



Visoka šola
za zdravstveno nego
Jesenice
College
of Nursing
Jesenice

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**KAKOVOST ŽIVLJENJA PACIENTA PO
LAPAROSKOPSKI RADIKALNI
PROSTATEKTOMIJI**

**PATIENTS' QUALITY OF LIFE AFTER
LAPAROSCOPIC RADICAL PROSTATECTOMY**

Mentor: izr. prof. dr. Brigita Skela Savič

Kandidatka: Alenka Grošelj

Jesenice, februar, 2014

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici izr. prof. dr. Brigiti Skeli Savič za pomoč, podporo in usmerjanje pri izdelavi diplomskega dela. Najlepše hvala recenzentoma mag. Miranu Rems viš. pred. in Gordani Lokajner, pred.

Zahvaljujem se urološki ambulanti Medur za možnost izvajanja raziskovalnega dela, dr. Zoranu Kolarju, dr. Oliveri Kollar, sodelavkam Majdki, Dragici in Inge za podporo pri študiju ter vsem pacientom iz urološke ambulante, ki so prostovoljno sodelovali v raziskavi.

Posebna zahvala gre mojim najbližjim: partnerju Sandiju za spodbudo pri študiju ter sinovoma Luki in Gašperju, ki sta mi stala ob strani v času študija.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Rak prostate je drugi najpogostejši rak pri moških v Evropi. Eden od načinov zdravljenja je laparoskopska radikalna prostatektomija. Medicinska sestra mora poznati potek zdravljenja, da lahko pacientu svetuje, pomaga, ga uči in mu poda vse potrebne informacije za čim kakovostnejše življenje med in po končanem zdravljenju.

Cilj: Cilj diplomskega dela je pridobiti vpogled v kakovost življenja pacienta po laparoskopski radikalni prostatektomiji.

Metoda: Izvedena je bila kvantitativna raziskava, podatki so bili zbrani s tehniko anketiranja. Vključenih je bilo 67 anketirancev po laparoskopski radikalni prostatektomiji. Vprašalnik je vseboval 27 vprašanj od tega 21 zaprtega tipa in 6 vprašanj odprtega tipa, kjer so se pacienti lahko odločali med že podanimi odgovori. Podatke smo obdelali s programskim paketom SPSS/PASW 18.0.

Rezultati: Raziskava pokaže, da se po laparoskopski radikalni prostatektomiji pri 36 % anketirancev pojavlja urinska inkontinenca in pri 35 % anketirancev erekтивna disfunkcija. 3 % anketirancev se zelo redko počuti mirno in sproščeno in 13 % se jih počuti obupano in potrto. Raziskava pokaže, da je pri primerjavi med zaposlenimi in upokojenci glede na tip inkontinence in erekтивne disfunkcije prišlo do značilne statistične razlike, ki se pojavlja pri ravni spolne želje, ki je v povprečju večja pri zaposlenih ($t = 3,695$; $p = 0,00$). Do značilne statistične razlike je prišlo tudi pri odgovoru glede šibkega curka in nepopolnega izpraznjenja mehurja, kar upokojencem predstavlja večjo težavo ($t = -2,142$; $p = 0,036$).

Razprava: Iz raziskave je razvidno, da se po laparoskopski radikalni prostatektomiji v največji meri pojavljajo težave, kot so urinska inkontinenca in erekтивna disfunkcija. Medicinska sestra največ časa preživi v stiku s pacientom, zato mora znati prepoznati in svetovati pacientu ob nastalih težavah. Vedeti moramo, da urinska inkontinenca globoko poseže v življenje pacienta, prav tako tudi erekтивna disfunkcija. Obe težave ne vplivata samo na kakovost življenja pacienta samega, temveč na celotno družino in tudi bližnje.

Ključne besede: rak prostate, prostatektomija, urinska inkontinenca, erekтивna disfunkcija, nega urološkega pacienta, spolnost, nega onkološkega pacienta

ABSTRACT

The theoretical basis: Prostate cancer is the second most common cancer in men in Europe. One of the ways of treatment is laparoscopic radical prostatectomy. The nurse must be familiar with the course of treatment to give advice to patient, to help and teach him, and to give all the necessary information for the best possible quality of life during and after the treatment.

Goal: The goal of the thesis is to acquire insight into the quality of patient's life after laparoscopic radical prostatectomy.

Method: The quantitative survey was carried out; data were collected by interviewing technique. 67 respondents after laparoscopic radical prostatectomy were included. The questionnaire consisted of 27 questions, thereof 6 open-ended and 21 closed format questions, where patients were able to choose between the given answers. Data were processed with the program package SPSS/PASW 18.0.

Results: The survey shows that after laparoscopic radical prostatectomy in 36% of respondents the urinary incontinence is occurring, and 35% of respondents experience the erectile dysfunction. 3% of respondents very rarely feel calm and relaxed, and 13% of them feel desperate and depressed. The survey shows that in comparison between employees and retirees, depending on the type of incontinence and erectile dysfunction, there was a specific statistical difference that occurs at the level of sexual desire, which is on average higher for employees ($t = 3,695$; $p = 0,00$). The specific statistical difference also occurred in the reply regarding the weak jet and incomplete emptying of bladder, which represents a bigger problem for retirees ($t = -2,142$; $p = 0,036$).

Discussion: The survey shows that after the laparoscopic radical prostatectomy the occurring problems are mostly urinary incontinence and erectile dysfunction. A nurse spends the most time in contact with the patient, hence she must be able to identify and advise the patient when having problems. We need to know that urinary incontinence deeply intervenes into the life of the patient, and so does the erectile dysfunction. Both of these problems do not only affect the quality of life of the patient himself, but the entire family and loved ones.

Key words: prostate cancer, prostatectomy, urinary incontinence, erectile dysfunction, care of urology patient, sexuality, care of oncology patient.

KAZALO

1 UVOD.....	1
2 TEORETIČNI DEL.....	3
2.1 PROSTATA.....	3
2.1.1 Prostatični specifični antigen (PSA)	3
2.2 DEJAVNIKI TVEGANJA ZA RAKA PROSTATE	4
2.2.1 Znaki bolezni.....	4
2.3 DIAGNOSTIČNE PREISKAVE RAKA PROSTATE	4
2.4 OBLIKE ZDRAVLJENJA RAKA PROSTATE	5
2.4.1 Radikalna prostatektomija.....	5
2.4.2 Radikalno obsevanje	5
2.4.3 Hormonsko zdravljenje raka prostate.....	6
2.5 RADIKALNA PROSTATEKTOMIJA	6
2.5.1 Kriteriji za radikalno prostatektomijo	7
2.5.2 Možni zapleti po radikalni prostatektomiji (RP).....	7
2.6 KAKOVOST ŽIVLJENJA PACIENTA Z RAKOM PROSTATE IN NAJPOGOSTEJŠI PROBLEMI ZDRAVSTVENE NEGE	9
2.6.1 Urinska inkontinenca	10
2.6.2 Erektivna disfunkcija	12
3 EMPIRIČNI DEL.....	16
3.1 NAMEN IN CILJ RAZISKOVANJA.....	16
3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....	16
3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	17
3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov	17
3.3.2 Opis merskega instrumenta	17
3.3.3 Opis vzorca.....	18
3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov	20
3.4 REZULTATI.....	21
3.4.1 Odgovori na raziskovalna vprašanja	35
3.5 RAZPRAVA	40
4 ZAKLJUČEK	44
5 LITERATURA	45
6 PRILOGE	50
6.1 INSTRUMENT- ANKETNI VPRAŠALNIK	

KAZALO SLIK

Slika 1: Starost anketirancev	18
Slika 2: Izobrazba anketirancev	19
Slika 3: Status anketirancev (zaposlen / upokojenec)	19
Slika 4: Status anketirancev (poročen / samski / vdovec / zunajzakonska zveza)	20
Slika 5: Lastna ocena zdravja anketirancev	21
Slika 6: Vpliv bolečine na anketirančevo normalno delo	22
Slika 7: Počutje anketiranca	23
Slika 8: Ocena energijskega stanja anketiranca	23
Slika 9: Počutje anketiranca	24
Slika 10: V kolikšni meri telesno in čustveno zdravje vpliva na družbene aktivnosti anketiranca?	24
Slika 11: Kako pogosto v zadnjem mesecu ste imeli težave z uhajanjem urina?	25
Slika 12: Nadzor nad uriniranjem	26
Slika 13: Koliko pleničk oz. podlog porabite na dan?	27
Slika 14: Težave pri uhajanju in kapljanju urina	27
Slika 15: Ocena težav z uriniranjem	29
Slika 17: Sposobnost imeti erekcijo anketiranca v zadnjem mesecu	30
Slika 18: Sposobnost doseči orgazem v zadnjem mesecu anketiranca	30
Slika 19: Opis kakovosti erekcije anketiranca	31
Slika 20: Opis erekcije anketiranca	32
Slika 21: Pogostost spolnih odnosov anketiranca	32
Slika 22: Ocena spolne sposobnosti anketiranca	33
Slika 23: Kako veliko težavo vam predstavlja vaša spolna funkcija?	33
Slika 24: Kolikokrat se bili depresivni v zadnjem mesecu?	34
Slika 25: Kolikokrat ste občutili pomanjkanje energije?	34
Slika 26: Zadovoljstvo anketiranca z obravnavo	35

KAZALO TABEL

Tabela 1: V kolikšni meri vas vaše zdravstveno stanje omejuje pri dejavnostih?	21
Tabela 2: Težave pri uriniranju (uhajanje, prisotnost krvi v urinu, bolečina, pekoč občutek)	26
Tabela 3: Težave z uriniranjem (kapljanje, uhajanje, bolečina, pekoč občutek, kri v urinu, šibak curek, nepopolno izpraznjenje, nočno zbujanje, pogosto uriniranje)	28
Tabela 4: Spolne želje, erekcija, sposobnost doseči orgazem anketiranca	31
Tabela 5: Pacientovo čustveno in socialno življenje	37

Tabela 6: Težave anketirancev po LRP glede na tip inkontinence in erektilne disfunkcije med upokojenec/ zaposlen	38
Tabela 7: Čustvene težave po LRP med anketiranci, ki so v stalni partnerski zvezi in tistimi, ki niso.....	40

1 UVOD

Rak je bolezen, ki globoko poseže v življenje obolelih in njihovih svojcev. Depresivnost, pomanjkanje volje, tesnoba, občutja brezizhodnosti, opuščanje socialnih stikov, siromašenje komunikacije in spremenjena samopodoba – vse to so spremljevalci telesne bolezni. Včasih prav ti, še bolj kot bolezen sama, povečujejo pacientovo trpljenje, ki ga nikoli ne smemo razumeti kot neizogibno posledico raka. Za večino ljudi ima že sama beseda rak zastrašujoč pomen. Prav tako je pri večini še vedno globoko zakoreninjena predstava o raku kot neozdravljivi bolezni z nepredvidljivim potekom in neizogibnim usodnim izidom – bolezen, za katero je značilno trpljenje, bolečina in smrt. Zato ne preseneča moč čustvenih odgovorov in številne spremembe v duševnosti, s katerimi se že ob sumu na maligno bolezen odzivata pacient in njegova družina (Snoj, 2009, str. 194).

Karcinom prostate je najpogostejši rak pri moških v ZDA in drugi najpogostejši v Evropi, tudi v Sloveniji. Incidenca raka prostate pri nas in v svetu raste, deloma zaradi staranja populacije, predvsem pa zaradi zgodnje diagnostike raka s PSA testom (Kragelj, Borštnar, Sedmak, 2009, str. 347).

