasjon om helsetilstanden til pasienten, og hvilken helsehjelp

vedkommende får (§3-4). Loven fastsetter at den informasjonen som gis skal være individuelt tilpasset til mottakerens forutsetninger, med hensyn til alder, erfaring, språk og kulturell bakgrunn, og at den formidles på en skånsom måte. Så langt det er mulig skal man sørge for at mottakeren har forstått innholdet og viktigheten av informasjonen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-5).

Pasienter sier ofte at de ikke har fått informasjon, selv om helsepersonell mener at de har informert. Dette kan skyldes at viktigheten av informasjonen ikke formidles tydelig nok. En annen årsak kan være at situasjonen for pasienten ofte er preget av mye ny informasjon, slik at informasjonen som blir formidlet fra helsepersonellet, lett forsvinner i mengden av inntrykk og informasjon. Hovedregelen sier at informasjonen ikke er gitt før den andre har oppfattet og forstått den. Det ser ut til at pasienter best oppfatter informasjonen når den formidles med full oppmerksomhet, da pasienten kan bli distraheret om andre ting gjøres samtidig (Eide & Eide, 2017, s. 219). For å sikre at informasjonen oppfattes er det viktig at sykepleier bruker et dagligspråk, og at informasjonen gjentas og oppsummeres for pasienten. Pasienten bør få mulighet til å gjenfortelle informasjonen for å sikre at informasjonen er forstått og bør oppmuntres til å stille spørsmål (Fosså et al., 2018, s. 168). Noe av informasjonen kan i enkelte situasjoner gis digitalt eller skriftlig i forkant eller etterkant (Eide & Eide, 2017, s. 219). Sykepleieren kan oppfordre pasienten til å ta kontakt med ulike pasientforeninger eller selvhjelpsgrupper (Reitan & Schjølberg, 2017, s. 99). Pasientene kan også anbefales nettsider som Kreftforeningen, PROFO (Prostatakreftforeningen), American Cancer Society og National Cancer Institute (Fosså et al., 2018, s. 167).

4.8. Sykepleieteori

I denne delen presenteres teori som belyser sykepleieperspektivet. Virginia Hendersons behovsteori er valgt ut som sykepleieteoretiker grunnet hennes fokus på grunnleggende behov. Hendersons (1997) teori fokuserer på 14 punkter med generelle behov, og de punktene som er relevante for oppgaven vil trekkes fram (s. 18-19). Sykepleiers undervisende og veiledende funksjon presenteres også her.

4.8.1. Undervisning og veiledning som funksjonsområde

Tveiten definerer veiledning av pasienter som *«en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess som har til hensikt at mestringskompetansen styrkes gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier»* (Som sitert i Tveiten 2006, gjengitt i Tveiten, 2016, s. 89). Dette innebærer en maktforskyvning fra sykepleieren til pasienten. Igangsettingsprosessen kan innebære at pasienten har behov for informasjon, kunnskap, råd og å bli oppfordret til refleksjon slik at han kan øke selvbevisstheten og sin mestringskompetanse (Som sitert i Tveiten 2006, gjengitt i Tveiten, 2016, s. 90). Denne prosessen vil kunne gjøre pasienten i stand til å ta kontroll over forhold som påvirker egen helse, og betyr at pasienten selv står ansvarlig for å selv ta i bruk kunnskapen. Veiledning kan også innebære pedagogiske metoder som informasjon, undervisning og rådgivning (Tveiten, 2016, s. 90). Undervisning, veiledning og støtte er gode metoder i mange situasjoner der målet er læring, mestring og styrking av ressursene til pasienten. I noen situasjoner kan det være nødvendig å kombinere ulike metoder, men også å skifte mellom bruk av metoder. Pasienten kan også ha et behov for informasjon som er konkret (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug, & Grimsbø, 2016b, s. 369). Ved å gi informasjon og veiledning til pasienter og deres pårørende, påvirker man faktorer som virker inn på livskvaliteten (Wahl & Rokne, 2011, s. 195).

Veiledning har et relasjonelt aspekt som anses som viktig. Relasjonen i veiledningen må være preget av støtte, utfordring og anerkjennelse. Dette er viktige momenter knyttet til utvikling av bevissthet og mestring rundt egen helse (Tveiten, 2016, s. 92). Før man skal gjennomføre undervisning og opplæring er det vesentlig at sykepleieren har etablert en god relasjon med pasienten, og at sykepleieren innehar kunnskap om hvordan læreprosessen påvirkes (Kristoffersen et al., 2016b, s. 361).

