

Omvårdnad av patienter efter radikal prostatektomi med fokus på information och copingstrategier

FÖRFATTARE	Marie-Louise Larsson
FRISTÅENDE KURS	Omvårdnad – självständigt arbete I VOMO80 VT 2008
OMFATTNING	15 hp
HANDLEDARE	Marit Sanchez
EXAMINATOR	Hans Ragneskog

Titel (svensk):	Omvårdnad av patienter efter radikal prostatektomi med fokus på information och copingstrategier
Titel (engelsk):	Caring for patients after radical prostatectomy, focusing on information and coping strategies
Arbetets art:	Självständigt arbete I – fördjupningsnivå I
Fristående kurs/kurskod:	Omvårdnad – Självständigt arbete I VOM080
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	18 sidor
Författare:	Marie-Louise Larsson leg. sjuksköterska vid Urologkliniken SU/Sahlgrenska, Göteborg e-post: marie-louise.e.larsson@vgregion.se
Handledare:	Marit Sanchez
Examinator:	Hans Ragneskog

SAMMANFATTNING

Introduktion

Att få prostatacancer och genomgå en radikal prostatektomi är en omvälvande upplevelse. Det finns en möjlighet till bot men också en risk för komplikationer i form av urininkontinens och erektil dysfunktion. Patienterna tacklar situationen på olika sätt och använder sig av olika copingstrategier.

Syfte

Syftet med denna uppsats var att belysa hur den radikalt prostatektomerade patienten upplever sin situation, vilka behov han har av information samt vilka copingstrategier han använder sig av. Syftet var också att belysa sjuksköterskans roll i patientkontakten med prostatektomerade patienter.

Metod

Denna litteraturstudie bygger på en analys av 10 vetenskapliga artiklar. Litteratursökningen gjordes i databaserna PubMed och CINAHL.

Resultat

Efter radikal prostatektomi hade många patienter problem med katetern, inkontinens och erektil dysfunktion. Olika copingstrategier användes för att lindra de fysiska symtomen men även för att ändra inställning till det skedda och söka stöd i omgivningen. De allra flesta patienterna önskade information och de tyckte att den information som sjuksköterskan gav fyllde de luckor som läkaren lämnat.

Diskussion

Som sjukvårdspersonal tror vi att vi ger samma information till alla patienter. Det är inte alltid så och skall kanske inte heller vara så. Det är viktigt att ge information till patienten på den nivå han befinner sig. Skriftlig information bör komplettera den muntliga. Sjuksköterskan kan uppmuntra patienten att komma vidare i sin utveckling av olika copingmekanismer.

Key words:

Radikal prostatektomi, information, copingstrategier,

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	3
BAKGRUND	3
Teorianknytning	4
SYFTE	7
METOD	7
RESULTAT	7
Patientens upplevelse efter radikal prostatektomi	7
Cancerpatientens behov av information	8
Copingstrategier	9
Sjuksköterskans/Specialistsjuksköterskans roll i patient- kontakten	10
DISKUSSION	12
Metoddiskussion	12
Resultatdiskussion	12
Framtida forskning	16
REFERENSER	17
Bilaga 1 Artikelpresentation	

INLEDNING

När jag skulle börja skriva min uppsats fick jag anställning på Urologmottagningen på SU/Sahlgrenska. Jag hade tidigare arbetat med urologi på Lundby sjukhus. Prostataktomerade patienter var en ny patientgrupp för mig, eftersom vi inte hade dem när jag arbetade på Lundby sjukhus. Information och att förbättra omhändertagandet av patienten har alltid intresserat mig och därför kändes det naturligt att rikta uppsatsen åt det hållet. Under arbetets gång upptäckte jag att den prostataktomerade mannen använder sig av många copingmekanismer. Därför valde jag att använda mig av Lazarus teorier i min teorianknytning.

BAKGRUND

Sjukdomar i urinvägarna har funnits lika länge som människosläktet. Det har man kunnat konstatera genom arkeologiska fynd men det kan också läsas i våra allra äldsta skrifter. I antika källor är uppgifterna om ohälsa som drabbar urinblåsan eller vattenkastningen dock mycket sparsamma. Detta kan bero på att livslängden för män var så kort att de inte hann få dessa sjukdomar. Hippokrates var väldigt pessimistisk när det gällde t.ex. urinretention, som han beskrev som ett icke botbart tillstånd. Strax efter 1800-talets mitt utvecklades den kirurgiska tekniken och framför allt möjligheten till anestesi. Detta gjorde det möjligt att behandla de flesta urologiska sjukdomstillstånd. Urologi som egen specialitet räknas från 1890, då Felix Guyon i Paris utnämndes till den första professorn i urologi. Irländaren Terence Millin var en av sin tids främsta och mest respekterade kirurger. Han gjorde den första totala retropubiska prostatektomi p.g.a. cancer år 1947 (1).

Prostatacancer är den vanligaste cancerformen hos män i Sverige och i västvärlden (2). I utvecklingsländerna utgör det fortfarande ett litet problem. Detta tros bero på att männen i i-länderna lever längre samt att riskfaktorer för prostatacancer är starkt förknippade med västerländskt livsstilmönster (1). Mellan 8000 och 10000 patienter får årligen diagnosen prostatacancer i Sverige (2,3). Detta utgör ca en tredjedel av all cancer hos män och är den vanligaste orsaken till död i cancer bland män (2). Cirka 2500 män avlider i prostatacancer per år. Nu för tiden upptäcks prostatacancer i många fall tidigt med hjälp av blodtestet prostataspecifikt antigen (PSA). Därmed kan många gånger botande behandling erbjudas. Detta var tidigare inte aktuellt (2,3). År 2006 kunde cirka hälften av alla de män som fått diagnosen prostatacancer behandlas i botande syfte (2).

Att få diagnosen prostatacancer är ett fruktansvärt och omtumlande besked (3,4). Många patienter upplever stress och depression i samband med cancerbeskedet (2). Det kan framkalla många olika emotionella reaktioner och även typiska krisreaktioner (2,4). Ibland kan patienten anklaga sig själv och känna skuld. Vissa individer kan se cancersjukdomen som en slags bestraffning. En del patienter hamnar i en identitetskris, från att ena dagen ha varit frisk till att nästa dag vara en prostatacancerpatient (3). I detta läge kan det vara mycket svårt att ta till sig ytterligare information när man väl fått beskedet. Svåra besked drabbar alltid djupt personligt och sättet att reagera varierar från person till person beroende på personlig läggning, livsåskådning, tidigare erfarenheter och var i livet man

befinner sig (4). Samtidigt ställs man som patient inför valet av behandling och då är det viktigt med individuellt anpassad information (3,4).

Val av behandling beror på vilken sorts tumör patienten har, eventuell spridning och PSA-värde vid diagnostillfället. Dessutom tar läkaren hänsyn till patientens förväntade överlevnad och allmänna hälsotillstånd. Risker för komplikationer och påverkan på livskvaliteten är också avgörande för val av behandling (2,3). I princip bör en frisk man med en lokaliserad prostatacancer och med en förväntad överlevnad på 10-15 år erbjudas någon typ av behandling i botande syfte. Patienten kan välja mellan operation eller strålbehandling (2).

Operation, dvs. radikal prostatektomi, rekommenderas inte om PSA är högre än 20ng/mL vid diagnostillfället (2). Radikal prostatektomi utförs vanligen retropubiskt, dvs. kirurgen går in bakom blygdbenet och tar bort prostatakörteln och sädesblåsorna. Operationen, som sker i narkos, tar 2-3 timmar och vårdtiden på sjukhus är 3-6 dygn. En kateter sätts in i samband med operationen och den får sitta kvar i ca 14 dagar. Konvalescens tiden efter operation är 4-6 veckor (2,3). De flesta patienter har ett urinläckage efter operationen, men det upphör i de allra flesta fall efter 1-2 månader (3). Risken för bestående total urininkontinens är 2-3 % medan upp till 20 % kan behöva någon form av droppskydd på grund av lindrig ansträngningsinkontinens. Impotens drabbar över 70 % av patienterna med normal erektion före operationen (2,3). Andra komplikationer man kan drabbas av är en ärrbildning i området där man syr ihop blåshalsen med urinröret, s.k. striktur (3).