Zbolevnost in umrljivost za rakom prostate sta po svetu zelo različni. Po ocenah Ameriškega društva proti raku (American Cancer Society) je leta 2007 za rakom prostate v svetu zbolelo 782.000 moških, umrlo pa 254.000. Tri četrtine novih primerov je iz ekonomsko razvitejših svetovnih področij. Ocenjena starostno standardizirana incidenčna stopnja raka prostate je bila leta 2007 največja v ZDA, predvsem med črnci, v Kanadi, v Švici in v Avstriji, najmanjša pa na Kitajskem in v Indiji. V raziskavah priseljencev iz držav z majhnim tveganjem v področja z velikim, se je izkazalo, da se ogroženost kmalu poveča, kar razlagajo z vlogo okolja v etiologiji tega raka, predvsem različni prehrani. V ZDA se umrljivost med belci do 85. leta starosti zmanjšuje; to razlagajo predvsem z manjšim odstotkom razsejane bolezni ob diagnozi (Primic Žakelj, Zadnik, 2009).

Čufer (2009, str. 196) navaja, da rak prostate postaja vedno pogosteje odkriti rak pri moških. Incidenca bolezni se po svetu in pri nas strmo povečuje. Medtem ko je bila leta

1990 starostno standardizirana incidenčna stopnja v Sloveniji 32,5/100.000, je bila leta 2005 že 84,8/100.000. Mnoge evropske države, še zlasti pa ZDA, imajo še veliko večjo incidenčno stopnjo tega raka. Umrljivost za rakom prostate je v Sloveniji precej večja kot v Evropi.

Več kot polovica bolnikov zboli v starosti 50–74 let, v zadnjem obdobju skoraj tri četrtine, delež starih 75 let in več se je sicer v zadnjem obdobju v primerjavi s prvim zmanjšal za 13 %, vendar v absolutnih številkah to še vedno pomeni v tej starosti skoraj polovico več novih primerov kot v letih 1991–1995; število bolnikov v starosti 50–74 let se je povečalo za trikrat (s 792 na 2581 novih primerov raka v letih 2001–2005). Rak prostate je pred 50. letom starosti izjemno redka bolezen (Primic Žakelj, Zadnik, 2009, str. 188).

2 TEORETIČNI DEL

2.1 PROSTATA

Prostata ali žleza obsečnica je sekundarni moški spolni organ. Pri prostati lahko makroskopsko opazimo tri ali štiri lobuse: stranska dva in srednjega, včasih tudi zgornjega. Po McNealu pa delimo prostato v žlezne cone: periferno, centralno, prehodno in anteriorno fibromuskularno, ki nima žleznega tkiva. Ob spodnjem delu mehurja in spodnjem stranskem robu prostate iznad kapsule poteka snop simpatičnih in parasimpatičnih vlaken skupaj z žilami, ki potekajo proti vrhu žleze in vstopajo ob sečnici v brecila. Omogočajo erekcijo in delno tudi kontinenco. Da se ohranita obe funkciji, je treba pri odstranitvi žleze ohraniti vsaj en snop. Prostata izloča semensko tekočino, ki prenaša spermije, ohranja njihovo vitalnost, gibljivost in jih ščiti. V ejakulatu je 15–30 % tekočine iz prostate, 50 % pa prispevajo semenski mešički (Kmetec et al., 2010, str. 8–12).

Prostato obdaja ovojnica ali kapsula, med žleznimi strukturami se prepletajo gladka mišična vlakna, ki so pod vplivom simpatičnega živčnega sistema. Do 40. ali 50. leta sestavlja mišično tkivo skoraj tretjino žleze. Gladke mišice prostate delujejo kot dinamična komponenta, ki lahko povzroča zaporo spodnjih sečil. V odrasli dobi žleza obdrži svojo velikost, ker sta celična rast in smrt (apoptoza) v ravnotežju. Z leti se ravnotežje poruši, žlezne celice rastejo hitreje, predvsem v prehodni coni, kjer je najmanj žleznega tkiva. Tako lahko zraste adenom, ki odriva normalno tkivo na obrobje, istočasno pa pritiska in zožuje sečnico. Tako je poleg dinamičnosti v kasnejših letih prisotna še mehanična komponenta zapore (ibid., str. 13).

2.1.1 Prostatični specifični antigen (PSA)

Leta 1979 so izolirali antigen iz prostatičnega tkiva. Poimenovali so ga prostatični specifični antigen (PSA). Našli so ga v normalnem tkivu prostate, tkivu benigne hiperplazije prostate in rakavem tkivu prostate. Rak prostate najpomembneje vpliva na koncentracijo PSA v serumu, ni pa edini vzrok zvečane koncentracije PSA. Koncentracija PSA se lahko poveča zaradi benigno povečane prostate, raka, vnetja ali

biopsije prostate. PSA je torej značilen za bolezn prostate in ni specifičen le za rakasto bolezen (Sedmak, 2008, str. 8).

2.2 DEJAVNIKI TVEGANJA ZA RAKA PROSTATE

Kljub številnim epidemiološkim raziskavam še vedno premalo vemo o etiologiji raka prostate. Starost in družinska obremenitev sta najzanesljivejša nevarnostna dejavnika. Številne epidemiološke raziskave so pokazale, da so za rakom prostate bolj ogroženi sorodniki pacientov, še zlasti, če so moški zboleli mlajši. V številnih raziskavah iščejo gene, ki so odgovorni za dedno obremenitev. V preventivi raka prostate je najpomembnejši zdrav življenjski slog z vzdrževanjem normalne telesne teže, z zdravo prehrano in telesno dejavnostjo (Primic Žakelj, Zadnik, 2009, str.10).

2.2.1 Znaki bolezni

Pacienti so pri začetni (omejeni) obliki raka navadno brez težav. Težave z uriniranjem oziroma simptomatika spodnjega urinarnega trakta, ki se sicer lahko pojavi pri napredovanih karcinomih, je pri začetnih tumorjih praviloma posledica hipertrofije prostate (Kragelj et al., 2009, str. 347).

Rak prostate povzroči motnje pri uriniranju le v napredovanem stadiju. Curek seča postane šibak, pacient pogosto urinira, z napredovanjem bolezni pa lahko nastane nenadna ali pa kronična zapora seča. Pacient ima lahko simptome uremije. Krvavitev iz sečil je pri raku prostate redka. Zaradi zasevkov ima pacient lahko bolečine v kosteh, anemijo in limfedem (Sedmak, 2008, str. 8).

2.3 DIAGNOSTIČNE PREISKAVE RAKA PROSTATE

Najpomembnejše metode za diagnostiko raka prostate so digitorektalni pregled, določanje koncentracije PSA v serumu in transrektalna ultrazvočna preiskava prostate (TRUZ). Za dokončno diagnozo sta vedno potrebna biopsija in histopatološki pregled tkiva (Kojima, Babaian, 1995, Elies et al., 1994 povz. po Sedmak, 2008, str. 8).

Presejanje s PSA testiranjem lahko odkrije raka prostate v starejših asimptomatskih fazah, ko je zdravljenje po navadi dovolj učinkovito (Chou et al., 2011).

2.4 OBLIKE ZDRAVLJENJA RAKA PROSTATE

Diagnoza karcinoma, ko je ta še omejen na prostato oziroma t. i. lokaliziran karcinom prostate sicer nudi možnost ozdravitve, obenem pa izpostavlja paciente, pri katerih je naravni potek bolezni počasen, nevarnosti pretiranega zdravljenja. Zdravljenje pacientov z lokaliziranim karcinomom prostate je lahko kirurško (prostatektomija), obsevalno, hormonsko, s kombinacijo naštetih metod ali pa bolnike samo spremljamo. Le prostatektomija in obsevanje nudita možnost ozdravitve. O razširjenem raku prostate govorimo, ko je ta razširjen na druge organske sisteme. Najpogostejši so zasevki v kosteh (Kragelj et al., 2009, str. 350-2).

2.4.1 Radikalna prostatektomija

Radikalna prostatektomija je kirurško zdravljenje raka prostate pri lokalizirani bolezni, ki vključuje odstranitev celotne žleze prostate med sečnico in sečnim mehurjem in odstranitev obeh semenskih mešičkov, skupaj z dovolj okolice, da se dosežejo čisti resekcijski robovi. Pogosto ta postopek vključuje tudi odstranitev obojestranskih medeničnih bezgavk (Droz et al., 2010).

Ohranitev živčno-žilnega pleteža in s tem erektilne funkcije je možna pri tumorjih v stadiju T1 in T2. Izvedba prostatektomije je možna z običajnim retropubičnim in perinealnim pristopom ali pa laparoskopsko. Odločitev o načinu operacije je odvisna od tehničnih možnosti in izkušenj operaterja. Najpogostejši pozni zapleti po radikalni prostatektomiji so erekтивna disfunkcija, urinarna inkontinenca in zožitve na vratu mehurja na mestu anastomoze (Kmetec, 2008, str. 14- 5).

2.4.2 Radikalno obsevanje

Obsevanje lahko poteka kot zunanje obsevanje (EBRT- External Beam Radiation Therapy), notranje obsevanje oz. brahiradioterapija (BT) ali kombinacija EBRT in BT. BT se lahko izvede s trajnimi vsadki paladija ali joda ali kot kratkotrajno obsevanje z visokoaktivnim iridijem. Pri pacientih z majhno verjetnostjo razširitve v področne bezgavke je obsevanje lahko omejeno na prostato in semenske mešičke, pri drugih pacientih obsevamo tudi področne bezgavke. Pogoji za uspeh je obsevanje prostate z

visoko dozo. Ta izrazito presega toleranco sosednjih organov: sečnika in danke, zato mora biti obsevanje zelo natančno (Kragelj et al., 2009, str. 350-1).

2.4.3 Hormonsko zdravljenje raka prostate

Huggins in Hodges sta leta 1941 odkrila, da je rak prostate hormonsko odvisen, saj moški spolni hormoni pospešujejo rast in zasevanje celic raka prostate. Moški spolni hormoni nastajajo predvsem v modih (90–95 %) le manjša količina pa v nadledvičnih žlezah. Če celicam prostate odtegnemo moške spolne hormone, odmrejo. Hormonsko zdravljenje raka prostate je indicirano predvsem pri napredovani bolezni. Izboljša kakovost življenja, ni pa še dokazano, da lahko podaljša preživetje pacienta. Vpliva na rakavo tkivo v prostati in na metastaze po vsem telesu. Z zmanjšanjem prostate se predvsem zmanjšajo težave pri uriniranju. Zaradi vpliva na metastaze, ki so najpogostejše v kosteh, se zmanjšajo bolečine v skeletu in pogostost patoloških zlomov (Sedmak, 2008, str. 23).

2.5 RADIKALNA PROSTATEKTOMIJA

Leta 1945 je Millin prvič opisal transabdominalen in retroperinealen pristop pri operaciji prostate. Ta pristop je bil uporabljen pri opravljanju navadne prostatektomije. Od leta 1949 se uporablja isti pristop Memmelaar za izvajanje retroperitonealne radikalne prostatektomije. Sprva je bil postopek zelo zapleten in pojavljale so se komplikacije po operaciji, kot so impotenca, inkontinenca in močne krvavitve. V zadnjih nekaj desetletjih se je z izboljšavo kirurških tehnik pojavilo nekaj pomembnih sprememb v tehniki retroperitonealne radikalne prostatektomije. Izkušeni kirurgi lahko dosežejo popolno resekcijo prostate, hkrati pa ohranijo kontinenco urina in spolno funkcijo pri večini moških, ki imajo klinično lokaliziranega raka prostate (Fu, Moul, Sun, 2011).

Radikalno retropubično prostatektomijo, ki se izvaja z odprtimi rezi, v zadnjem času vedno bolj zamenjuje manj invazivna laparoskopjska radikalna prostatektomija (LRP), ki postaja zlati standard v kirurškem pristopu pri klinično lokaliziranem raku prostate v ZDA in se vedno več uporablja tudi v Evropi in ostalih delih sveta (Ficarra et al., 2009, Coelho et al., 2010, Kang et al., 2010).