4.8.2. Virginia Hendersons behovsteori

Målet og hensikten for sykepleien er ifølge Henderson «å hjelpe enkeltmennesker, syke eller friske, til å så raskt som mulig gjenvinne sin selvstendighet når det gjelder å utføre gjøremål som er forbundet med ivaretagelse av de grunnleggende menneskelige behovene» (Kristoffersen et al., 2016b, s. 38). Dersom pasienten ikke kan gjenvinne selvstendighet, må pasienten lære seg å leve med de begrensningene som tilstanden hans fører til på best mulig måte (Henderson, 1997, s. 67). Behovet for sykepleie oppstår når personen mangler nødvendige ressurser for selv å kunne gjennomføre de gjøremålene som trengs for å dekke sine grunnleggende behov. Ressursmangelen kan skyldes at personen mangler kunnskap, krefter eller vilje. Det understrekes at pasienten selv er «ekspert» på sine behov (Kristoffersen et al., 2016b, s. 38). Sykepleieren må derfor legge kjennskap til personen til grunn når pasientens behov skal ivaretas, slik at det blir i samsvar med hva vedkommende ville ha gjort dersom vedkommende var i stand til å gjøre det selv. (Kristoffersen et al., 2016a, s. 24). Pårørende bør inkluderes i sykepleien når de kan bidra til å dekke pasientens behov (Kristoffersen et al., 2016b, s. 37).

Ut ifra Hendersons 14 punkter om generelle behov har de som er mest relevante for oppgaven blitt trukket fram her:

Å få fjernet kroppens avfallsstoffer

Henderson (1997) beskriver at vannlating vanligvis er et tema som ikke snakkes om på grunn av tabu, og noe som kan føre til at pasientene er dårlig informert om dette (s. 35).

Å hjelpe pasienten å få kontakt med andre og med å gi uttrykk for sine behov og følelser

Ved å vise forståelse, kan sykepleieren vinne den sykes og hans pårørendes tillit slik at hun kan hjelpe den syke til å komme over sykdommens psykologiske farer (Henderson, 1997, s. 54)

Å hjelpe pasienten med underholdning og fritidssysse

Henderson (1997) mener at sykepleieren bør legge til rette for og oppmuntre til aktivitet, fordi dette kan ha en viktig betydning (s. 62).

Å hjelpe pasienten med å lære

Veiledning, oppøving og undervisning ses som en del av den generelle sykepleien. Hun beskriver sykepleierens ansvar for helseveiledning som en plikt. Sykepleieren skal videreformidle spørsmål om prognose, diagnose og terapi til legen, og fungere som en støtte for pasienten og understreke de opplysningene pasienten har mottar fra legen. Ved spørsmål om personlig hygiene eller lignende, må sykepleieren være forberedt på å ta opp slike problemer og gi pasienten undervisning forankret i fagkunnskap. I mange tilfeller mener hun at helsepersonellet lar være å sikre at pasienten har forstått den informasjonen han har fått (Henderson, 1997, s. 63–66).

5. Diskusjon

På bakgrunn av ovennevnt empiri og teori vil jeg i det følgende kapittelet diskutere problemstillingen:

«Hvordan kan man som sykepleier bidra til økt livskvalitet hos pasienter med prostatakraft som behandles med radikal prostatektomi?»

5.1. Veiledning av pasienten

5.1.1. Forberede pasienten – informasjon og undervisning

Det relasjonelle aspektet ved veiledning framstår som viktig (Kristoffersen et al., 2016a, s. 24; Tveiten, 2016, s. 92). Før sykepleieren gjennomfører undervisning og veiledning er det viktig å ha etablert en god relasjon med pasienten (Kristoffersen et al., 2016b, s. 361). Relasjonen i veiledningen bør preges av støtte, utfordring og anerkjennelse (Tveiten, 2016, s. 92), og behovet for dette bekreftes i studiene til Varre et al. (2011) og Iyigun et al. (2011). Disse momentene er viktige i prosessen med å utvikle bevissthet og mestring rundt egen helse (Tveiten, 2016, s. 92). Et viktig aspekt med relasjonen er å anerkjenne at pasienten er sin egen «ekspert», slik at han får stå i sentrum, og opplever å bli respektert og lyttet til (Kristoffersen et al., 2016b, s. 38; Varre et al., 2011).