Efter operation mäts PSA. Om PSA ligger över 0,2ng/mL vid 2 tillfällen finns tecken på kvarvarande tumörsjukdom. Eftersom PSA väsentligen produceras i prostatavävnad (normal vävnad, vid prostatacancer samt vid godartad prostataförstoring) förväntar läkaren sig att PSA sjunker till omätbar nivå efter radikal prostatektomi. Lokalt återfall och/eller fjärrmetastaser syns på ett mätbart och stigande PSA-värde efter operation. Mätbara låga värden efter operation innebär inte alltid en dålig prognos eftersom kvarlämnad godartad prostatavävnad kan förklara de lätt förhöjda PSA värdena. Vid kvarvarande prostatacancer efter operationen är utfallet beroende på hur snabbt PSA stiger över tiden (2). Även om läkaren före operation bedömt att en patient är lämplig för kirurgi, växer i många fall (25-40%) tumören ut till operationspreparatets kant. Majoriteten av dessa patienter får återfall i sjukdomen. Även de patienter som bedöms som radikalt opererade löper en liten risk att få en PSA förhöjning inom 10 år (3).

Teorianknytning

Lazarus och Folkman (5) definierar coping så här:

”constantly changing cognitive and behavioral efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person” (5 sid 141).

Fritt översatt till svenska är det: ”en konstant förändring av kognitiva och beteendemässiga insatser för att hantera specifika yttre och/eller inre krav som värderas som betungande eller överskrider personens resurser” (5).

Coping ses som möjlighet att hantera stressande krav oavsett resultatet. Ingen strategi skall ses som bättre eller sämre än någon annan. Bedömningen av en strategi måste sättas in i sitt sammanhang. T.ex. kan förnekande vara till nytta i vissa situationer. Coping kan inte likställas med makt över omgivningen. Många stressfaktorer har man ingen makt över och effektiv coping i dessa situationer är faktorer som låter personen tolerera, minimera, acceptera eller ignorera dessa stressfaktorer. Dessa mekanismer benämner Lazarus och Folkman (5) som passiv coping. De talar också om en copingprocess. Detta innebär en förändring i tankar och handlingar när man bemöter stress. Coping är en skiftande process. Den gör att en person ena stunden lutar sig mot en form av coping t.ex. passiva mekanismer, för att i nästa stund luta sig mot någon annan form av coping t.ex. problemlösning, allt eftersom processen fortskrider. För varje förändring i processen utvärderas och omprövas det personen kommit fram till. Coping, som en process, kan pågå korta stunder som t.ex. under en argumentation, som får en lösning eller som en process vid sorg över en nära anhörigs bortgång. Processen kan pågå under månader och ibland år. Det förekommer givetvis stora individuella variationer på hur personer bemästrar en krissituation. Detta är beroende på vars och ens arv och livserfarenheter (5).

Coping är mer än bara problemlösning och effektiv coping tjänar även andra funktioner. Lazarus och Folkman (5) skiljer på funktionen av coping och på resultatet av coping. Funktionen av coping är det syfte en strategi tjänar medan resultatet av coping är den effekt en strategi har (5).

Lazarus och Folkman (5) skiljer också på känslfokuserad coping och problemfokuserad coping. Vid känslfokuserad coping är flera kognitiva processer inriktade på att minska känslomässiga plågor. Dessa kan vara att undvika, bagatellisera, distansera, selektiv uppmärksamhet, positiv jämförelse och att få fram positiva värderingar av negativa händelser. Känslomässig coping leder till en förändring i hur man tyder situationen utan att förändra den objektiva situationen. T.ex.

”Jag bestämmer mig för att det finns viktigare saker att bekymra sig över”, ”Jag har tänkt på hur mycket värre saker och ting kunde ha varit”, ”Jag bestämde mig för att jag inte behövde honom så mycket som jag trodde” (5 sid 150)

I varje fall har hotet minskat genom att ändra betydelsen av situationen. Andra former av känslfokuserad coping ändrar inte direkt meningen av en händelse. Att t.ex. undvika något, förändrar inte situationen beroende på vad det är som undviks. Själva kärnan kan vara densamma, även om man väljer att sälla bort vissa delar (5). Personen kan till exempel önska sig bort från situationen eller hoppas på ett mirakel. Han kan även rent fysiskt undvika saker som till exempel att vara bland människor. Att distansera sig kan innebära att man gör situationen mindre betydelsefull. Ibland kan det innebära att vägra ta saken på allvar. Man försöker att glömma det hela eller vägrar att tänka på det för mycket. Att se att man förändras eller växer som person kan ge positiva värderingar av det som har hänt. Detta leder till att den drabbade kommer ur upplevelsen som en bättre person än han var innan eller han kanske har funnit en ny tro (6).

Problemfokuserade copingstrategier liknar strategier som används vid problemlösning. Problemlösning fungerar ofta på följande sätt: definiera problemet, utveckla alternativa lösningar, väga alternativen mellan vad det kostar och vad man vinner på det, välja mellan dem och sedan handla. Problemfokuserad coping omfattar en vidare mening av problemorienterade strategier. Problemlösning innebär en objektiv, analytisk process som primärt är fokuserad på miljön (5). Man identifierar det som skall göras och sedan ökar man sina ansträngningar för att få det att fungera. Man kan även ha gjort upp en plan för problemlösning som man sedan följer (6). Problemfokuserad coping inkluderar även strategier riktade inåt. (5).

Förmågan till coping kan vara olika hos oss människor. En person har större möjligheter till coping om han är frisk än om han är sjuk, trött eller svag. Personen har mindre energi att spendera på coping vid sjukdom. Att se sig själv med positiva ögon är också en viktig psykologisk aspekt för coping. Att ha en positiv tro på sin egen förmåga men även på att doktorn eller Gud kan hjälpa. Men all tro är inte till nytta för coping. En tro på en bestraffande Gud kan göra att personen accepterar en plågsam situation som ett straff och inte gör något för att bemästra situationen. En tro på ödet kan till exempel leda till hjälplöshet, som i sin tur inte leder till någon relevant problemfokuserad coping. Att ha en negativ tro på sin egen förmåga att ha kontroll över situationen kan också leda till att personen inte anstränger sig för att använda sig av någon problemfokuserad coping. Problemlösande färdigheter är också en viktig källa för möjligheter till coping. Dessa färdigheter inkluderar förmågan att söka efter information, analysera situationer med syftet att identifiera problemet och hitta olika handlingsalternativ. Personen väger dessa alternativ mot varandra och väljer sedan ett alternativ som han för till handling (5).

Sociala färdigheter är också en viktig del för coping. Det betyder att en person har förmåga att kommunicera och uppföra sig bland andra på ett sätt som är socialt accepterat och effektivt (5). Sociala färdigheter möjliggör problemlösning tillsammans med andra människor (5,6). Att ha ett socialt stöd från människor i sin omgivning, som ger känslomässigt, informationsmässigt och/eller handfast stöd, har fått växande uppmärksamhet som en källa till coping. Materiella tillgångar ökar möjligheterna till olika copingalternativ. Att ha pengar kan innebära möjligheter att lättare och ofta mer effektivt få tillgång till laglig, medicinsk, finansiell eller annan professionell hjälp. Att ha pengar minskar personens utsatthet för hot och innebär även effektiv coping (5).