Zupančič (2009) v svojem članku navaja dve tehniki laparoskopske radikalne prostatektomije, in sicer transperitonealni pristop in ekstraperitonealni pristop. Transperitonealna tehnika se uporablja večinoma takrat, ko je potrebna tudi odstranitev regionalnih bezgavk.

2.5.1 Kriteriji za radikalno prostatektomijo

Droz s sod. (2010) navaja, da se radikalna prostatektomija lahko izvede pri moških z lokaliziranim rakom prostate in je pričakovana življenjska doba 10 let ali več. Cilj radikalne prostatektomije je izkoreniniti bolezen hkrati pa ohraniti kontinenco in potenco pacienta.

Poseg je indiciran predvsem pri T1-T2, NO, MO stadiju in PSA izpod 20 ng/ml ter starosti izpod 75 let (Parać, 2009, str. 69).

Za določitev stadija uporabljamo TNM klasifikacijo, kjer T pomeni velikost tumorja, N stanje regionalnih bezgavk: N0 brez zasevkov, N1 do N3 zasevki in M označuje odsotnost ali prisotnost zasevkov v oddaljenih organih (Jančar, 2009, str. 124).

Pacienta, primernega za kirurško zdravljenje, moramo oceniti, ali je sposoben za poseg, ne le na podlagi preiskav, ampak ocenjujemo tudi njegovo splošno stanje po Karnofskyjevi lestvici ali po lestvici WHO/ ECOG (Kmetec, 2008, str. 14).

2.5.2 Možni zapleti po radikalni prostatektomiji (RP)

Joslyn in Konety (2006) v svojem članku navajata incidenco najpogostejših postoperativnih zapletov po RP, to so: večje krvavitve (1,0–11,5 %), poškodbe danke (0–5,4%), fistule mehurja (0,3–15,4 %), globoka venska tromboza (0–8,3 %), pljučna embolija (0,8–7,7 %), limfocela (1,0–3,0 %), rahla stresna inkontinenca urina (4–50 %), srednja stresna inkontinenca urina (0–15,4 %), impotenca (29–100 %), obstrukcija vratu mehurja (0,5–14,6 %), obstrukcija uretre (0–0,7 %), striktura uretre (2–9 %) in smrt po operaciji (0–2,1 %).

2007 je National Cancer Institute v ZDA omogočil raziskavo, ki so jo opravili Weber, Roberts, Chumber, Mills in Algood s pomočjo vprašalnikov Stanford Inventory of

Cancer Patient Adjustment, Modified Inventory of Socially Supportive Behaviors, Uncertainty in Illness Scale in UCLA Prostate Cancer Index, ki ugotavljajo kakovost življenja pacienta po radikalni prostatektomiji. Raziskavo so izvedli z namenom ugotoviti pojavljanje urinske inkontinence, erektilne disfunkcije in črevesnih težav in kako le-te vplivajo na čustveno in psihično stanje pacienta po radikalni prostatektomiji. Vključenih je bilo 72 pacientov šest tednov po opravljeni operaciji, večinoma bele rase (83 %), povprečne starosti 60 let (od 47–74 let). Težave z urinsko inkontinenco je imelo 39,4 % vseh pacientov, od tega jih je bilo redno zaposlenih 56,3 % in jim je inkontinenca povzročala še večje težave. 15,1 % pacientov je imelo težave z erektilno disfunkcijo, 19,5 % težave s prebavo. Večinoma pacientov je bila poročenih (73,6 %) in je lažje prenašala vse težave, tako fizične, psihične in socialne, ker so imeli podporo družine. 75 % pacientov je poročalo o zaskrbljenosti glede bolezni, diagnoze in zdravljenja.

V Italiji je Gacci s sodelavci (2009) izvedel raziskavo po licenci BioMed centra iz Londona. Vključevala je paciente, ki so imeli opravljeno radikalno prostatektomijo od leta 1995 do leta 2002. V študijo je bilo vključenih 367 moških. Povprečna starost je bila 64,8 let. Osredotočili so se predvsem na težave z urinsko inkontinenco in težave pri spolni disfunkciji in kako le-te vplivajo na kakovost življenja pacienta. Dobljeni rezultati so pokazali, da so lahko težave po tipu urinske inkontinence in erektilne disfunkcije povezane tudi s starostjo. Urinska inkontinenca in erektilna disfunkcija se po operaciji pojavljata v manjši obliki pri mlajših moških. Pri starejših moških se pojavljata bolj pogosto, vendar je za njih manj moteča, kot pri mlajših. V študiji pridobljeni rezultati so tudi pokazali, da pacienti po več letih dobro obvladovanega raka prostate veliko težje prenašajo urinsko inkontinenco kot erektilno disfunkcijo.

V splošni bolnišnici Slovenj Gradec na oddelku za urologijo je bila leta 2009 opravljena raziskava pri pacientih po radikalni prostatektomiji na podlagi anketnega vprašalnika. Analiza inkontinence, impotence in potrebe po dodatnem zdravljenju je bila narejena na podlagi 296 anketiranih pacientov. 21 % pacientov je bilo popolnoma inkontinentnih ob odpustu, 18 % po enem mesecu, 11 % po šestih mesecih in 5 % v enem letu. Od 26 %, ki so navajali inkontinenco še po dvanajstih mesecih, jih je zgolj občasno kapljanje

navedlo 35 %, blago inkontinenco 38 %, hudo inkontinenco pa 27 %. Na vprašanje koliko podlog dnevno uporabijo, jih je 6 % odgovorilo, da ne potrebujejo nobene, 48 % jih uporabi eno, 27 % dve do tri podloge in 19 % uporabi več kot tri podloge. Med pacienti, pri katerih je bila narejena operacija s poskusom ohranitve živčno žilnega snopa, je impotenco po dvanajstih mesecih navedlo 30 % pacientov. Med potentnimi je 62 % pacientov takoj po operaciji prejelo zdravilo za simulacijo erekcije. 47 % pacientov za normalno spolno aktivnost ne potrebuje zdravil, 21 % jih zdravilo uporabi občasno, 32 % pa vedno (Zupančič et al., 2009).

Priporočljivo je spremljanje pacienta prvo leto po operaciji vsake tri mesece, nato pa na pol leta. Nadzor pacienta je pomemben za zdravljenje možnih zgodnjih zapletov, kot so težave zaradi uhajanja seča in motnje erekcije, pozneje pa zaradi možnega ponovnega pojava bolezni. Pri približno 27–53 % pacientov se po radikalnem zdravljenju v desetih letih bolezen ponovi (Kmetec, 2008, str. 15).

2.6 KAKOVOST ŽIVLJENJA PACIENTA Z RAKOM PROSTATE IN NAJPOGOSTEJŠI PROBLEMI ZDRAVSTVENE NEGE

Prešern (2009) meni, da je temeljna filozofija zdravstvene nege z vidika kakovosti zagotoviti, da bo vsak pacient obravnavan tako, da bo čim prej neodvisen pri opravljanju svojih življenjskih aktivnosti. Pri tem mora biti obravnava sistematična, načrtovana, individualna in zadovoljene morajo biti vse njegove fizične, psihične, socialne in duhovne potrebe. Pri obravnavi pacienta po metodi procesa zdravstvene nege je nujno zmanjšati tveganja za dodatne poškodbe, obolenja ali poslabšanje fiziološkega stanja kot posledico izvajanja zdravstvene nege. Naš cilj je zagotoviti zadovoljstvo pacienta, povezovanje s svojci, medsebojno povezovanje članov negovalnega tima ter povezovanje z drugimi strokami.

Bolezen vedno prizadene človeka kot celoto, zato lahko le s celostno obravnavo zagotavljamo optimalne možnosti zdravljenja in rehabilitacije. Posledice čuti pacient tudi na drugih področjih svojega življenja. Na psihosocialnem področju posledice prizadenejo predvsem odnose, spremeni se odnos do sebe in do življenjskih vrednot. Spremembe pa niso omejene samo nanj, ampak prizadenejo in hudo obremenijo vse

družinske člane, zlasti otroke. Ker še vedno zdravimo raka in ne bolnika z rakom, so zdravstveni posegi v obdobju po zaključenem zdravljenju vedno redkejši in usmerjeni predvsem v iskanje ponovitve bolezni. Množice »ozdravljenec«, katerih življenje bo zmeraj na poseben način označeno s to boleznijo, potrebuje nekoga, ki bi se sistematično, proaktivno in multidisciplinarno ukvarjal s posledicami bolezni. Celostna rehabilitacija pomeni dinamičen, multidisciplinaren proces, ki naj bi potekal že od diagnoze naprej, prek faze zdravljenja in okrevanja do vrnitve v ožje in širše socialno okolje. Cilj zdravljenja in rehabilitacije je čim boljša kakovost življenja (Rozman, 2007, str. 134-5).

Pacienti z rakom se razlikujejo med seboj po značilnostih malignih obolenj in njenega zdravljenja, po psiholoških dejavnikih in socialnih okoliščinah; tako so tudi njihove potrebe pri rehabilitaciji različne. Celostna rehabilitacija: multidisciplinaren in multiprofesionalen pristop, zajema telesno, psihosocialno in poklicno rehabilitacijo (Rotovnik Kozjek et al., 2009, str. 184).

Oblak (2007) je mnenja, da je rak prostate kronična bolezen, ki jo le malokrat lahko popolnoma ozdravimo. Tudi po prvi uspešni radikalni operaciji, ko so vsi parametri, ki jih spremljamo ugodni, lahko bolezen čez nekaj let ponovno vzbrsti. Kot vse kronične bolezni še zlasti, če je bolezen maligna, ima rak prostate lahko izredno pomemben negativen vpliv na kakovost življenja. Do realne ocene kakovost življenja pacientov pridemo zaradi različnih vzrokov razmeroma težko. Poizkušamo lahko s pomočjo iskrenega pogovora in posebnih vprašalnikov, ki jih pridobimo od pacienta, zdravnika, medicinske sestre in negovalnega osebja ali sorodnikov.

Urinska inkontinenca in erekтивna disfunkcija sta najpogostejši in neželeni komplikaciji laparoskopske radikalne prostatektomije. Ti dve težavi različno vplivata na kakovost življenja pacienta (Gacci et al., 2009).

2.6.1 Urinska inkontinenca

»Starost, okužbe in simptomi spodnjih sečil, funkcijska in kognitivna prizadetost, nevrolška obolenja in radikalna prostatektomija so pri moških stanja, ki so

najpogosteje dejavnik tveganja za urinsko inkontinenco ali pa imajo za posledico kakšno drugo obliko disfunkcije mišic medeničnega dna« (Hunskaar et al., 2005 cit. po Bizilj, Šćepanović, 2007, str. 85).

Hlebš (2008) opisuje, da je urinska inkontinenca nehoteno uhajanje urina, ki osebi povzroča socialni in higienski problem. Z njo so povezani tudi nastanek stresa in depresije, socialna izolacija, stigmatizacija, osamljenost in slabše splošno počutje, zmanjšana samozavest, neodvisnost in delovna učinkovitost posameznika. Pogosto je lahko glavna ovira za učinkovito obravnavo urinske inkontinence pomanjkanje komunikacije med prizadetimi osebami in zdravstvenimi delavci ter nezadostna ozaveščenost zdravstvenih delavcev o problematiki urinske inkontinence.

Negovalna diagnoza:

Urinska inkontinenca zaradi kirurškega posega, ki se kaže s kontinuiranim iztekanjem urina v nepredvidenih časovnih obdobjih, brez napetosti sečnega mehurja in krčev (Gordon, 2006).