I O'Shaughnessy og Laws (2010) studie gir mennene uttrykk for at de er klar over at livskvaliteten kan påvirkes på lengre sikt. Imidlertid viste det seg at mennene begynte å revurdere valget sitt om behandling ettersom langtidseffektene begynte å vise seg. Mennene i denne studien opplevde å bli påvirket psykisk. Dette kan indikere at mennene ikke i stor nok grad var klar over hvilke konsekvenser som kunne vente dem i etterkant av operasjonen, og at de ikke hadde god nok kunnskap om hvordan de kunne håndtere disse bivirkningene. Dette finner man støtte for i studien til Derogar et al. (2016) som beskriver at pasienter som har en lav grad av forberedthet for problemer knyttet til vannlating hadde en økt risiko for plager av urininkontinens ett år etter radikal prostatektomi. I Nicolaisen et al. (2014) sin studie gikk pasientene imidlertid gjennom et undervisningsprogram, med egenmestringsstrategier, og muntlig og skriftlig informasjon. Pasientene som deltok i dette programmet rapporterte en høyere tilfredshet og livskvalitet. Om man ser funnene til Derogar et al. (2016) og O'Shaughnessy og Laws (2010) i sammenheng med studien til Nicolaisen et al., ser man at det å gi pasientene grundig informasjon og undervisning, kan gjøre pasientene mer forberedt og dermed tilfreds når langtidseffektene dukker opp. Informasjon og undervisning kan altså føre til en bedre forståelse av hva som kan møte pasientene etter behandlingen, og hvordan man kan takle symptomene, noe som kan gi et grunnlag for økt livskvalitet. Informasjon om urininkontinens, innlegg og bekkenbunnsøvelser etterlyses i en av studiene, og er noe man bør inkludere i undervisningen (Iyigun et al., 2011).

5.1.2. Tilpasse informasjonen

Ved sykdom har pasientene vanligvis et stort behov for informasjon knyttet til sykdommen, behandlingen, bivirkningen av behandlingen, psykiske påvirkninger og lignende. Som sykepleier er en av de viktigste kommunikative oppgavene å gi pasienten informasjon og veiledning (Eide & Eide, 2017, s. 218). Henderson (1997) beskriver helseveiledning som

en plikt (s. 64). Pakkeforløp for prostatakreft fra Helsedirektoratet (2014) har som mål at pasienten og pårørende opplever god dialog, informasjon, medvirkning og involvering. I Norge har man krav på informasjon om den helsehjelpen man får i tillegg til informasjon om risiko og bivirkninger (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Dette betyr at vi som sykepleiere må formidle pasienten den informasjonen som pasienten har krav på og behov for, ut ifra vårt ansvar og vår kompetanse. Dersom pasienten har spørsmål om prognose, diagnose og terapi skal sykepleieren videreformidle disse til legen, og sørge for å støtte pasienten og understreke de opplysningene han har fått fra legen (Henderson, 1997, s. 65). Som sykepleier må man kartlegge pasientens behov, og formidle informasjonen slik at den oppfattes som relevant (Eide & Eide, 2017, s. 218). Informasjonen må i henhold til loven gis på en hensynsfull måte, og tilpasses den enkelte pasienten, etter alder, språk, erfaring, og kulturell bakgrunn (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Sykepleieren må altså tilpasse informasjonen som gis til den enkelte, slik at pasienten blir i stand til å motta og anvende den kunnskapen som deles (Tveiten, 2016, s. 90). Noe av informasjonen kan i enkelte situasjoner gis digitalt eller skriftlig i forkant eller etterkant (Eide & Eide, 2017, s. 219), og sykepleieren kan anbefale nettsidene fra Kreftforeningen, PROFO (Prostatakreftforeningen), American Cancer Society og National Cancer Institute (Fosså et al., 2018, s. 167).

Flere menn opplever at de ikke husker å ha mottatt eller ikke mottar informasjon fra helsepersonell (Allchorne, 2016; Eide & Eide, 2017, s. 219; Iyigun et al., 2011; Waller & Pattison, 2013), noe som kan føre til at de er dårlig forberedt til å takle konsekvensene av operasjonen (Waller & Pattison, 2013). Dette kan skyldes at sykepleieren ikke har formidlet tydelig nok at informasjonen er viktig. En annen grunn kan være at pasienten allerede har fått mye informasjon i situasjonen han er i, slik at informasjonen som formidles forsvinner i mengden av inntrykk og informasjon (Eide & Eide, 2017, s. 219). Henderson (1997) beskriver at helsepersonell også unnlater å forsikre seg om at pasienten har forstått det som formidles i noen tilfeller (s. 66). Hovedregelen sier imidlertid at informasjonen ikke er gitt før den er forstått og oppfattet (Eide & Eide, 2017, s. 219), og i henhold til lovverket bør man sørge for dette så langt det er mulig (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). For å sikre at pasienten har oppfattet informasjonen er det viktig at man som sykepleier bruker et dagligspråk, og at man gjentar og oppsummerer informasjonen for pasienten. Pasienten bør få mulighet til å gjenfortelle informasjonen for å sikre at den er forstått, og sykepleieren bør oppfordre pasienten til å stille spørsmål (Fosså et al., 2018, s. 168). Sykepleieren bør formidle informasjonen med full oppmerksomhet, slik at pasienten ikke distraheres av ting som gjøres samtidig (Eide & Eide, 2017, s. 219).