Lazarus (6) talar även om konfronterande coping där en person står med båda fötterna på jorden och slåss för det han tror på. Det kan även vara att uttrycka sin åsikt eller ilska för att få en förändring hos en annan person som kanske har åsamkat problemen. Att ha självkontroll kan innebära att en person försöker att hålla sina känslor för sig själv och inte låta andra veta hur han egentligen känner. Han försöker att inte agera för hastigt eller att följa sin första impuls. En annan coping-strategi kan vara att acceptera ansvaret. Personen förstår då att problemen var självförvållade. Han kan även kritisera sig själv. Det kan utmynna i att personen lovar sig själv att saker och ting skall bli annorlunda nästa gång (6).

SYFTE

Syftet med denna uppsats var att belysa hur den radikalt prostatektomerade patienten upplever sin situation, vilka behov han har av information samt vilka copingstrategier han använder sig av. Syftet var också att belysa sjuksköterskans roll i patientkontakten med prostatektomerade patienter.

METOD

Detta är en litteraturstudie. Artiklar söktes i PubMed och Cinahl och begränsades till artiklar som var publicerade år 2000 eller senare. I PubMed begränsades sökningen till engelskspråkiga artiklar som hade abstrakt. I Cinahl begränsades sökningen till artiklar med research och peer-reviewed. En artikel söktes på författare, eftersom jag läst en artikel i vårdfacket om Oliver Hedestig. Alla artiklar söktes under våren 2007.

Databas	Sökord	Antal artiklar ”träffar”	Använda artiklar (referensnr)
PubMed	Quality of life AND radical prostatectomy AND nursing	13	10
	Nurse AND education AND prostate cancer	31	8 och 14
Cinahl	Prostate cancer AND nurse	23	15 och 11
	Nurse AND Patient AND Communication (TI)	21	16
	Info* AND cancer AND nursing (TI)	5	12
	Cancer AND supportive care (TI)	18	13
	Radical prostatectomy (TI)	48	7
	Hedestig (AU)	3	9

Efter analys av artiklarna sammanställdes resultatet.

RESULTAT

Patientens upplevelse efter radikal prostatektomi

Alla patienter som skrivs ut efter en Radikal Prostatektomi (RP) har en kvarliggande kateter under 2-3 veckor efter operationen. I Burt med fleras (7) studie uttryckte deltagarna en avsky för katetern och upprepade flera gånger att det var det värsta med hela prostatektomin. Vanliga reaktioner var ilska och frustration när de försökte handskas med det obehag katetern medförde. Obehagen bestod av läckage, smärta, irritation och en brännande känsla i urinröret samt trängningar i urinblåsan. De kände sig som små barn, vilket gav dem skamkänslor och en känsla av förödmjukande. Bekymren med katetern tog mer energi än själva operationen, cancer och den övriga rekreationen. Många av deltagarna var förvånade över att katetern gav dem sådant bekymmer, trots att de hade blivit väl informerade om katetern innan operationen (7).

Mishel med flera (8) visade att det mest frekvent förekommande problemet efter RP var urininkontinens (UI) (8). När katetern avlägsnades, förväntade sig patienterna läckage och inkontinens. Reaktionerna varierade från optimism, eftersom läckaget bara var tillfälligt, till frustration och skamkänslor. Många kände sig känslomässigt oförberedda. De flesta noterade en förbättring i läckaget 2-3 veckor efter kateterdragningen, samtidigt som de beskrev en rädsla för fortsatt

läckage. Denna rädsla motiverade dem att bäckenbottenträna. Många patienter noterade att kaffe och öl ökade läckaget. En del var dock ovilliga att ändra på sina vanor, eftersom det utgjorde en stor social fördel (7). Hedestig med flera (9) beskriver att UI ger upplevelsen av att vara en förändrad man. UI gjorde att de flesta av männen var tvungna att använda inkontinensskydd. Vissa fick även byta kläder flera gånger per dag p.g.a. UI. Detta gjorde att de kände att det nästan var omöjligt att leva ett normalt socialt liv. Urinläckaget var relaterat till fysisk aktivitet som t.ex. lyfta tungt, skotta snö, hosta och nysning. Kallt väder, full urinblåsa, stort intag av vätska och stress förvärrade inkontinensen (9).

Sexualiteten var inte det primära postoperativt, men ju längre tiden gick, desto större blev problemet med erektil dysfunktion (ED). Flera patienter sade initialt att ED inte var något problem för dem, eftersom de var gamla. När ED väl var ett faktum så kände de sorg över det (7,9). Det var vanligt att deltagarna beskrev att de väntade och testade för att se tecken på att den erektila funktionen var på väg tillbaka. Alla hoppades att den sexuella funktionen skulle återvända även om kirurgen hade förberett dem på möjligheten på ED. Effekterna av ED var djupgående för självkänslan (7).

Hedestig med flera (9) beskrev att männen hade känslan av att inte vara en hel man. Andra uttryck som användes var ”en svag man” eller ”stympad”. ”Stympningen” beskrevs som att den hade förändrat männens självförtroende och en känsla av att inte vara en hel man när de jämförde sig med före behandlingen (9). Willener och Hantikainen (10) har mätt Quality of life efter RP. Studien gjordes 3-4 månader efter operationen. De fann att det var få deltagare som nämnde sexualiteten som viktig. De som gjorde det, framhöll att i förhållande till hälsa, var det inte så viktigt (10).

Att ha genomgått radikal prostatektomi föranleder regelbundna kontroller hos läkaren. De flesta patienter i Hedestig med fleras (9) studie sade att kontrollerna gav dem en känsla av säkerhet. En del män uttryckte en önskan att ställa frågor mellan kontrollerna. De tyckte att de hade svårt att nå vårdpersonalen eller att få ordentliga svar av dem. Några män uttryckte en frustration över att inte kontrollerna hade gjorts i tid, som planerat. PSA-testet beskrevs som en viktig del av kontrollerna. Om PSA låg på samma nivå som tidigare gav det patienten en känsla av säkerhet och att de har kontroll över fortskridandet av sjukdomen. Ifall PSA-värdet skulle öka, sade de flesta män, att de ville konsultera sin läkare så snart som möjligt för diskussion och en ny undersökning. Några av männen förstod inte varför deras PSA-värde skulle tas, eftersom deras prostatakörtel var borttagen (9). Patienterna använde flera olika metoder för att bedöma sin hälsa i relation till cancer. Det mest dominanta var deras fysiska välbefinnande. Om de personer av den medicinska personalen som patienten litade på var nöjda med patientens värden m.m. kändes det som en indikator på att det var bra (11). För flera män innehöll livet efter RP frågan, varför just de drabbats av prostata cancer (9).

Cancerpatientens behov av information

Deltagarna i de olika studierna sökte information i olika stor uträkning. Alla fick skriftlig information vid inskrivningen och fick verbal information inför operationen. En del var mer aktiva och samlade information från läkare,

stödgrupper, Internet eller genom att läsa böcker (7,12). Broschyrer om cancer användes också liksom information från anhöriga och vänner (12). Trots att de fick mycket information, var det flera som sade, att de inte läst informationen förrän efter operationen. De hade fortfarande många frågor efter utskrivningen (7). Fincham med flera (13) fann att information i samband med diagnos var en nyckelfråga. Viktigast var information om diagnos och prognos samt information tillgänglig för familj och vänner. Flera patienter rapporterade, att familj och vänner saknade information. Patienten kände sig själv ansvarig för att ge information om sjukdomen på ett sådant sätt, att de anhöriga orkade ta till sig det och förstå det (13). Sainio och Eriksson (12) fann att personer som nyligen var diagnostiserade med cancer (inom 6 månader) hade fått mer information än de som hade fått sin diagnos för länge sedan. Patienternas yrkesstatus hade också en inverkan på hur mycket information de fick. Pensionärer fick mindre information. De hade å andra sidan varit mer aktiva i att söka egen information. Även patientens fysiska och psykiska kondition påverkade hur mycket information han fick. Ju bättre fysisk kondition patienten var i desto mer information fick han (12).