Možni kolaborativni problemi zaradi urinske inkontinence po Gordonovi (2006)

- Nevarnost infekcije splovil zaradi urinske inkontinence
- Nevarnost za nezmožnost telesnih aktivnosti zaradi urinske inkontinence
- Nevarnost socialne izolacije zaradi urinske inkontinence
- Nevarnost za nemoč zaradi nizke ali nestabilne predstave o lastni telesni podobi
- Nevarnost za nizko samospoštovanje zaradi urinske inkontinence

Zdravstvena nega pacienta z urinsko inkontinenco zahteva individualen pristop k pacientovim težavam, s čimer dosežemo boljše pacientovo počutje, kakovostnejše življenje in tudi kakovostnejšo zdravstveno nego. V zdravstveni negi inkontinentnega pacienta so pomembni načini reševanja problema in ustrezna komunikacija med medicinsko sestro in pacientom. Nekateri lažje sprejemajo pogovor na strokovni ravni, drugi pa na ravni domačih izrazov. Predvsem dobra komunikacija je ključ do pravilne opredelitve problema. Redno izvajanje t. i. Keglovih vaj za krepitev mišic medeničnega

dna omogoča večjo kontrolo mokrenja, kar pomembno vpliva na samozavest pacienta in izboljša kakovost življenja nasploh (Kodela, 2008 povz. po Intihar, 2010).

Trening mišic medeničnega dna je učinkovita metoda za zdravljenje urinske inkontinence brez stranskih učinkov, zato bi morala biti izbrana kot prva oblika zdravljenja (Ščepanović, 2003).

Za uspeh obravnave pacienta z urinsko inkontinenco je nujna celostna obravnava. Cilj ni samo spopadati se s posledicami, ampak predvsem spremeniti stanje. Priporočila mednarodnega posveta o inkontinenci iz leta 2005 navajajo, da mora biti oseba z urinsko inkontinenco najprej vključena v začetno obravnavo, ki obsega konservativno in medikamentozno zdravljenje. Če konservativno zdravljenje ni uspešno, zdravnik specialist odredi specialistično obravnavo, najpogosteje operativno zdravljenje. Konservativna obravnava je odvisna od tega, kateri simptomi urinske inkontinence prevladujejo in vključuje postopke za spodbujanje zdravega življenjskega sloga oz. svetovanje o spremembah načina življenja (npr. uživanje določenih količin tekočin v določenih odmerkih, opustitev kajenja, pomen telesne teže, telesne aktivnosti, primerna telesna teža), trening mišic medeničnega dna (biološka povratna zveza, električna stimulacija, magnetna simulacija, trening sečnega mehurja, pripomočki za nego kože, pripomočki za prestrezanje ali zbiranje urina ter ureditev življenjskega okolja (Ščepanović, Kacin, 2007 povz. po Hlebš, 2008).

Ob uhajanju seča, kadar le-to ni obilno, si pacienti pomagajo s podlogami, kadar je bolj izrazito, lahko to stanje zdravimo z injiciranjem posebnih substanc ali balončkov v predel zunanjega sfinktra sečnice. Ob težji inkontinenci se odločamo največkrat za implantacijo umetnega uretralnega sfinktra (Oblak, 2007, str. 156).

2.6.2 Erektivna disfunkcija

Spolna disfunkcija (funkcijska motnja) je negovalna diagnoza, ki jo je sprejela NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) leta 1992 in jo opredelila kot: "Stanje, v katerem posameznik doživlja ali je v nevarnosti, da doživi spremembo

spolnega zdravja, ki jo presodi kot zelo neugodno in neustrezno." (Carpetino, 1997 cit. po Skoberne, 2004, str. 120).

Spolnost je zelo občutljivo področje, kjer imajo osebne vrednote močan vpliv in kjer pogosto nastajajo konflikti glede vloge zdravstvene nege. Zaradi njene povezave z diskretnostjo, zasebnostjo, osebnimi in moralnimi načeli ter posameznikovo identiteto in predstavo o samem sebi je potrebno ukrepati previdno in, če je le mogoče, s pacientovim dovoljenjem. Ni dovolj, da obvladamo teorijo, temveč tudi sposobnost, da reflektiramo vsakodnevno prakso v skladu s pacientovimi čustvi in potrebami. Negovalna literatura do leta 1970 vsebuje zelo malo informacij o spolnosti. S holističnim pristopom v zdravstveni negi pa je porasla zavest, da je pacientovo spolnost potrebno obravnavati v okviru celotne pomoči pacientu (Skoberne, 2004, str. 40).

Seksualna neuspešnost ni samo problem posameznika, ampak se vedno odraža tudi na partnerskem oziroma zakonskem odnosu in na življenje družine v celoti, tako dobimo pravi uvid, koliko oseb je vključenih v obstoj teh motenj. Še posebej je treba poudariti dejstvo, da se seksualno disfunkcionalno vedenje doživlja zelo boleče, ogroža doživljanje sreče in zadovoljstva ter pomembno vpliva na kakovost življenja takih ljudi. Negativno vpliva na vse vidike življenja in delovanje (Erić, 2011, str. 60).

Ljubezen in partnerstvo sta pomembni vrednoti v človekovem življenju poleg intimnosti, ki je bistvenega pomena za ohranjanje kakovostne ljubezenske zveze. Z odkritostjo, bližino in komunikacijo se krepi vez med partnerjema. Spolna želja je v partnerstvu zelo spremenljiva; odvisna je od trajanja zveze, starosti partnerjev in spola. Težave s spolno željo lahko nastopijo med boleznijo in v različnih življenjskih obdobjih (Rozman, 2009, str. 129).

Negovalni diagnozi:

Seksualna disfunkcija zaradi spremenjene funkcije telesa, ki se kaže z verbalnim poročanjem o nesposobnosti doseganja zaželene seksualne zadovoljitve.

Neučinkoviti vzorci seksualnega vedenja zaradi bolezni oz. zdravstvene obravnave, ki se kažejo z verbalnim poročanjem osebe o težavah, omejitvah ali spremembah v seksualnem življenju oz. aktivnostih (Gordon, 2006).

Možni kolaborativni problemi zaradi erektilne disfunkcije po Gordonovi (2006)

- Nevarnost anksioznosti zaradi težav s partnerjem v zvezi z erektilno disfunkcijo
- Nevarnost depresije zaradi spremembe v seksualnih aktivnostih
- Nevarnost nizkega samospoštovanja zaradi erektilne disfunkcije
- Nevarnost socialne izolacije zaradi občutka, da ne more nikoli izpolniti pričakovanj drugih
- Nevarnost za motene družinske procese zaradi težav v intimnih odnosih

Spolna funkcija je pri pacientih z zunanjim obsevanjem prostate manj prizadeta, kot pri pacientih po radikalni prostatektomiji. Pri 50 % pacientih je ohranjena potencia z bolj ali manj izraženimi motnjami v erekciji. Ugotovljeno je, da se pri obsevanih pacientih spolna funkcija kasneje slabša. Kakovost življenja pacientov je zato slabša, vendar je odvisna od starosti pacienta in od pomena, ki jo predstavlja okrnjena spolna funkcija zanj. Čeprav je spolnost še vedno tabu tema, kar je nekako obrobnega pomena, kadar gre za radikalno zdravljenje raka prostate, je odkrit pogovor zdravnika s pacientom nujen, da se lahko izoblikuje stališče, ki ga ima pacient o erektilni disfunkciji. Seznanjen naj bo o možnostih napotitve k specialistu urologu, ki se ukvarja z motnjami spolne funkcije (Petrijevčanin, Šegš, 2007, str. 187).

Medicinska sestra pri pacientu z rakom prostate lahko sama opazi težave, ali pa jih pacient sam navede v anamnezi, ki so lahko posledica bolezni ali pa samega zdravljenja. Pri pacientu z rakom prostate bo lahko opazila inkontinenco, brezvoljnost, utrujenost, proktitis, cistitis, izgubo mišične mase, bolečino in številne druge težave. Tudi erektilne disfunkcije ne sme spregledati, saj je bistvenega pomena, da zna prepoznati in načrtovati svoje delo s pacientom individualno (Bernot, 2007, str. 168-9).

Rak po navadi nepričakovano vstopi v življenje posameznika in njegove družine ter globoko poseže na vse ravni njegovega življenja. Zato lahko optimalne možnosti

zdravljenja in rehabilitacije zagotavljamo le s celostno obravnavo, in sicer že od diagnostične faze, preko vseh faz zdravljenja in okrevanja, do vrnitve v širše socialno okolje. Nekateri pacienti lahko ob prvem srečanju z rakom zelo hitro razumejo, kaj se dogaja v zvezi z boleznijo in zdravljenjem; čustveno dožemanje novega položaja pa je dolgotrajen in postopen proces. Kako se bo posameznik prilagodil na bolezen in spremembe, ki jih prinašajo posledice bolezni in njenega zdravljenja, je odvisna od številnih dejavnikov (Škufca Smrdel, 2007, str. 49).

Pacient ima pravico do aktivnega sodelovanja v procesu zdravljenja in zdravstvene nege. Uporabniki zdravstvenih storitev so vedno bolj ozaveščeni, zavedajo se svojih pravic in želijo biti aktivni udeleženci v svoji zdravstveni obravnavi. Medicinske sestre se morajo približati pacientu v psihosocialnem smislu in ne samo kot dobre izvajalke medicinsko tehničnih posegov. Za kakovostno zdravstveno vzgojno delo in izobraževanje pacientov morajo medicinske sestre imeti dovolj znanja in izoblikovane komunikacijske spretnosti za delo s pacienti. Za kakovostno izvedbo zdravstveno vzgojnega dela sta pomembna tudi čas in prostor. Zdravstveno osebje, ki dela s pacientom, mora biti strokovno izobraženo s področja, na katerem dela, poleg tega mora imeti dodatno pridobljena znanja s področja podajanja in prenosa informacij ter tehnik in veščin komuniciranja in edukacije, kajti če bo pacient dobival nasprotno informacije, bo podvomil o našem delu in informacijah (Marces, 2003, Mlakar Mastnak et al., 2006, Skela Savič, 2003 povz. po Skela Savič, 2007, str. 9).

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJ RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je bil oceniti kakovost življenja moških po laparoskopski radikalni prostatektomiji (LRP). Rezultate, pridobljene v raziskovalnem delu, smo primerjali s tremi že opravljenimi raziskavami, ki so bile izvedene v Splošni bolnišnici Slovenj Gradec (2009) na oddelku za urologijo, v ZDA (2007) in v Italiji (2009) po licenci BioMed centra iz Londona.

Z raziskavo smo želeli ugotoviti kakovost življenja in najpogostejše težave moških po laparoskopski radikalni prostatektomiji in pomenu le-te na njihovo življenje in delo.

Cilji:

1. Raziskati pojavljanje urinske inkontinence pri pacientih po LRP.
2. Raziskati pojavljanje erektilne disfunkcije po LRP.
3. Raziskati, ali obstajajo spremembe v pacientovem čustvenem in socialnem življenju po LRP.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

1. V kolikšni meri se po LRP pojavlja urinska inkontinenca in kakšen pomen ima za kakovost življenja pacienta?
2. V kolikšni meri se po LRP pojavlja erektilna disfunkcija in kakšen pomen ima za kakovost življenja pacienta?
3. V kolikšni meri LRP oblikuje pacientovo čustveno in socialno življenje?
4. Kakšne so razlike v težavah glede na tip inkontinence in erektilne disfunkcije med pacienti, ki imajo status zaposlen / upokojenec?
5. Kakšne so razlike glede na čustvene težave po LRP med pacienti, ki so v stalni partnerski zvezi in tistimi, ki niso?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Pri pisanju teoretičnega dela smo uporabili metodo pregleda obstoječe strokovne literature in člankov, učbenikov, knjig, diplomskih nalog in internetnih virov v slovenskem in angleškem jeziku. Iskanje virov je potekalo v podatkovnih bazah Cobiss, Cinahl, PubMed, Springer link, EBSCOhost. Literaturo smo pridobili tudi v knjižnici Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice in na strokovnem oddelku knjižnice Antona Tomaža Linhart v Radovljici. Pri iskanju literature smo uporabili ključne besede: prostatektomija, rak prostate, prostata, kvaliteta življenja po prostatektomiji, nega urološkega pacienta, urinska inkontinenca, erekтивna disfunkcija, spolnost, nega onkološkega pacienta. Pregled literature je potekal od avgusta 2012 do decembra 2012. Iskanje literature smo omejili na obdobje od leta 2002 do leta 2012.