5.2. Uoppfylte behov

Pasientene har behov for en trygg og tillitsfull dialog med helsepersonell (Varre et al., 2011). Noen gir uttrykk for at de ønsker å dele problemene sine og få hjelp av helsepersonell, men opplever enkelte temaer som flaut å ta opp (Iyigun et al., 2011). I studien til Allchorne (2016) fikk ikke alle deltagerne snakket om symptomene. Dette kan skyldes at helsepersonell i noen tilfeller unnlater å snakke om seksualitet med pasientene og deres partnere. Årsaker til dette kan være at man velger å unngå vanskelige temaer, at det er et tema som er dyptgående og sårt for mange eller at man stiller for høye krav til egen kunnskap og profesjonalitet slik at man vegrer seg for å snakke om temaet (Borg, 2017, s. 126). I forhold til vannlating mener Henderson (1997) at dette er et tema man ikke snakker om på grunn av tabu, og at pasientene ikke informeres tilstrekkelig om dette temaet (s. 35). Sykepleieren bør imidlertid være forberedt på å ta opp slike problemer, og gi pasienten undervisning forankret i fagkunnskap (Henderson, 1997, s. 65). Ved

urininkontinens bør sykepleieren derfor legge til rette for en samtale preget av aktiv lytting og forståelse (Gjessing, 2017, s. 579). Dersom sykepleieren ikke har den kunnskapen som trengs bør man forsøke å tilegne seg denne. Funnene til Iyigun et al. (2011) viser nemlig at de som får snakke med helsepersonell føler seg mer komfortable og tilfreds etterpå, og dette kan understreke viktigheten av at sykepleieren tar ansvar for å snakke om slike temaer. Ved å uttrykke forståelse, og tilegne seg tilliten til pasienten og hans pårørende, vil sykepleieren gjøre det enklere for pasienten å komme over de psykologiske farene sykdommen bringer med seg (Henderson, 1997, s. 54). Dette støttes i studien til O'Shaughnessy og Laws (2010), som indikerer at empati er en viktig kvalitet hos de som underviser menn i mestringsstrategier.

Ved prostatakreft rammes utvikles kreftcellene fra prostatakjertelen, og i noen tilfeller gjennom vevet i prostatakjertelen (Wyller, 2014, s. 958). Ved radikal prostatektomi vil derfor prostatakjertelen og eventuelt sædblæreene fjernes (Fosså et al., 2018, s. 58; Helsedirektoratet, 2014). En slik operasjon kan innebære skade på nervene som sørger for vannlatingsfunksjon og ereksjon, noe som kan ha store konsekvenser for seksualiteten (Fosså et al., 2018, s. 58). Menneskets livskvalitet i forhold til seksuell funksjon viser seg å være nedsatt (Nicolaisen et al., 2014). Urininkontinens kan få den enkelte til å føle seg mindre attraktiv, og redusere den seksuelle spontaniteten (Vinsnes, 2014, s. 130). I studien til Derogar et al. (2016) beskrives det at det å ikke være forberedt for redusert seksuell helse har en sterk sammenheng med plager fra erektil dysfunksjon og negativ selvtillit. Mange opplever det å ikke være forberedt som en stor bekymring (Allchorne, 2016). Mangel på spontanitet kan føre til en manglende kontroll, og i Laursens (2017) studie beskrives det at maskuliniteten, selvtilliten og libido påvirkes. I Wallerstedt et al. (2019) sin studie knyttes dessuten hyppigheten av samleie og orgasme til livskvaliteten. For å ivareta ereksjonsevnen i størst mulig grad bør sykepleieren derfor anbefale pasienten å komme i gang med seksuell rehabilitering fortrest mulig etter kateteret fjernes (Fosså et al., 2018, s. 84–85). Redusert seksuell helse kan gi den enkelte følelser av å være uattraktiv og opplevelse redusert selvtillit, noe som vil påvirke pasientens livskvalitet negativt (Næss et al., 2011, s. 18–21).