Copingstrategier

För att handskas med problemen med katetern använde patienterna frekventa varma bad och smärtstillande tabletter. Patienterna virade papper runt katetern och toppen av penis för att undvika skav. De smorde området runt katetern med olja och använde sig av rymliga kalsonger (7).

För att bibehålla kontrollen över UI, fokuserade männen på hur mycket de drack, antalet toalettbesök, hur de var klädda när de gick ut i kallt väder och hur de skulle kunna undvika stress och aktiviteter som skulle förvärra deras läckage. För att få en känsla av kontroll över sin fysiska styrka, testade männen sig genom hårt fysiskt arbete. Detta var dock ett problem för de män som hade stora bekymmer med urinläckage (9).

Som ett första steg i att hantera sin situation beskrev männen att det var viktigt att informera familj och vänner om sjukdomen. Sjukvården hade inte gett så mycket information som riktade sig till de anhöriga. För de flesta män var tankar om framtiden kopplade till en växande oro och ångest eller nedstämdhet, men samtidigt hoppades de på en cancerfri framtid. De flesta män bevarade sina innersta tankar för sig själva, som en självvald strategi för att kunna hantera situationen. Deras innersta tankar kunde handla om framtiden, sjukdomsprognosen och döden, men även om det förlorade sexlivet. Många män kände ett stort stöd från sina familjer, men trots det, så valde de att behålla vissa saker för sig själva. Ibland innebar livet efter RP upplevelser av oro och ångest. Männens strategi för att hantera det var att hitta en aktivitet med nytt fokus i livet. Ex. på sådana aktiviteter var: att vara i naturen, lyssna på musik, arbeta med något eller starta en ny hobby. En del män föredrog att vara ensamma och inte tänka på sjukdomen (9).

Både Burt med flera (7) och Fincham med flera (13) beskriver vikten av stöd pre- och postoperativt (7,13). Många barn och vänner gav stöd. Stödgrupper, sjuksköterskor och intervjuaren gav även tröst och uppmuntran (7). Fincham med flera (13) fann att framförallt de yngre patienterna kunde uppleva att de fick stödja sina anhöriga, fast det egentligen var de som behövde stöd (13). I två studier,

Mishel med flera (8) och Geisler med flera (14), har man jämfört vad en tätare kontakt med sjuksköterskor gör för skillnad för patientens tillfrisknande och möjlighet att hantera situationen efter behandlad prostatacancer. Båda studierna visar, att det inte är någon större skillnad för slutresultatet efter 7 respektive 12 månader efter avslutad behandling. De grupper som har haft en tätare kontakt med sjuksköterskan visade på snabbare förbättringar, dels av fysiska symtom men även i form av förmåga till problemlösning och minskad ångest för återfall i sjukdomen (8,14). I flera studier (7,9,11,12) uttryckte männen en önskan och en styrka i att kommunicera med andra prostatacancerpatienter för att jämföra upplevelser och få reda på hur andra patienter lever sina liv (7,9,11,12). Flera av männen höll kontakt med sin rumskamrat från sjukhuset (7). De ville diskutera biverkningar och vad man kan göra åt dem t.ex. UI. Man ville även diskutera upplevelser av behandlingen och PSA-nivåer (9). De personer som hade deltagit i stödgrupper fann att om de delade erfarenheter med andra i samma situation var detta till stor hjälp (7,11).

De flesta av patienterna i Sainio och Erikssons (12) studie ville få information, främst för att de trodde att information hade en positiv påverkan på deras känslor och attityder. Bland annat indikerade de att information hjälpte dem att handskas med sina rädslor, att kontrollera och förstå sin situation och det gav en känsla av säkerhet. Vissa patienter sade att de ville ha information för att kunna påverka sin situation själva. Ungefär lika många sade att de ville ha information för att planera sina liv och förbereda sig för framtiden. Endast ett fåtal patienter svarade att de inte ville ha någon information om sin sjukdom, eftersom de tyckte att det förstärkte deras rädsla och ångest. De försökte att inte tänka på sin sjukdom alls utan leva sina liv så normalt som möjligt (12).

Sjuksköterskan/Specialistsjuksköterskans roll i patientkontakten.

Patienterna satte mycket värde på den tid de fick med sjuksköterskan. De upplevde henne som närvarande och inte "på väg någon annanstans". Något som också värderades högt var både det praktiska och känslomässiga stöd de fick av sjuksköterskan (15).

"There was something that I wasn't too sure about, so I rang her, and she put me on the right track. That is what she has done all the time, allayed any fears and explained things in layman's language." (15 sid 150).

Boxhall och Dougherty (15) fann att den information som sjuksköterskan gav kompletterade tidigare given information och gav männen en djupare förståelse för sjukdomsprocessen. En del män tyckte att sjuksköterskan fungerade som en guide genom informationen. Sjuksköterskans kunskap ansågs praktisk och den fyllde i de luckor som läkaren lämnat. Sköterskan sågs också som en stor hjälp vid tiden för diagnos och när det skulle bestämmas vilken behandling man skulle få. Trots att det finns en väldigt intim sida av prostatacancer med erektionsproblem, inkontinens och relationer, så tyckte inte patienterna att det var något problem att sjuksköterskan var en kvinna. Patienterna ansåg att kvinnliga sjuksköterskor var trygga i diskussionen av dessa intima ämnen (15).

"I don't care what age, what gender, so long as the knowledge is there." (15 sid 151)

Tillgängligheten var viktig för patienterna. Helst ville de kunna ställa sina frågor med en gång. Några hade haft förseningar i kontakten med sjuksköterskan p.g.a. telefonsvarare och de tyckte att det var ett bekymmer. Även om de inte behövde använda det telefonnummer de fick till kliniken, kändes det tryggt att veta vart man skulle vända sig vid problem (15).

Hedestig med flera (9) och Fincham med flera (13) fann att det var viktigt för patienterna att få möjlighet att utveckla en relation med en nyckelperson under sjukdomen. Alla patienterna föredrog att träffa samma person vid varje besök på sjukhuset. Om de fick träffa olika personer, var de tvungna att berätta sin historia gång på gång (9,13).

Patienterna i McCabes (16) studie uppskattade när sjuksköterskan gav av sin tid och när hon var närvarande. Patienterna kände då att sjuksköterskan brydde sig om patientens fysiska och psykologiska välbefinnande. En öppen och ärlig kommunikation hjälpte patienten att hantera sin sjukdom på ett positivt sätt. Att vara äkta/genuin som sjuksköterska är något som går bortom professionalism. Det är en attityd och ett beteende som bara kommer till uttryck om sjuksköterskan är självmedveten. Patienterna hänvisade både till verbal och icke verbal kommunikation, när de bedömde om en sjuksköterska var genuin. De värdesatte den icke verbala kommunikationen, eftersom den demonstrerade känslomässigt stöd, förståelse och respekt för patienten som individ (16).

McCabe (16) fann att när sjuksköterskan var sympatisk, upplevde patienterna att deras känslor rättfärdigades. Det fick dem att känna att sjuksköterskan förstod deras situation och brydde sig om dem som person. Det verkade viktigt för patienterna att sjuksköterskorna förmedlade sin förståelse för patientens situation. De förväntade sig inte att sjuksköterskan skulle fixa allt, men det lindrade deras ångest och osäkerhet, när de visste att någon förstod hur de kände det. Patienterna litade på de sjuksköterskor som visade empati. Alla patienter i studien kommenterade att sjuksköterskorna var snälla och glada. Många uttryckte också en uppskattning av humor i kontakten mellan patient och sjuksköterska. Humor verkade förstärka deras självkänsla, när de fick andra att skratta och när de kunde skratta med sjuksköterskan. Det verkade som de sjuksköterskor som använde humor var mer lättillgängliga för patienterna (16).