Empirični del diplomske naloge temelji na empirični kvantitativni metodologiji. Za izvedbo raziskave smo uporabili metodo anketiranja v obliki pisnega vprašalnika, ki smo ga oblikovali glede na namen in cilje diplomske naloge.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

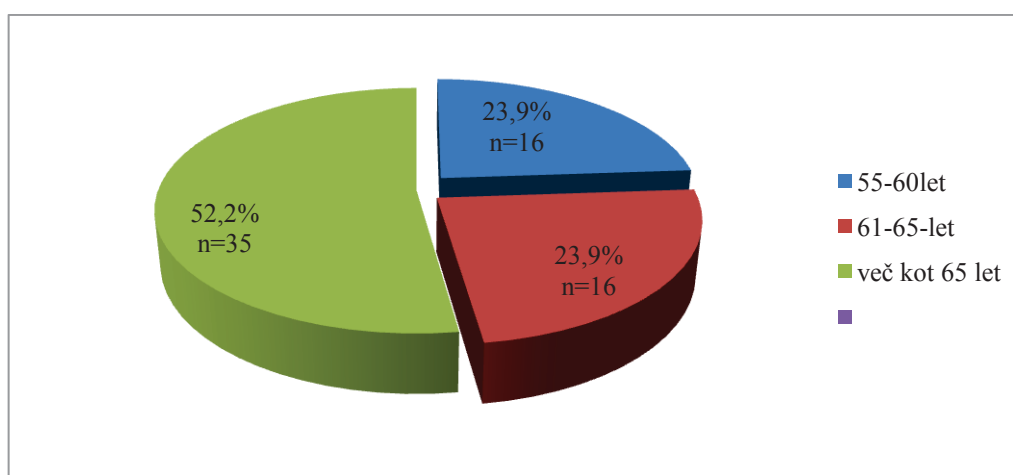
Za oceno kakovosti življenja moških po laparoskopski radikalni prostatektomiji smo oblikovali strukturiran vprašalnik, ki je imel 27 vprašanj, od tega 21 zaprtega tipa in 6 vprašanj odprtega tipa, kjer so se pacienti lahko odločali med že podanimi odgovori. Prvi del vprašalnika je bil sestavljen iz socialno-demografskih podatkov (starost, izobrazba, status, stan) pacientov. Drugi del vprašalnika smo sestavili s pomočjo že obstoječega vprašalnika The expended prostate cancer index composite Univerze iz Michigana (Wei et al., 2002), kjer so vprašanja že sestavljena po sklopih glede najpogostejših težav pri pacientih po LRP.

Zanesljivost merskega instrumenta smo preverili s Cronbachovim koeficientom alfa v programskem paketu SPSS/PASW 18.0. Notranja konsistentnost anketirancev, zanesljivost vprašalnika ter primernost merske lestvice je bila opravljena pri vprašanju številka 17, kjer anketiranca sprašujemo po mnenju, kateri so tisti dejavniki, povezani z

urinsko inkontinenco, ki mu povzročajo težave. Intenziteta težave z vsakim od naštetih dejavnikov je merjena na 5 stopenjski Likertovi lestvici (0 = ni težava, 1 = zelo majhna težava, 2 = majhna težava, 3 = srednja težava, 4 = velika težava). Koeficient Cronbach alfa je znašal 0,717, iz česar lahko sklepamo, da je bil postopek merjenja zanesljiv. Test zanesljivosti smo preverili tudi pri vprašanju 19. Pri tem vprašanju je Cronbach alfa znašal 0,74, iz česar (Cenčič, 2009) lahko sklepamo, da je bilo merjenje zanesljivo. Cronbach alfa oz. zanesljivost merske lestvice opravljamo na intervalnih merskih lestvicah. Za pravilnost testa moramo poskrbeti, da se le-ta izvede ne vprašanjih, ki merijo enak pojav, zato pri našem vprašalniku testiranje zanesljivosti na celotnem vprašalniku ne bi bilo smiselno, saj vprašanja merijo med drugim strinjanje, intenziteto težave, vpliv bolečine in druge občutke. Zato je bil za namen testiranja zanesljivosti merske lestvice, test opravljen le na dveh vprašanjih, in sicer pri vprašanju številka 17 in 19.

3.3.3 Opis vzorca

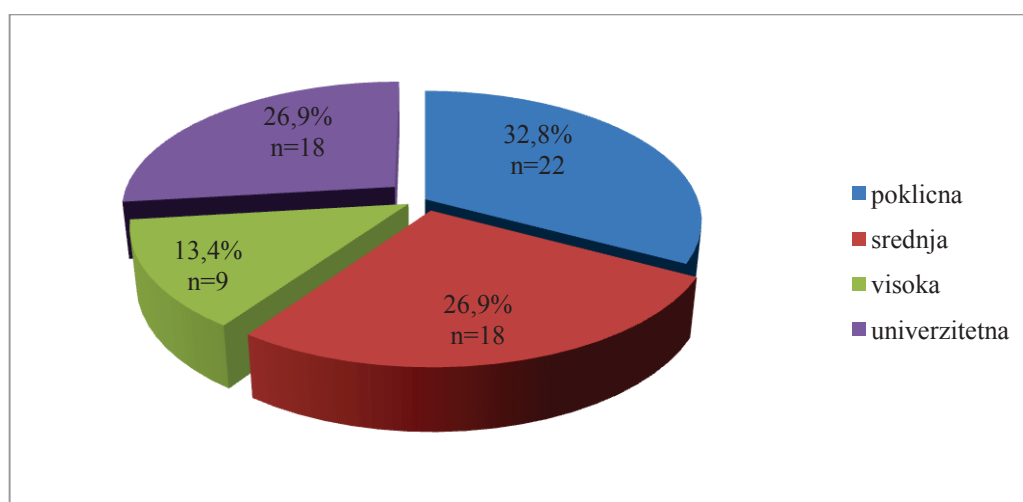
Vzorec anketirancev je bil namensko izbran. Zajeli smo paciente, ki redno prihajajo na kontrole po laparoskopski radikalni prostatektomiji v urološko ambulanto. Raziskovalni vzorec je zajel 67 anketirancev, od katerih je bilo 16 anketirancev (23,9 %) starih od 55–60 let, 16 anketirancev (23,9 %) od 61–65 let in 35 anketirancev (52,2 %) je bilo starejših od 65 let. Starostno strukturo vzorca prikazuje Slika 1.



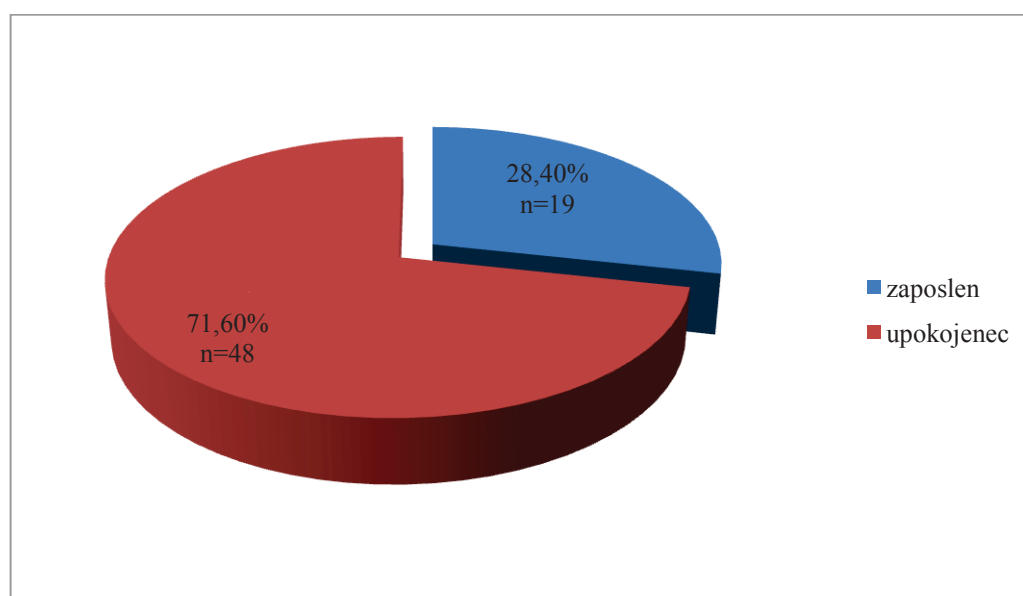
Slika 1: Starost anketirancev

Glede na izobrazbo je sodelovalo 22 (32,8 %) anketirancev s poklicno izobrazbo, 18 (26,9 %) s srednjo izobrazbo, 18 (26,9 %) z univerzitetno izobrazbo in 9 (13,4 %) z visoko izobrazbo. Pri anketirancih je bilo 19 (28,4 %) zaposlenih in 48 (71,6 %) upokojencev. Glede na stan je bilo 52 (77,6 %) poročenih, 4 (6 %) samski, 4 (6 %) vdovci in 7 (10,4 %) jih živi v zunajzakonski zvezi.

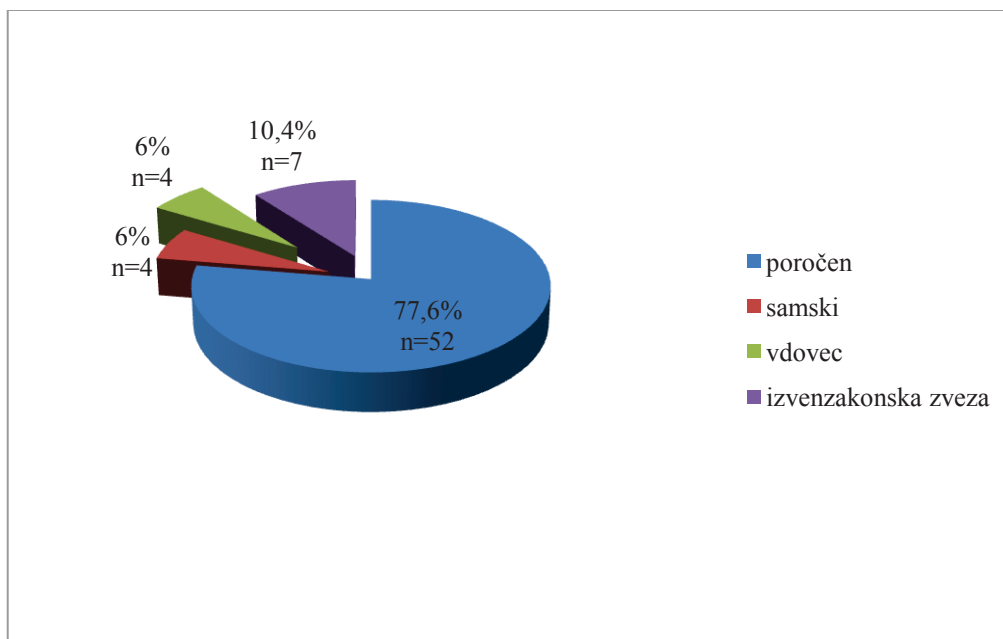
Raziskovalni vzorec smo prikazali na Slikah 2, 3 in 4.