Som sykepleier er man ansvarlig for å fremme livskvalitet, og man bør derfor ta opp seksuelle forandringer som tema når man yter pleie for å unngå fremvekst av negative følelser som kan påvirke livskvaliteten (Darst, 2007; Næss et al., 2011, s. 18–21). I en av studiene etterlyser deltagerne mer informasjon om seksuelle problemer, og dette understreker viktigheten av å ta opp dette temaet (Iyigun et al., 2011). Par som snakker om bekymringene sine rundt endringer i seksuell funksjon får en mulighet til å skape nærhet når begge har behov for støtte (Darst, 2007). Dette støttes av studiene til Laursen (2017) og Hsiao et al. (2014), som fant at det å uttrykke følelser med partneren sin er en effektiv mestringsstrategi. Ved å snakke om det kan parene finne nye måter å vise affekt og nærhet på, som en erstatning for samleie (Hsiao et al., 2014; Laursen, 2017). Om parene unngår å snakke om endringer i seksuell funksjon, kan paret ende opp med å trekke seg vekk fra hverandre. Dette kan skyldes at pasienten opplever følelser av frustrasjon, utilstrekkelighet og å ha feilet fordi de opplever å ikke kunne dekke partnerens behov. Partneren på sin side, forsøker å beskytte pasienten (Darst, 2007; Laursen, 2017). Det sykepleieren kan gjøre, er å ta opp disse problemene i en avslappet og oppmuntrende atmosfære, gjerne preoperativt og postoperativt. Dette kan hjelpe parene til å mestre de fysiske og emosjonelle forandringene og oppmuntre til å fortsette samlivet (Darst, 2007).

Menn med inkontinens og erektil dysfunksjon har en økt risiko for dårlig livskvalitet (Wallerstedt et al., 2019). I studien til Allchorne (2016) opplever mange at de er dårlig

forberedt på å mestre erektil dysfunksjon, og at dette er en stor bekymring (Allchorne, 2016; O'Shaughnessy & Laws, 2010). Studien til Waller og Pattison (2013) indikerer at man som sykepleier bør gi pasienten informasjon om hva som skjer preoperativt og prevantive teknikker om hvordan inkontinens kan forbedres, da dette reduserer bekymringene til pasientene (Waller & Pattison, 2013). Det kan tenkes at det å gi god informasjon preoperativt om erektil dysfunksjon også vil kunne dempe pasientens bekymringer. Pasienten vil få tilgang til de ressursene han mangler i form av kunnskap for å dekke hans grunnleggende behov (Kristoffersen et al., 2016b, s. 38). Dette er i tråd med Hendersons syn om at pasienten skal gjenvinne full selvstendighet, eller å lære seg å leve med sykdommen (Henderson, 1997, s. 67; Kristoffersen et al., 2016b, s. 38).

5.3. Mestring

Mestring er en viktig del av begrepet veiledning, og som sykepleier skal man bidra til å understøtte mestring hos pasienten (Norsk sykepleierforbund, 2019). Ifølge Tveiten (2016) er hensikten med veiledning at mestringskompetansen styrkes (s. 89). Mestring handler om hvordan den enkelte møter den belastende livssituasjonen, og hva han gjør for å kontrollere ytre og indre krav og konflikter (Drageset, 2014, s. 85). På den ene siden kan mestring være avhengig av personens personlighetsegenskaper, da egenskaper som optimisme og utadvendthet kan gi flere positive indre opplevelser (Kristoffersen et al., 2016a, s. 57). På den andre siden kan imidlertid måten sykepleieren kommuniserer på også bidra til å vekke positive følelser som trygghet, tillit og mening (Eide & Eide, 2017, s. 50). Ved å gi pasienten kunnskap i form av ressurser og samtidig vekke positive følelser, vil slike positive opplevelser kunne bidra positivt til livskvaliteten, da de påvirker pasientens psykiske velvære (Ekeland & Heggen, 2007, s. 65; Næss et al., 2011, s. 18–21). Sykepleieren kan hjelpe pasienten til å klargjøre hva som er viktig, og støtte han slik at han kan benytte seg av de ressursene han får tilgang til (Eide & Eide, 2017, s. 48–49). Noen menn mottar støtte fra likemenn via nettforumer og mentorordninger. Ved å gi pasienten informasjon om slike tilbud og oppfordre han til å ta kontakt kan han få kunnskap og ressurser som kan bidra til å dekke behovet for presis, ærlig og detaljert informasjon (Reitan & Schjølberg, 2017, s. 99; Waller & Pattison, 2013). Det å fortelle sin historie, dele erfaringer og reflektere med andre ses nemlig som et stort mestringspotensial i studien til Varre et al. (2011). Ved å snakke med likemenn kan pasienten også få verdifull informasjon som sykepleieren ikke har fordi sykepleieren ikke har vært igjennom situasjonen selv. På den andre siden vil informasjon fra likemenn kunne virke skremmende for noen.