Patienterna i McCabes (16) studie återkom hela tiden till att vissa sjuksköterskor inte tillhandahöll tillräckligt med information. Flera patienter kommenterade att dessa sjuksköterskor prioriterade sina göromål framför samtal med patienten. McCabe (16) diskuterar kommunikation under två sub-teman. Dessa sub-teman var patientcentrerad kommunikation, där det är viktigt att man talar till patienten som individ, och uppgiftcentrerad kommunikation, där t.ex. uppgiften att bädda sängen blir viktigare än samtalet med patienten. När sjuksköterskan använder sig av uppgiftcentrerad kommunikation vill patienten inte störa den stressade sjuksköterskan. Patienterna framhåller att det inte är sjuksköterskans fel att hon inte hinner prata men de ser i detta fall sjuksköterskan som en person som utför läkarens order (16).

DISKUSSION

Metoddiskussion

De granskade artiklarna kommer från spridda delar av världen. Två artiklar kommer från Storbritannien (11,13) och två kommer från USA (8,14). Övriga kommer från Schweiz (10), Kanada (7), Sverige (9), Australien (15), Irland (16), Finland (12). De är alla artiklar från västvärlden och på det viset är de applicerbara på svenska förhållanden. Sjukvården skiljer sig givetvis från land till land, men jag har många gånger under dessa studier förvånats över hur mitt arbete på Urologmottagningen i Göteborg liknar arbetet på mottagningar världen över.

Sju av studierna var kvalitativa (7,9-11,13,15,16) och tre var kvantitativa (8,12,14). Personligen tycker jag att de kvalitativa studierna säger mer om patientens upplevelser, även om det är författarens tolkning vi läser. Efter att ha analyserat artiklarna tycker jag att författarnas tolkningar verkar rimliga och trovärdiga. De kvantitativa artiklarna svarade mer sällan på min fråga hur patienten upplever tiden efter radikal prostatektomi. Fördelen med de kvantitativa studierna är att författarna kan jämföra olika grupper, som fått information på olika sätt, med varandra och därmed dra slutsatser.

Deltagarantalet varierade i studierna från 8 patienter, i en kvalitativ studie från Storbritannien och en kvalitativ studie från Irland, till 273 patienter i en kvantitativ studie från Finland. I den finska studien skickades 335 frågeformulär ut och de fick tillbaka 302 st. 29 st fick strykas p.g.a. att vissa data saknades. I varje studie är metod och tillvägagångssätt väl beskrivet vilket är bra, då det blir lättare att förstå och analysera resultatet.

Willener och Hantikainen (10) identifierade 9 områden som var viktiga för Quality of life efter radikal prostatektomi. Det var den enda artikel som framhöll att sexualiteten inte var så betydande i förhållande till hälsan. För övrigt kändes resultatet lite torftigt, men de hade väldigt bra antaganden i diskussionen. De hade många förslag till förbättringar för prostatacancerpatienten, som jag känner stämmer väl överens med resultatet i flera andra studier. Därför valde jag att ha med den i mitt resultat. Intervjuerna gjordes 3-4 månader efter radikal prostatektomi och man kan därmed undra om de hade fått samma svar angående sexualiteten med en senare uppföljning, efter t.ex. ett år. Deltagarna hade inte fått någon direkt fråga om sexualiteten och det kan också vara en bidragande orsak till att resultatet blev som det blev. Flera av deltagarna tyckte att relationen med en partner var viktigare för Quality of life än sexlivet.

Resultatdiskussion

Artiklarna har tillfört en god förståelse för hur den radikalt prostatektoimerade patienten kan uppleva tiden efter operationen, vilket behov av information han har samt vilka copingstrategier han använder sig av. Vad som är viktigt att tänka på är att alla patienter är individer med olika upplevelser i bagaget och med olika förmåga att hantera den stress och press det är att få besked och behandling för en cancersjukdom. Artiklarna har också gett en djupare förståelse för hur patienten ser på sjuksköterskans möjligheter i patientkontakten.

Patienterna använder sig av problemfokuserade copingstrategier då de har problem med katetern och försöker att lösa det på olika sätt för att stå ut med obehaget. Även urininkontinensen löses genom att dricka mindre och välja aktiviteter som minskar läckaget. Detta är en planerad problemlösning. Patienterna använder sig även av känslufokuserade copingstrategier, då de tar hjälp och stöd av anhöriga. Att söka socialt stöd är en viktig copingmekanism. Patienten kan få råd och hjälp av någon som han känner förtroende för. Att tala med andra i samma situation fyller en viktig funktion då patienten har behov att tala med någon som förstår dem. Här kommer till exempel stödgrupper in och att fortsätta kontakten med sin rumskamrat. Att behålla vissa saker ex. rädslor, för sig själv är också en självvald strategi. Patienten använder sig då av copingmekanismen självkontroll. Det kan dels fylla funktionen av att inte ”tappa sitt ansikte” men även för att skydda familjen från oro och ångest. Många av deltagarna i studierna tyckte att information hade en positiv påverkan på deras känslor och attityder. Kanske kan det leda till copingmekanismen positiva värderingar. Att patienten får möjlighet att växa som person på ett bra sätt. Informationen, som vi sjuksköterskor ger, kan bli till en copingmekanism för patienten och ett redskap att påverka känslor och attityder.

Vissa patienter ville inte ha någon information eftersom de tyckte att det ökade deras rädsla och de försökte att leva så normalt som möjligt och inte tänka på cancern. Dessa personer använder sig av distansering. De försöker att glömma det hela. Männerna hade även en strategi att hitta nytt fokus i livet för att minska oro och ångest. Detta med acceptans av situationen eller adaptation har inte Lazarus och Folkman (5) diskuterat i sin copingteori. Detta är en viktig copingmekanism som kan öka patientens välbefinnande.

Att coping är en pågående process är en positiv tanke och att olika former av coping kan ha sin plats vid olika tillfällen. Det är viktigt att inte fastna i denna process. I början kan passiv coping fylla sin funktion men efter ett tag är det bra för patienten att övergå till aktiv coping för att komma vidare i processen och utvecklas. Kanske kan vi sjuksköterskor identifiera de copingstrategier patienten använder sig av och hjälpa patienten att komma vidare om så behövs. Det är dock viktigt att tänka på att alla människor behöver olika lång tid på sig och så länge copingstrategin fyller sin funktion så är den till hjälp för patienten. Jag ser det som viktigt att våga möta patienten där han är i sin utveckling och vara lyhörd för vad han behöver. Man bör inte överösa patienten med information. Då tas inte informationen emot av patienten och då har inte heller informerandet fyllt sitt syfte. Syftet med information är att patienten får en ökad förståelse för sin situation och kan använda den i sin fortsatta utveckling. Informationen blir till kunskap först när mottagaren har tagit det till sig. Om man som sjuksköterska informerar utan att förvissa sig om att mottagaren har förstått budskapet har man inte uppfyllt patientens behov utan bara sitt eget.

Fincham med flera (13) fann att information i samband med diagnos var en nyckelfråga. Det är viktigt att ha i åtanke att patientens förmåga att ta till sig information i samband med ett cancerbesked kan vara begränsad. När ordet cancer nämns är det många patienter som ”stänger till” och inte har förmåga att ta in mer information om diagnos och prognos. Vissa patienter kan även hävda att de inte fått någon information alls. Hur kommer man då runt detta? En variant kan vara

att få två besök hos läkaren i samband med diagnos. På den klinik där jag arbetar är det en del läkare som ger cancerbeskedet per brev med en bifogad tid för samtal. Det kan kanske låta krasst men vid provtagningen informerar läkaren om att han kommer att skriva ett brev med vad proverna visar. Vill patienten hellre ha ett besök för att få provsvar så ordnas det. Fördelen med att patienten får beskedet via brev är att den första blockeringen har släppt inför besöket. Patienten är mer mottaglig för informationen och har även hunnit få frågor han vill ställa. Denna aspekt på information i samband med diagnos tas inte upp i de artiklar jag har granskat men det tas upp i litteraturen (4) i bakgrunden.