Slika 2: Izobrazba anketirancev



Slika 3: Status anketirancev (zaposlen / upokojenec)



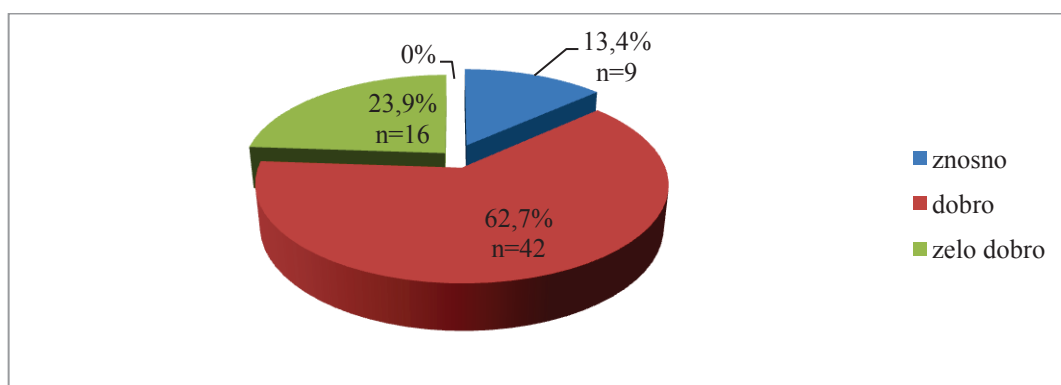
Slika 4: Status anketirancev (poročen / samski / vdovec / zunajzakonska zveza)

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Anketiranje smo izvedli po predhodni pridobitvi soglasja s strani delavne organizacije oz. ustanove, kjer je raziskava potekala. Anketiranje je potekalo od marca do julija 2013. Vprašalnik smo razdelili osebno. Pred razdelitvijo vprašalnika smo pridobili tudi ustno soglasje pacientov. Zaradi občutljive teme smo pazili na zasebnost in anonimnost pacientov in upoštevali Kodeks etike medicinskih sester zdravstvenih tehnikov. Podatki so bili uporabljeni le v namen diplomskega dela in so bili obdelani z računalniškim programom za statistično obdelavo podatkov SPSS 18.0. Pridobljene podatke in rezultate smo uredili in prikazali s pomočjo tabel in grafov, uporabili smo deskriptivno statistiko, T- test za neodvisna vzorca in korelacijsko analizo.

3.4 REZULTATI

Rezultati na Sliki 5 nam prikazujejo, da je 42 (62,7 %) anketirancev svoje zdravje po LRP ocenilo kot dobro, 16 (23,9 %) kot zelo dobro in 9 (13,4 %) anketirancev je ocenilo svoje zdravje kot znosno. Nihče od anketirancev pa ni ocenil svojega zdravja kot sijajno in tudi ne z oceno slabo.



Slika 5: Lastna ocena zdravja anketirancev

V Tabeli 1 je prikazano, da so anketiranci na vprašanje, v kolikšni meri jih njihova bolezen ovira pri zmernih dejavnostih, kot so premikanje mize, stola, sesanje, kegljanje ali igranje golfa, največkrat odgovorili z oceno 3 nič me ne ovira v 71,6 % (n=48) in v 28,4 % (n=19) so odgovorili z oceno 2 malo me ovira (PV=2,72; SD=0,454). Nihče od anketirancev se ni odločil za odgovor 1 (zelo me ovira). Na vprašanje, koliko jih ovira njihovo zdravstveno stanje pri hoji po stopnicah, je največ anketirancev odgovorilo z odgovorom 3 nič me ne ovira v 75,8 % (n=50), odgovor 2 malo me ovira 21,2 % (n=14) in 3 % (n=2) je podalo odgovor 1 zelo ovira (PV=2,73; SD=0,513).

Tabela 1: V kolikšni meri vas vaše zdravstveno stanje omejuje pri dejavnostih?

	min	max	PV	SD
Zmerne dejavnosti, kot so premikanje mize, stola, sesanje, kegljanje, igranje golfa.	2	3	2,72	0,454
Hoja po stopnicah.	1	3	2,73	0,513

PV= povprečna vrednost, SD= standardni odklon

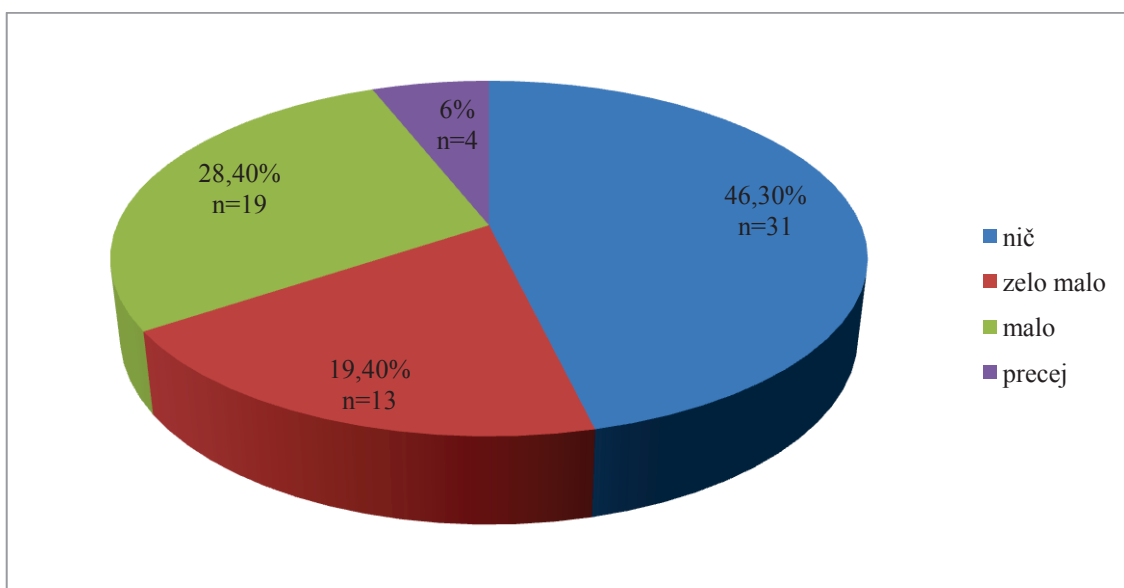
Na vprašanje, ali bi zaradi svojega zdravja opravili manj dela, kot bi si želeli, je 41 (62,1 %) anketirancev odgovorilo z negativnim odgovorom in 25 (37,9 %) s pozitivnim odgovorom.

Pri odgovoru, da so opravili samo nujne stvari in aktivnosti, je s pritrdilnim odgovorom odgovorilo 23 (34,3 %) anketirancev in z negativnim odgovorom 44 (65,7 %) anketirancev.

Na vprašanje, ali ste v zadnjih štirih tednih pri opravljanju dnevnih opravil in aktivnosti imeli katero od naštetih težav zaradi vaših čustvenih težav, kot sta depresija in tesnoba, je 41 (62,1 %) anketirancev odgovorilo, da ni imelo težav. 25 (37,9 %) anketirancev je odgovorilo, da so opravili manj opravil, kot bi si želeli zaradi čustvenih težav.

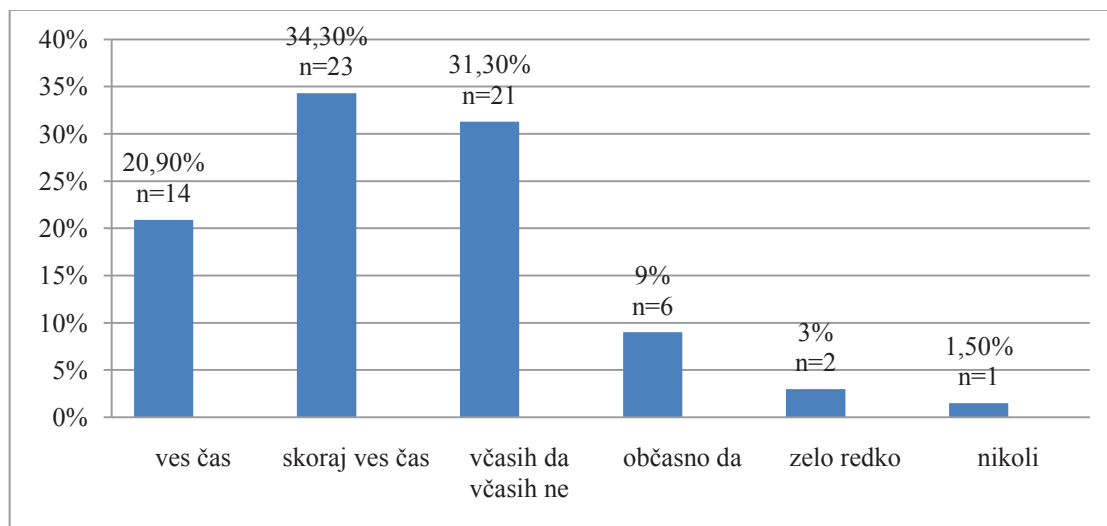
41(62,1 %) anketirancev je odgovorilo, da niso imeli težav pri opravljanju aktivnosti, 25 (37,9 %) anketirancev je odgovorilo, da opravil in aktivnosti niso opravili tako skrbno, kot bi jih običajno.

Na zastavljeno vprašanje, koliko je bolečina v zadnjih štirih tednih vplivala na anketirančevo normalno delo doma in izven doma, je 31 (46,3 %) anketirancev podalo odgovor nič, 19 (28,4 %) malo, 13 (19,4 %) zelo malo in 4 (6 %) anketiranci so odgovorili precej. Nihče pa ni podal odgovora močno (PV=0,94; SD=0,998). Podatki so podrobno opisani na Sliki 6.



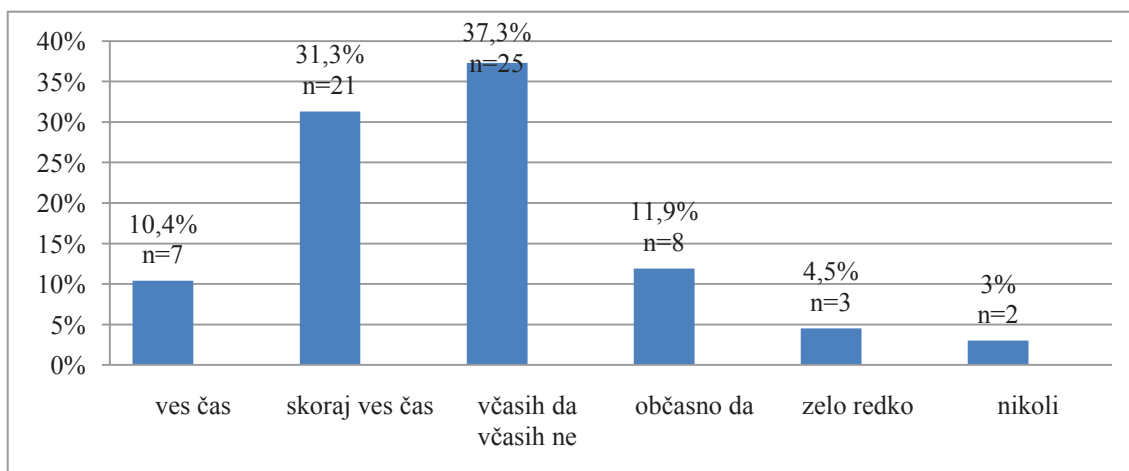
Slika 6: Vpliv bolečine na anketirančevo normalno delo

Na vprašanje, ali so se anketiranci v zadnjih štirih tednih počutili mirno in sproščeno, je največ 23 anketirancev odgovorilo z oceno 2 skoraj ves čas (34,3 %) in najmanj 1 z oceno 6 nikoli (1,5 %). Z uporabo Likertove merske lestvice smo izračunali povprečno vrednost, ki je znašala 2,43 (SD=1,104). Podrobni rezultati so prikazani na Sliki 7.