Mange menn blir mindre aktive etter operasjonen fordi inkontinensen hindrer dem fra å møte venner eller drive med sport (Iyigun et al., 2011; O'Shaughnessy & Laws, 2010; Vinsnes, 2014, s. 130). Dette vil påvirke den fysiske og sosiale dimensjonen ved helserelatert livskvalitet, og skape et behov for informasjon (Grov et al., 2013, s. 152). En konsekvens av redusert aktivitet kan være sosial isolasjon og ensomhet (Vinsnes, 2014, s. 130). Om man ser dette i sammenheng med Næss (2011) sin definisjon av livskvalitet vil en slik negativ affektiv opplevelse som ensomhet kunne redusere den enkeltes livskvalitet (s. 18–21). Bevegelse og mosjon har en viktig betydning, og sykepleieren bør i følge Henderson (1997) tilrettelegge for og motivere pasienten til aktivitet (s. 62). To studier viser at risikoen for inkontinens reduseres med tiden (Allchorne, 2016; Wallerstedt et al., 2019). Sykepleieren bør derfor be pasientene som opplever urininkontinens om å være tålmodig. Pasientene bør oppfordres til å se seg bakover, slik at de kan legge merke til en bedring i situasjonen (Gjessing, 2017, s. 579–580). For at pasienten skal redusere risikoen for urinlekkasje er det viktig at han får god informasjon om dette i tiden før operasjonen (Fosså et al., 2018, s. 87). Viktige tiltak i forhold til urininkontinens er å gi

muntlig og skriftlig informasjon om hvordan bekkenbunnsøvelsene skal utføres, og å motivere pasienten til å utføre disse tiltakene (Gjessing, 2017, s. 580). Ved å undervise om tiltak som kan bidra til å redusere risikoen for urininkontinens kan pasientene raskere komme seg i aktivitet, og dermed redusere risikoen for redusert livskvalitet.

Kreftpasienters evne til å lære og mestre i en krisesituasjon kan bli negativt påvirket av stress, ubehag og smerter (Reitan & Schjølberg, 2017, s. 99). I noen tilfeller opplever mennene at informasjonen presenteres på et ugunstig tidspunkt, noe som kan føre til at de er dårlig forberedt (Waller & Pattison, 2013). I utvalgte læresituasjoner bør sykepleieren derfor involvere pasientens pårørende, slik at de også får den samme informasjonen. Dette vil legge et grunnlag for at pårørende kan være en støtte for pasienten når pasienten skal lære seg nye ferdigheter (Reitan & Schjølberg, 2017, s. 99). Dette støttes av Henderson som mener at pårørende bør inkluderes om det kan bidra til at pasientene får dekt sine grunnleggende behov (Kristoffersen et al., 2016b, s. 37). I dette tilfellet ville det være behovet for å lære det som er nødvendig for god helse. Ut ifra egen erfaring opplever jeg at pårørende kan være en stor ressurs for pasienten i slike situasjoner, og at mange pårørende fremstår som svært motivert til å lære. Som sykepleier er det også viktig at man er klar over at pasientens pårørende har krav på få informasjon ved samtykke fra pasienten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Ulike faktorer ved livskvaliteten til pasienter og pårørende påvirkes av den informasjonen og veiledningen man gir som sykepleier (Wahl & Rokne, 2011, s. 195), og på den måten kan man som sykepleier ha en viktig innvirkning på livskvaliteten til pasienten og hans pårørende.

6. Konklusjon

Hensikten med oppgaven var å undersøke hvordan sykepleieren kunne bedre pasientens livskvalitet ved å gi undervisning og veiledning. Ut ifra hva som har blitt presentert i oppgaven, er det tydelig at de fysiske bivirkningene etter en slik operasjon kan påvirke pasientens psykiske velvære i høy grad, og følelser av negativ selvtillit, utilstrekkelighet og ensomhet beskrives. Slike følelser vil kunne påvirke livskvaliteten negativt. Å sette iverksette tiltak som kan bedre de fysiske symptomene vil derfor være avgjørende. For å gjennomføre undervisning og veiledning er det viktig med en god relasjon som et utgangspunkt. Relasjonen mellom sykepleieren og pasienten må preges av støtte, utfordring og anerkjennelse, slik at pasienten utvikler bevissthet og mestring rundt egen helse. Pasienten har behov for informasjon om hva som møter han, og han bør få stå i sentrum. Ved å informere om langtidskonsekvenser og egenmestringsstrategier vil pasienten føle seg mer forberedt og tilfreds. Informasjonen som gis bør tilpasses den enkelte, spesielt etter erfaring og bakgrunn, og presenteres på et dagligspråk, gjentas og oppsummeres. Både skriftlig og muntlig informasjon bør formidles til pasienten, i forkant og etterkant av operasjonen. Informasjon om urininkontinens, innlegg og bekkenbunnsøvelser bør inkluderes i opplæringen. Det er viktig at sykepleieren gir pasienten god opplæring i bekkenbunnsøvelser, og at pasienten motiveres til å utføre disse øvelsene. Ved å forklare viktigheten av slike øvelser kan man bidra til å styrke pasientens motivasjon. Sykepleieren kan anbefale nettsider fra Kreftforeningen, Profo, American Cancer Society og National Cancer Institute, og oppfordre til kontakt med likemenn. Et viktig element i informasjonsarbeidet er å forsikre seg om at pasienten har forstått den informasjonen han har fått. Dette kan sikres ved å få pasienten til å gjenfortelle den informasjonen han ble formidlet, og å oppfordre pasienten til å stille spørsmål. I utvalgte læresituasjoner bør pårørende inkluderes slik at de får den samme informasjonen som pasienten, og dermed kan fungere som en støtte for pasienten når han skal tilegne seg nye ferdigheter. Et annet viktig element er å stille seg tilgjengelig for å ta opp vanskelig temaer. Flere menn opplever at de ikke får snakket om problemene sine, noe som kan gjøre de dårlig forberedt på å takle plagene. Sykepleieren bør innlede en samtale som preges av forståelse og aktiv lytting i en avslappende atmosfære. Pasienten bør oppfordres til å snakke med partneren sin om seksualitet, da par som snakker om problemene sine relatert til dette vil oppleve positive effekter. Å snakke om problemene sine kan hjelpe pasienten å komme over de psykologiske farene ved sykdommen, noe som kan bedre psykisk velvære, og dermed øke livskvaliteten.