De allra flesta patienter i de studier som jag har granskat ville ha information. Vad som var intressant var att patienterna i Sainio och Erikssons (12) studie upplevde stora skillnader i mängden information de fick, beroende på yrkesstatus, ålder och hälsa. Som sjukvårdspersonal vill vi nog gärna tro, att vi ger samma information till alla patienter, men uppenbarligen gör vi inte det. Det skall vi kanske inte heller göra eftersom det är viktigt att individanpassa informationen. Jag kan se vikten av både skriftlig och muntlig information. Den skriftliga informationen blir samma för alla. Den kan sedan vara ett redskap till att utveckla den muntliga informationen. Det är viktigt att ha med sig detta och försöka sträva efter att informera alla patienter så att de får en ökad förståelse för sin sjukdom. Sedan är det också viktigt att acceptera de patienter som inte vill ha information och låta dem vila i det. Där är det viktigt att lämna en dörr öppen, så att de känner sig välkomna om behovet av information uppstår.

I två av studierna talades det om Internet som informationskälla, men det var ganska få som använde sig av det. I studien från Australien (15) var det bara 6% och i studien från Finland (12) var det 30% som hade sökt information via Internet. Jag tror att vi i Sverige har en ganska hög användning av Internet även upp i åldrarna, jämfört med andra länder, så här torde siffrorna skilja sig om man hade undersökt det i svenska förhållanden.

Flera patienter i Fincham med fleras (13) studie rapporterade att familj och vänner saknade information. Patienterna kände sig många gånger ansvariga för att ge information på ett sätt som de anhöriga klarade av. Här tror jag att vi som sjuksköterskor har en stor uppgift. Vi kan uppmuntra patienten att ta med anhöriga vid läkar- eller sjuksköterskebesök eftersom de då hör samma information som patienten. Det är viktigt att inte ge olika information till patient och anhörig eftersom det då kan skapa osämja i familjen. Många gånger kan anhöriga bära på mer oro och ångest över att deras anhörige är sjuk än vad patienten själv känner. Då är det viktigt att vi tar reda på patientens uppfattning och låter den vara styrande. Vi kan som sjuksköterskor givetvis stödja den anhörige i hans oro men det måste vara patientens vilja som styr de åtgärder som sätts in. Något som är intressant är att inte i någon av de studier som berör information är det patientens egen begäran av information som styr. Det är vi inom sjukvården som har utformat informationen efter vad vi tror att patienten vill ha reda på. Kanske borde det läggas in mer av pedagogik i sjuksköterskeutbildningen eftersom stora delar av arbetet handlar om information och undervisning?

Det är glädjande att se att patienterna värdesätter sjuksköterskan och ser fördelar i att träffa sjuksköterskan som ett komplement till läkaren. Sjuksköterskan ses inte "bara som läkarens högra hand" utan som den profession hon är. Intressant är också att patienterna lägger märke till om en sjuksköterska är genuin eller inte. Att vara genuin är inget som kan läras via böcker utan det har med den egna personliga utvecklingen att göra och förmågan att se på sig själv. Är man trygg i sig själv som person och sjuksköterska så märks det och det kan även förmedlas till patienten.

I några studier (9,13) uttryckte patienterna en önskan att under sjukdomstiden utveckla en relation till en nyckelperson och att de skulle träffa samma person vid varje kontakt med sjukhuset. På urologmottagningen på Sahlgrenska, där jag jobbar, har varje patient en patientansvarig läkare. Vi sjuksköterskor, som är 4 stycken, har inte "egna patienter". Patienten informeras vid diagnos, att han kommer att träffa någon av oss fyra vid kontakt med mottagningen. Fördelen med detta är att det blir mindre sårbart om någon av sjuksköterskorna har semester eller är borta. Nackdelen för patienten är att han kan behöva dra sin historia flera gånger, men med bra dokumentation behöver inte det bli något större problem. Jag vet att många andra urologkliniker runt om i Sverige har patientansvarig sjuksköterska (PAS). De tycker att det fungerar bra hos dem. Det kanske inte finns något som är rätt eller fel, men om man har PAS, så är det viktigt att informera patienten om att han kan komma att träffa andra sköterskor, när man själv är borta.

I två studier (8,14) jämförde man vad en tätare kontakt med sjuksköterskan kan göra för patientens tillfrisknande och välbefinnande. Det var intressant att slutresultatet (efter 7-12 månader) blev detsamma men att den patientgrupp som hade haft tätare kontakt med sjuksköterskan hade haft ett bättre välbefinnande under tiden. Är det en indikation nog för att man skall förändra uppföljningen efter radikal prostatektomi? Skall sjuksköterskeresurserna läggas på det, när det i slutändan inte blir någon skillnad? Den grupp som inte haft en tätare kontakt med sjuksköterskan har uppenbarligen skött sitt tillfrisknande privat. Alla kanske inte behöver den tätare kontakten med sjuksköterskan. Skall alla erbjudas den kontakten och få välja hur de vill göra? Det är frågor som tål att funderas på men kanske inte har något klart svar. Något som är viktigt är att alla patienter har möjlighet att kontakta sin mottagning när de har frågor och att vi som sjukvårdspersonal förmedlar att inga frågor är konstiga eller onödiga.

I en studie (9) uttrycker deltagarna en undran varför deras psa-värde skall tas när ändå prostatakörteln är borttagen. Den frågan möter även jag många gånger i mitt arbete på urologen med patienter som genomgått radikal prostatektomi. Kanske är det något som vi som sjuksköterskor skall bli bättre på att informera om. Vi kan från början informera om hur uppföljningen kommer att se ut och hur länge den kommer att pågå och vad kontrollerna innebär.

Två studier (7,9) visade att problemen med ED inte var det primära efter operationen. När väl ED var ett faktum påverkade det många män psykiskt på olika sätt. Den form av coping som användes för detta var självkontroll och att bevara sina innersta tankar för sig själv. Studierna säger inte så mycket om ifall patienterna försöker komma till rätta med ED på andra sätt. Jag tror att vi

sjuksköterskor, genom en öppen och tillåtande kommunikation, kan uppmuntra patienten att tala om sin upplevelse av ED. Vi måste våga fråga men även vara beredda på att patienten kanske inte vill diskutera ED med oss. Sjuksköterskor behöver träning i kommunikation men även en trygghet i sig själva och i sin egen sexualitet för att kunna föra en säker och trygg dialog med patienten om sexuella problem i samband med prostatacancer och radikal prostatektomi.

Framtida forskning

Litteraturstudien visar att det finns mycket som kan göras för att patienten skall få en bättre förståelse för sin sjukdom genom information och sjuksköterskans sätt att bemöta patienten. Det vore intressant att gå vidare med studier om vad könsskillnader gör i patient- sjuksköterskekontakten. I en av studierna som är med i uppsatsen nämner en patient, att det inte spelar någon roll vilket kön sjuksköterskan har, så länge hon har kunskapen. Det skulle vara spännande att undersöka om de flesta patienterna känner så, eller om sjuksköterskans ”kvinnlighet” är ett hinder i samtalen om impotens. Kanske är det rent av så att det hade varit ett hinder om sjuksköterskan hade varit man? Patienten vill kanske inte visa sin svaghet inför andra män eller är det bättre att prata med en man som förstår hans sexualitet? Helt klart är att samtal om ED och UI kan vara känsligt för mannen men även för sjuksköterskan.