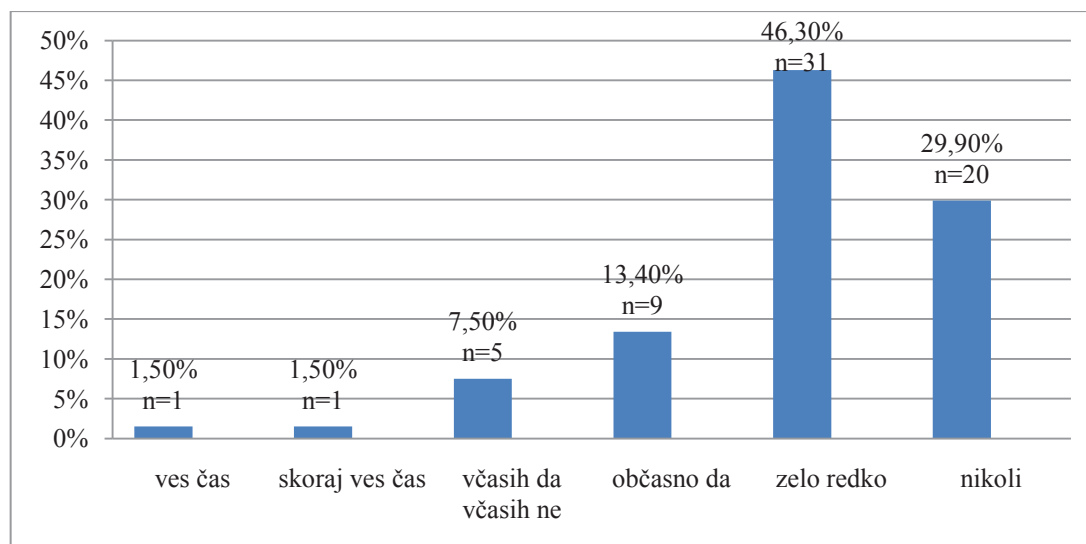
Slika 7: Počutje anketiranca

Na vprašanje, ali ste imeli v zadnjih štirih tednih veliko energije, je največ 25 anketirancev podalo oceno 3, včasih da včasih ne (37,3 %), in najmanj 2 anketiranca z oceno 6 nikoli (3 %). Z uporabo Likertove merske lestvice smo izračunali povprečno vrednost, ki je znašala 2,77 (SD=1,134). Podrobni podatki so prikazani na Sliki 8.



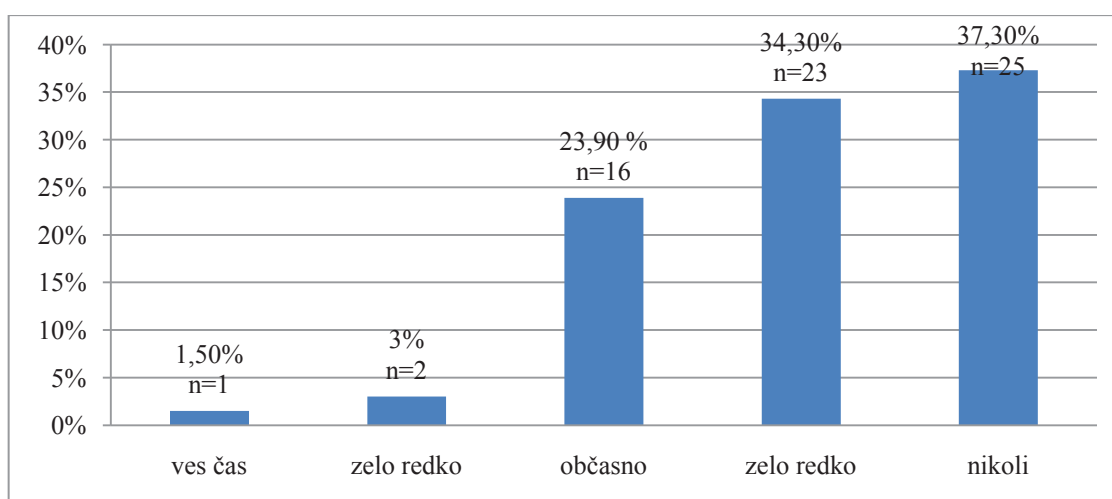
Slika 8: Ocena energijskega stanja anketiranca

Na vprašanje, ali se je anketiranec v zadnjih štirih tednih počutil obupano in potrto, jih je največ 31 podalo oceno 5 zelo redko (46,3 %) in najmanj oceno 1 ves čas (1,5 %). Z uporabo Likertove lestvice smo izračunali povprečno vrednost, ki je znašala 4,91 (SD=1,055). Podrobni podatki so prikazani na Sliki 9.



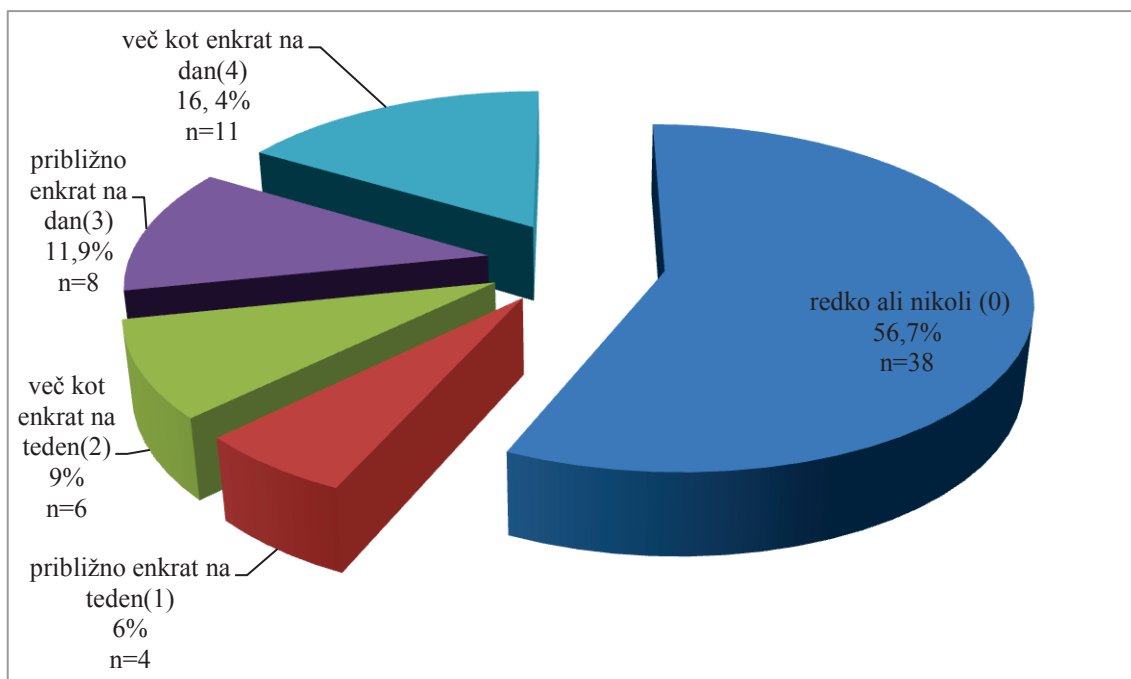
Slika 9: Počutje anketiranca

Na vprašanje v kolikšni meri je telesno in čustveno zdravje vplivalo na anketirančeve družbene aktivnosti, kot so obisk prijateljev in sorodnikov, je 25 (37,3 %) anketirancev odgovorilo nikoli, 23 (34,3 %) zelo redko, 16 (23,9 %) občasno, 2 (3 %) večina časa in 1 (1,5 %) ves čas (PV=0,97, SD=0,937). Podrobno so podatki prikazani na Sliki 10.



Slika 10: V kolikšni meri telesno in čustveno zdravje vpliva na družbene aktivnosti anketiranca?

Na vprašanje, kako pogosto ste imeli v zadnjem mesecu težave z uhajanjem urina, je največ 38 anketirancev podalo oceno 0 redko ali nikoli (56,7 %) najmanj 4 anketiranci so podali oceno 4 približno enkrat na teden (6 %) (PV=1,25; SD=1,608). Podrobno so rezultati opisani v Tabeli 2 in Sliki 11.



Slika 11: Kako pogosto v zadnjem mesecu ste imeli težave z uhajanjem urina?

Na vprašanje, kako pogosto ste v zadnjem mesecu imeli kri v urinu, je največ 65 anketirancev odgovorilo z oceno 0 redko ali nikoli (v 97 %), 1 anketiranec je odgovoril z oceno 1 približno enkrat na teden (v 1,5 %) in 1 anketiranec z oceno 2 več kot enkrat na teden (v 1,5 %) (PV=0,04; SD=0,272). Podrobni rezultati so prikazani v Tabeli 2.

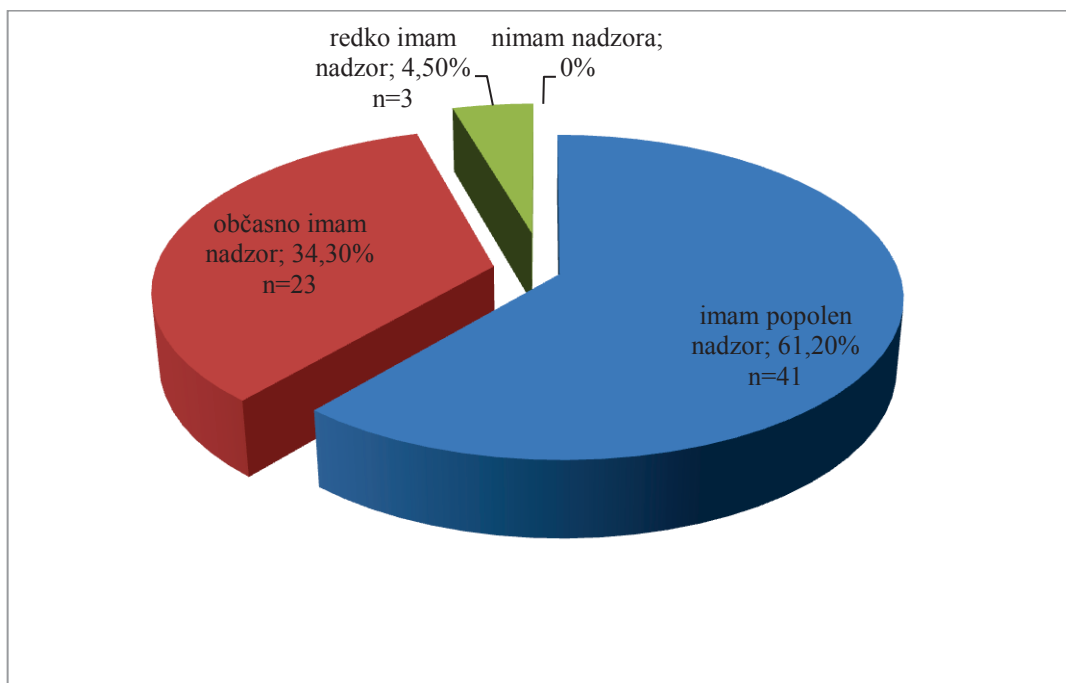
Na vprašanje, kako pogosto ste v zadnjem mesecu imeli bolečine in pekoč občutek pri uriniranju, je kar 61 anketirancev (91 %) podalo oceno 0 (redko ali nikoli), 3 (4,5 %) anketiranci so podali oceno 1 (približno enkrat na teden) in 3 (4,5 %) anketiranci oceno 2 (več kot enkrat na teden) (PV=0,13; SD=0,457). Podrobno so rezultati opisani v Tabeli 2.