I arbeidet med oppgaven har jeg avdekket at det finnes lite forskning som knytter seg direkte mot hvilke tiltak sykepleieren kan utføre for å bedre pasientens livskvalitet i forhold til langtidskonsekvensene ved radikal prostatektomi. Dette vil være relevant for videre forskning.

Litteraturliste

- Allchorne, P. (2016). Identifying Unmet Care Needs of Patients with Prostate Cancer to Assist with Their Success in Coping. *Urologic Nursing*, 36(5), 224–232. <https://doi.org/10.7257/1053-816X.2016.36.5.224>
- Bjørk, I. T., & Solhaug, M. (2012). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie: En ressursbok* (1. utg). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Borg, T. (2017). Seksualitet. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient, utfordring, handling* (4. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Darst, E. H. (2007). Sexuality and prostatectomy: Nursing assessment and intervention. *Urologic Nursing*, 27(6), 534–541.
- Derogar, M., Dahlstrand, H., Carlsson, S., Bjartell, A., Hugosson, J., Axén, E., ... Steineck, G. (2016). Preparedness for side effects and bother in symptomatic men after radical prostatectomy in a prospective, non-randomized trial, LAPPRO. *Acta Oncologica*, 55(12), 1467–1476. <https://doi.org/10.1080/0284186X.2016.1213415>
- Drageset, S. (2014). Mestring. I G. Haugan & T. Rannestad (Red.), *Helsefremming i kommunehelsetjenesten* (1. utg). Oslo: Cappelen Damm.
- Eide, H., & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: Personorientering, samhandling, etikk* (3. utg). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ekeland, T.-J., & Heggen, K. (2007). *Meistring og myndiggjering: - Reform eller retorikk?* (1. utg). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Fosså, S. D., Berge, V., & Alv A. Dahl. (2018). *Prostatakraft: En håndbok for pasienter og pårørende* (1. utg). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Gjessing, R. (2017). Sykepleieutfordringer ved kreft i mannlige kjønnsorganer. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient, utfordring, handling* (4. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Grov, E. K., Loge, J. H., & Dahl, A. A. (2013). Livskvalitet. I J. H. Loge, A. A. Dahl, S. D. Fosså, & C. E. Kiserud (Red.), *Kreftoverleve: Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv* (2. utg). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Helsedirektoratet. (2014). Pakkeforløp for prostatakraft. Hentet 7. mai 2020, fra <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/prostatakraft>
- Helsedirektoratet. (2015). Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av prostatakraft. Hentet 7. mai 2020, fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/prostatakraft-handlingsprogram>
- Henderson, V. (1997). *ICN: Sykepleiens grunnprinsipper* (I. Mørland, Overs.). Norsk Sykepleierforbund.
- Hsiao, C.-P., Moore, I. M. (Ki), Insel, K. C., & Merkle, C. J. (2014). Symptom self-

management strategies in patients with non-metastatic prostate cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 23(3–4), 440–449. <https://doi.org/10.1111/jocn.12178>

Iyigun, E., Ayhan, H., & Tastan, S. (2011). Perceptions and experiences after radical prostatectomy in Turkish men: A descriptive qualitative study. *Applied Nursing Research*, 24(2), 101–109. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2009.04.002>

Kreftregisteret. (2020). Prostatakreft. Hentet 7. mai 2020, fra <https://www.kreftregisteret.no/Temasider/kreftformer/Prostatakreft/>

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A., & Grimsbø, G. H. (Red.). (2016a). *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleie—Fag og funksjon* (3. utg). Oslo: Gyldendal akademisk.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A., & Grimsbø, G. H. (Red.). (2016b). *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg). Oslo: Gyldendal akademisk.