REFERENSER

1. Damber J-E, Peeker R. Urologi. Studentlitteratur, Lund;2006.
2. Abrahamsson P-A. Prostatacancer- information för patienter och anhöriga. AstraZeneca Sverige, Södertälje;2006.
3. Norlén B J, Schenkmanis U. Prostatacancer. Ica förlaget: Västerås;2004
4. Nationella riktlinjer för prostatacancersjukvård. Medicinskt och hälsoekonomiskt faktdokument. Socialstyrelsen. Bergslagens grafiska: Lindesberg;2007
5. Lazarus S R, Folkman S. Stress, Appraisal and Coping. Springer Publishing Company: new York;1984
6. Lazarus S R. Coping Theory and research: Past, Present and Future. Psychosom Med 1993;55:234-47
7. Burt J, Caelli K, Moore K, Andersson M. Radical prostatectomy: men's experiences and postoperative needs. J Clin Nurs 2005;14(7):883-90
8. Mishel H M, Belyea M, Germino B B, Stewart L J, Bailey Jr E D, Robertson C, Mohler J. Helping patients with localized prostate carcinoma manage uncertainty and treatment side effects: Nurse-delivered psychoeducational intervention over the phone. Cancer 2002;94(6):1854-66
9. Hedestig O, Sandman P-O, Tomic R, Widmark A. Living after radical prostatectomy for localized prostate cancer: A qualitative analysis of patient narratives. Acta Oncol 2005;44(7):679-86
10. Willener R, Hantikainen V. Individual Quality of life following Radical Prostatectomy in men with prostate cancer. Urol Nurs 2005;25(2):88-100
11. Docherty A, Brothwell C P D, Symons M. The impact of inadequate knowledge on patient and spouse experience of prostate cancer. Cancer Nurs 2007;30(1):58-63
12. Sainio C och Eriksson E. Keeping cancer patients informed: a challenge for nursing. Eur J Oncol Nurs 2003;7(1):39-49
13. Fincham L, Copp G, Caldwell K, Jones L, Tookman A. Supportive care: experiences of cancer patients. Eur J Oncol Nurs 2005;9:258-68
14. Giesler R B, Given B, Given C W, Rawl S, Monahan P, Burns D, Azzouz F, Reuille K M, Weinrich S, Koch M, Champion V. Improving the Quality of life of patients with prostate carcinoma. A Randomized trial testing the efficacy of a nurse-driven intervention. Cancer 2005;104(4):752-62

15. Boxhall S, Dougherty M. An evaluation of a specialist nursing role for men with prostate cancer. *Urol Nurs* 2003;23(2):148-52
16. McCabe C. Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences. *J Clin Nurs* 2004;13(1):41-9

Bilaga 1

ARTIKELPRESENTATION

Referens nr 7

Författare Burt J, Caelli K, Moore K och Andersson M

Titel Radical prostatectomy: men's experiences and postoperative needs

Tidskrift Journal of Clinical Nursing 2005;14(7):883-890

Typ av studie – ursprungsland Kvalitativ studie - Kanada

Deltagare 17 män deltog i studien. De hade genomgått radikal prostatektomi p.g.a. tidigt diagnostiserad prostata cancer.

Analysmetod – datainsamlingsmetod Telefonintervjuer hölls dag 2, 7, 21 och 120 efter utskrivning. Intervjuerna varade i 30-45 min. Efter 12 månader gjordes en djupintervju med 5 av deltagarna där man lät dem beskriva sina erfarenheter från diagnostillfället fram till 12 månader efter utskrivning.

Huvudfynd Katetern är mycket besvärande för patienten postoperativt.

Information under det postoperativa förloppet var en viktig del för patienten. ED var efter 12 månader det mest djupgående problemet för den prostatektomerade patienten.

Referens nr 8

Författare Merle H. Mishel, Michael Belyea, Barbara B. Germino, Janet L. Stewart, Donald E. Bailey Jr, Cary Robertson, James Mohler

Titel Helping patients with localized prostate carcinoma manage uncertainty and treatment side effects: Nurse-delivered psychoeducational intervention over the phone.

Tidskrift Cancer 2002 Mar 15;94(6):1854-66

Typ av studie – ursprungsland Kvantitativ studie - USA

Deltagare 134 vita män och 105 afroamerikanska män (sammanlagt 239 män) ingick i studien omedelbart efter operation eller inom de 3 första veckorna efter strålning. Patienterna delades upp i tre grupper. I ena gruppen ringde en sjuksköterska upp en gång i veckan under 8 veckor. Den andra gruppen fick sedvanlig information. I den tredje gruppen informerades anhöriga, som sedan förde informationen vidare till patienten. Uppföljning gjordes sedan vid 4 månader samt vid 7 månader.

Analysmetod – datainsamlingsmetod För att analysera materialet, användes en metod som kallas MANOVA (Multivariate Analyses of Variance). Man mätte även om det fanns någon skillnad mellan de etniska grupperna.

Huvudfynd Det viktigaste fyndet i studien var att de patienter som fick information/intervention minskade två osäkerhetsfaktorer. Även symtom av behandlingen förbättrades snabbare i dessa grupper. Vid 7 månader var det dock ingen skillnad mellan grupperna gällande kognitiv förmåga m.m.

Referens nr 9

Författare Oliver Hedestig, Per-Olof Sandman, Radisa Tomic och Anders Widmark.

Titel Living after radical prostatectomy for localized prostate cancer: A qualitative analysis of patient narratives.

Tidskrift Acta Oncologica, 2005;44 (7):679-686

Typ av studie – ursprungsland Kvalitativ studie - Sverige

Deltagare 10 män som hade genomgått radikal prostatektomi för lokaliserad prostatacancer. Patienterna hade genomgått operationen från 6 månader till 3 år tidigare.

Analysmetod – datainsamlingsmetod Intervjuerna spelades in på band och varade 35-60 min. De hölls i patientens hem. Intervjuaren uppmuntrade patienterna att tala så fritt som möjligt om sina känslor och tankar efter radikal prostatektomi. Två huvudfrågor ställdes. Materialet analyserades sedan med kvalitativ analys.

Huvudfynd Hedestig et al fick fram fyra teman i sina intervjuer. Dessa var: ”vara en förändrad man”, ”sträva efter kontroll i den nya livssituationen”, ”hantera en ny livssituation” och ”strävan efter att försonas med den nya livssituationen”. Det framkom att det inte bara är de fysiska symtomen i form av UI och ED som dominerar efter radikal prostatektomi. Patienten har även många existentiella frågor och funderingar.

Referens nr 10

Författare Rita Willener, Virpi Hantikainen

Titel Individual Quality of life following Radical Prostatectomy in men with prostate cancer.

Tidskrift Urologic nursing 2005;25(2):88-100

Typ av studie – ursprungsland Kvalitativ studie – Schweiz

Deltagare 11 män med prostatacancer som hade genomgått radikal prostatectomi 3-4 månader tidigare.

Analysmetod – datainsamlingsmetod Quality of life (QoL) undersöktes med SEIQoL-DW (Schedule for the Evaluation of Individual QoL: A Direct Weighting Procedure). Deltagarna identifierade de områden som var viktiga för dem och graderade dem på VAS (Visual Analogue scale). En semistrukturerad intervjuteknik användes.

Huvudfynd Man identifierar nio områden som är viktiga för QoL. Deltagarna var nöjda med sitt liv 3-4 månader efter radikal prostatektomi.

Referens nr 11

Författare Andrea Docherty, Cannon Paul D. Brothwell, Mary Symons

Titel The impact of inadequate knowledge on patient and spouse experience of prostate cancer.

Tidskrift Cancer nursing 2007;30(1):58-63

Typ av studie – ursprungsland Kvalitativ studie - Storbritannien

Deltagare 12 personer deltog i studien varav 9 var män med diagnosen prostatacancer och 3 var fruar till deltagande män. Tiden från behandling varierade mellan 6 månader och 5 år. Behandlingar de hade fått var strålning, orchidectomi och hormonbehandling med tabletter.