Laursen, B. S. (2017). Sexuality in men after prostate cancer surgery: A qualitative interview study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(1), 120–127. <https://doi.org/10.1111/scs.12328>

Nicolaisen, M., Müller, S., Patel, H. R., & Hanssen, T. A. (2014). Quality of life and satisfaction with information after radical prostatectomy, radical external beam radiotherapy and postoperative radiotherapy: A long-term follow-up study. *Journal of Clinical Nursing*, 23(23–24), 3403–3414. <https://doi.org/10.1111/jocn.12586>

Norsk sykepleierforbund. (2019). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet 12. mai 2020, fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert!: En arbeidsbok* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.

NTNU Oppgaveskriving/VIKO. (2020). Hvordan velger jeg ut kilder? Hentet 19. mai 2020, fra <https://innsida.ntnu.no/wiki/-/wiki/Norsk/Finne+kilder#section-Finne+kilder-Hvordan+v%C3%A6re+kildekritisk?>

Næss, S., Moum, T., & Eriksen, J. (Red.). (2011). *Livskvalitet: Forskning om det gode liv*. Bergen: Fagbokforlaget.

O'Shaughnessy, P. 'Kevin', & Laws, T. (2010). Australian men's long term experiences following prostatectomy: A qualitative descriptive study. *Contemporary Nurse*, 34(1), 98–109. <https://doi.org/10.5172/conu.2009.34.1.098>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

Reitan, A. M., & Schjølberg, T. K. (Red.). (2017). *Kreftsykepleie: Pasient, utfordring, handling* (4. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori—For helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.

Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk: Pasient- og pårørendeopplæring*. Bergen: Fagbokforlaget.

Varre, P., Slettebø, Å., & Ruland, C. (2011). «Det er mitt liv det gjelder»: Kreftpasienters beskrivelse av mestringsmuligheter, slik det kommer til uttrykk på et internettbasert diskusjonsforum. *Vård i Norden*, 31(3), 4–8. <https://doi.org/10.1177/010740831103100302>

Vinsnes, A. (2014). Helsefremmende tilnæringer til urininkontinens. I G. Haugan & T. Rannestad (Red.), *Helsefremming i kommunehelsetjenesten* (1. utg). Oslo: Cappelen Damm.

Wahl, A. K., & Rokne, B. (2011). Sykepleie. I S. Næss, T. Moum, & J. Eriksen (Red.), *Livskvalitet: Forskning om det gode liv*. Bergen: Fagbokforlaget.

Waller, J., & Pattison, N. (2013). Men's experiences of regaining urinary continence following robotic-assisted laparoscopic prostatectomy (RALP) for localised prostate cancer: A qualitative phenomenological study. *Journal of Clinical Nursing*, 22(3–4), 368–378. <https://doi.org/10.1111/jocn.12082>

Wallerstedt, A., Nyberg, T., Carlsson, S., Thorsteinsdottir, T., Stranne, J., Tyritzis, S. I., ... Haglind, E. (2019). Quality of Life After Open Radical Prostatectomy Compared with Robot-assisted Radical Prostatectomy. *European Urology Focus*, 5(3), 389–398. <https://doi.org/10.1016/j.euf.2017.12.010>

Wyller, V. B. (2014). *Syk 2: Mikrobiologi, patofysiologi, farmakologi og klinisk medisin* (3. utg). Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Vedlegg

Vedlegg 1: *Virginia Hendersons 14 punkter for generelle behov*

Vedlegg 1: Virginia Hendersons generelle behov

Virginia Henderson beskriver 14 punkter som hun regner som generelle behov og viktige komponenter i generell sykepleie. Disse 14 punktene er som følger:

1. å puste normalt.
2. å spise og drikke tilstrekkelig.
3. å få fjernet kroppens avfallsstoffer.
4. opprettholde riktig kroppsstilling når han ligger, sitter, går og står, og med å skrifte stilling.
5. sove og hvile.
6. velge passende klær og sko, og å kle av og på seg.
7. opprettholde normal kroppstemperatur uansett klima ved å tilpasse klær og omgivelsestemperatur.
8. å holde kroppen ren og velstelt og huden beskyttet.
9. unngå farer fra omgivelsene og å unngå å skade andre.
10. få kontakt med andre og med å gi uttrykk for sine behov og følelser.
11. praktisere sin religion og handle slik han mener er rett.
12. arbeide med noe som gir følelse av å utrette noe. (Produktiv sysselsetting).
13. finne underholdning og fritidssysler
14. lære det som er nødvendig for god helse og normal utvikling. (Henderson, 1997, s. 18–19).