Analysmetod – datainsamlingsmetod De 12 deltagarna delades in i två fokusgrupper. Diskussionen i varje grupp varade 90-120 minuter. Författaren var med vid diskussionen och ställde öppna frågor som fokuserade på känslor, upplevelser och åsikter om den medicinska processen. Hela diskussionen spelades in på band. Allt skrevs sedan ut ordagrant. Materialet analyserades sedan utifrån teman, kategorier och med hjälp av kodning.

Huvudfynd Fyra teman framkom från dataanalysen. ”Den första upplevelsen” visar att sjukdomen kom överraskande, eftersom patienterna inte kände sig sjuka när de först besökte sin husläkare. ”Att vara involverad som patient” visar att det

upplevs som positivt att få valmöjlighet till behandling och att känna sig delaktig. Hustrun och patienten upplevde sig som ett team. De använde den medicinska personalen för att fatta sitt beslut. För att göra sin egen "hälsobedömning", fokuserade patienterna på hur de mårde rent fysiskt och hur den medicinska personalen uppfattade deras hälsotillstånd. Den vanligaste "copingtekniken" var att först fokusera på behandlingen och sedan acceptera diagnosen. De jämförde sig också med andra patienter i samma situation.

Referens nr 12

Författare Carita Sainio och Elina Eriksson

Titel Keeping cancer patients informed: a challenge for nursing

Tidskrift European Journal of oncology nursing 2003;7(1):39-49

Typ av studie – ursprungsland Kvantitativ studie - Finland

Deltagare 273 cancerpatienter deltog. Tiden från diagnos varierade från 2 månader upp till 15 år. 40% av deltagarna hade fått sin diagnos för mindre än 6 månader sedan. Deltagarna hade olika former av cancer, men de stora grupperna var bröst- och hematologisk cancer

Analysmetod – datainsamlingsmetod Data insamlades med hjälp av ett frågeformulär, som täckte in tre huvudområden: demografiska data, humör (=depression) och erhållen information. För den statistiska analysen användes SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) och NCSS (Number Cruncher Statistical system)

Huvudfynd De flesta var nöjda med den information de fått av sjuksköterskor i samband med behandling av cancer. De saknade dock skriven information. Flera hade sökt information på annat sätt. Det vanligaste var genom broschyrer, men att tala med medpatienter och anhöriga/vänner var också en källa för information. Yrkesstatus och hur frisk man var, påverkade också hur mycket information man fick.

Vissa ville inte ha någon information alls, eftersom de tyckte att de bara blev mer oroliga av den.

Referens nr 13

Författare Lorraine Fincham, Gina Copp, Kay Caldwell, Louise Jones, Adrian Tookman

Titel Supportive care: experiences of cancer patients

Tidskrift European Journal of Oncology Nursing 2005;9:258-268

Typ av studie – ursprungsland Kvalitativ studie - Storbritannien

Deltagare 8 patienter deltog i studien, alla med olika cancerdiagnos. De hade fått sin cancerdiagnos för 1-15 år sedan. De delades upp i två "fokusgrupper".

Intervjuerna fokuserade på tiden runt diagnos, den akuta behandlingsfasen och den palliativa fasen.

Analysmetod – datainsamlingsmetod Intervjuerna spelades in och skrevs ut i sin helhet. All information lades sedan in i ett dataprogram som heter QSR NUD*IST (version 4). Dataprogrammet fångar upp koncept och utforskar, testar och skapar länkar mellan stycken i texten.

Huvudfynd Information vid diagnos ansågs väldigt viktig. Patienterna kände svårighet att informera sina anhöriga på ett bra sätt. De kände också att de inte fick tillräckligt med information för att kunna ta beslut om vilken behandling de skulle välja.

Kontinuitet i vården ansågs också viktig och patienten ville träffa samma personer varje gång de besökte sjukhuset.

Referens nr 14

Författare R. Brian Giesler, Barbara Given, Charles W Given, Susan Rawl, Patrick Monahan, Debra Burns, Faozi Azzouz, Kristina M. Reuille, Sally Weinrich, Michael Koch och Victoria Champion.

Titel Improving the Quality of life of patients with prostate carcinoma. A Randomized trial testing the efficacy of a nurse-driven intervention.

Tidskrift Cancer.2005Aug15;104(4):752-62

Typ av studie – ursprungsland Kvantitativ studie - U.S.A.

Deltagare 99 patienter deltog i studien. De hade blivit behandlade för lokaliserad prostatacancer men radikal prostatektomi, extern strålning eller brachyterapi.

Analysmetod – datainsamlingsmetod Två veckor efter operationen gjordes en intervju och sedan delades patienterna in i två grupper. Den ena gruppen fick vanlig uppföljning medan den andra fick delta i en interventionsgrupp där uppföljning skedde 1 gång per månad de första 6 månaderna och sedan följdes de upp vid 4, 7 och 12 månader efter avslutad behandling. I frågorna fokuserade man på problem relaterade till sex, urin och tarmdysfunktion, oro för cancer, anpassning till cancer, depression och andra vanliga följder av cancer. Beroende på vilka svar man fick gavs förslag till strategier att möta problemen. Insamlade data analyserades via ett dataprogram.

Huvudfynd Interventionsgruppen hade mindre ångest över risken för återfall i sjukdom och effektiviteten av behandlingen. När det gällde allmän QoL skiljde det inte mellan de båda grupperna. Båda grupperna blev mindre deprimerade över tiden men interventionsgruppen utmärkte sig med att de patienter som deltog där förbättrades till en lägre nivå än kontrollgruppen.

Referens nr 15

Författare Suzanne Boxhall, Melissa Dougherty

Titel An evaluation of a specialist nursing role for men with prostate cancer

Tidskrift Urologic nursing 2003 Apr;23(2):148-152

Typ av studie – ursprungsland Kvalitativ studie - Australien

Deltagare 30 patienter deltog i studien. Dessa patienter delades in i fyra fokusgrupper. Träffen varade mellan 60-90 minuter och spelades in på band.

Analysmetod – datainsamlingsmetod Inspelningarna skrevs ned och kategoriserades i teman och analyserades av två personer. Man använde sig av semistrukturerade frågor vid diskussionerna.

Huvudfynd Informationen som sköterskan gav kompletterade tidigare given information och gav männen en djupare förståelse för sjukdomsprocessen. Patienterna satte mycket värde på den tid de fick med sjuksköterskan. De upplevde henne som närvarande och inte ”på väg någon annanstans”. Något som också värderades högt var både det praktiska och känslomässiga stöd de fick av sjuksköterskan. Trots att det finns en väldigt intim sida av prostatacancer med erektionsproblem, inkontinens och relationer, så tyckte inte patienterna att det var något problem att sjuksköterskan var en kvinna

Referens nr 16

Författare Catherine McCabe

Titel Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences

Tidskrift Journal of clinical nursing 2004 jan;13(1):41-49

Typ av studie – ursprungsland Kvalitativ studie - Irland

Deltagare 8 patienter deltog i studien. Det var 3 män och 5 kvinnor i åldrarna 25-70 år som hade varit inneliggande i minst fyra dagar.

Analysmetod – datainsamlingsmetod Man använde sig av ostrukturerade intervjuer som spelades in på band. Intervjuerna varade 30 minuter. Materialet analyserades med en reflektiv process, där man använde sig av metaforen ”hermeneutisk cirkel” för att förklara den dynamik som ger förståelsen för ett fenomen.

Huvudfynd Fyra teman kunde urskiljas som aspekter på sjuksköterskors förmåga att kommunicera. Dessa var ”brist på kommunikation, att vara närvarande, empati och snälla sjuksköterskor med humor”.