Tabela 2: Težave pri uriniranju (uhajanje, prisotnost krvi v urinu, bolečina, pekoč občutek)

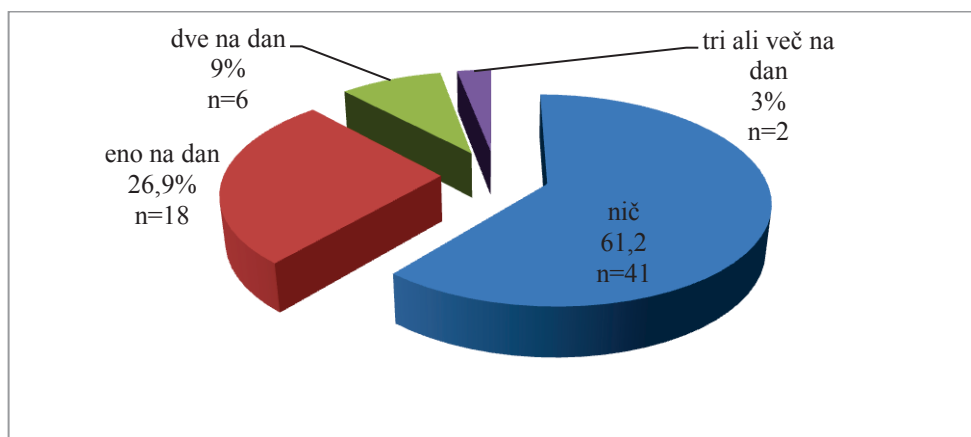
	N	min	max	PV	SD
Kako pogosto ste imeli v zadnjem mesecu težave z uhajanjem urina?	67	0	4	1,25	1,608
Kako pogosto ste imeli v zadnjem mesecu kri v urinu?	67	0	2	0,04	0,272
Kako pogosto ste imeli v zadnjem mesecu bolečine ali pekoč občutek pri uriniranju?	67	0	2	0,13	0,457

N = število anketirancev, PV= povprečna vrednost, SD= standardni odklon

Anketirance smo prosili, da se odločijo za trditev, ki najboljšje opiše njihov nadzor pri uriniranju v zadnjem mesecu. 61,2 % (n=41) anketirancev se je odločilo za odgovor imam popoln nadzor, 34,3 % (n=23) se jih je odločilo za odgovor občasno imam nadzor in 4,5 % (n=3) anketirancev se je odločilo za odgovor redko imam nadzor. Nihče pa se ni opredelil za odgovor, nimam nadzora nad uriniranjem (PV=2,57; SD=0,583). Podrobno so podatki opisani na Sliki 12.

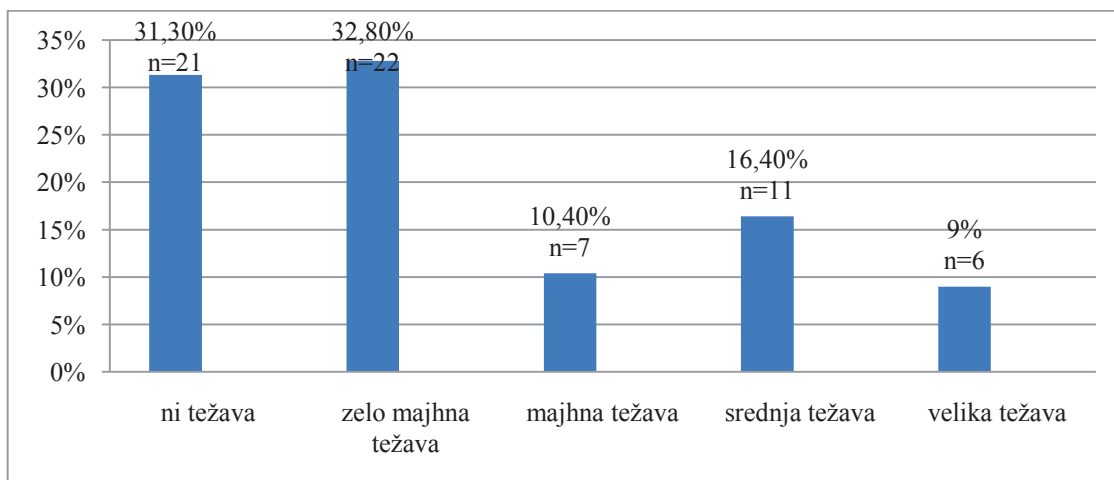
**Slika 12: Nadzor nad uriniranjem**

Anketirancem smo zastavili vprašanje, koliko pleničk oz. podlog za odrasle porabijo na dan zaradi težav z uhajanjem vode. 41 (61,2 %) anketirancev je odgovorilo, da ne potrebujejo podlog ali pleničk, 18 (26,9 %) anketirancev porabi eno na dan, 6 (9 %) anketirancev porabi dve na dan in 2 (3,0 %) sta odgovorila, da porabita tri ali več podlog oz. pleničk na dan (PV=0,54; SD=0,785). Podobni podatki so prikazani na Sliki 13.



Slika 13: Koliko pleničk oz. podlog porabite na dan?

Anketirance smo prosili, da se opredelijo, kako velike težave jim predstavljajo naštetе trditve. Pri trditvi kapljanje in uhajanje vode je največ anketirancev odgovorilo z oceno 1 zelo majhna težava (32,8 %), 31,3 % z oceno 0 ni težava, 10,4 % z oceno 2 majhna težava, 16,4 % z oceno 3 srednja težava in 9 % anketirancev z oceno 4 velika težava (PV=1,39; SD=1,325). Podatki so podrobno prikazani na Sliki 14 in v Tabeli 3.



Slika 14: Težave pri uhajanju in kapljanju urina

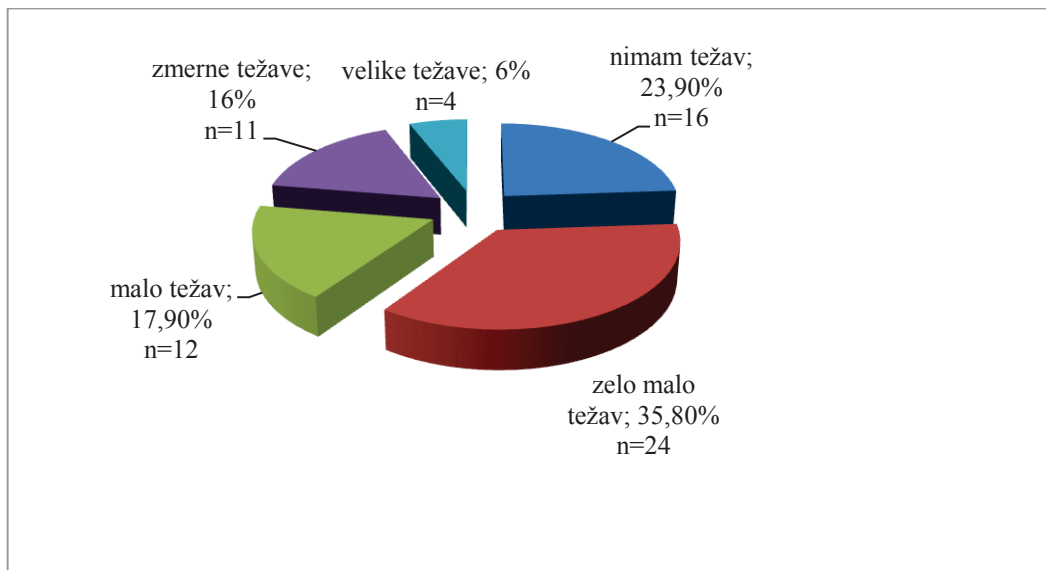
Tabela 3 predstavlja rezultate, povezane s težavami z uriniranjem. Na vprašanje kakšno težavo jim predstavlja bolečina in pekoč občutek pri uriniranju se je večina 83,6 % (n=56) anketirancev odločilo za oceno 0 ni težava. Nihče od anketirancev se ni odločil za oceno 4 velika težava (PV=0,28; SD=0,714). Na vprašanje koliko težav vam predstavlja kri v urinu, se je velika večina anketirancev v 95,5 % (n=64) opredelila za odgovor 0 ni težava (PV=0,09; SD=0,514). Na vprašanje, kakšno težavo jim predstavlja šibak curek in nepopolno izpraznjenje mehurja, se je največ anketirancev opredelilo za oceno 0 ni težava v 46,3 % (PV=0,79; SD=0,913). Na vprašanje kakšne težave jim predstavlja nočno zbujanje zaradi uriniranja, se je 37,3 % (n=25) anketirancev odločilo za oceno 1 zelo majhna težava, le 3 % (n=2) anketirancev so se odločilo za oceno 4 velika težava (PV=1,34; SD=1,081). Kako veliko težavo jim predstavlja uriniranje čez dan, so anketiranci v 29,9 % (n=20) ocenili z oceno 0 ni težava, 28,4 % (n=19) so ocenili z oceno 1 zelo majhna težava (PV=1,37; SD=1,204).

Tabela 3: Težave z uriniranjem (kapljanje, uhajanje, bolečina, pekoč občutek, kri v urinu, šibak curek, nepopolno izpraznjenje, nočno zbujanje, pogosto uriniranje)

	N	min	max	PV	SD
kapljanje in uhajanje urina	67	0	4	1,39	1,325
bolečina in pekoč občutek	67	0	3	0,28	0,714
kri v urinu	67	0	4	0,09	0,514
šibak curek in nepopolno izpraznjenje mehurja	67	0	4	0,79	0,913
nočno zbujanje zaradi uriniranja	67	0	4	1,34	1,081
pogosto uriniranje čez dan	67	0	4	1,37	1,204

N=število anketirancev, PV= povprečna vrednost, SD= standardni odklon

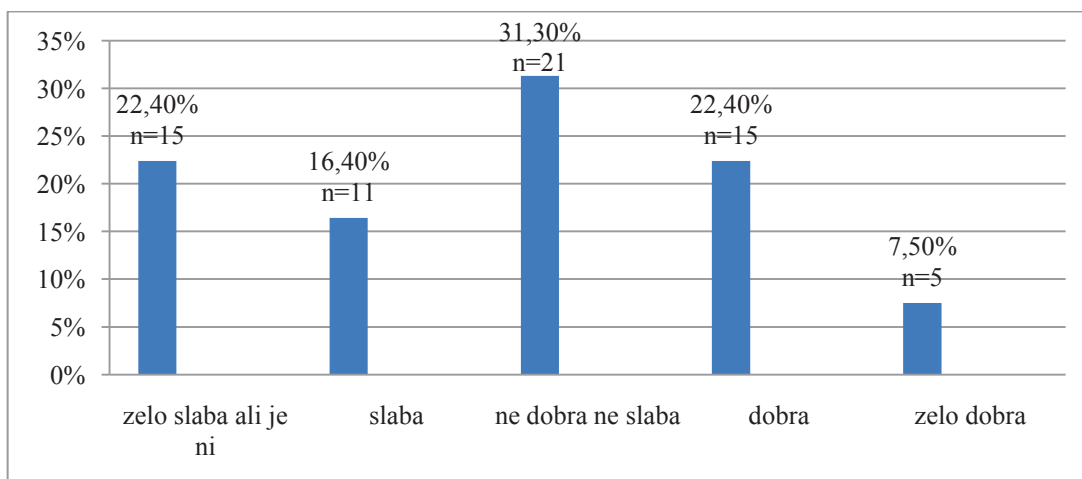
Na vprašanje, kako bi na splošno ocenili svoje težave z uriniranjem v zadnjem mesecu, je 35,8 % (n=24) anketirancev odgovorilo, da jim predstavlja zelo malo težav. 23,9 % (n=16) je odgovorilo, da jim ne predstavlja težav. Le 6 % (n=4) anketirancev je mnenje, da jim predstavljajo velike težave (PV=1,45; SD=1,197). Podrobno so podatki prikazani na Sliki 15.



Slika 15: Ocena težav z uriniranjem

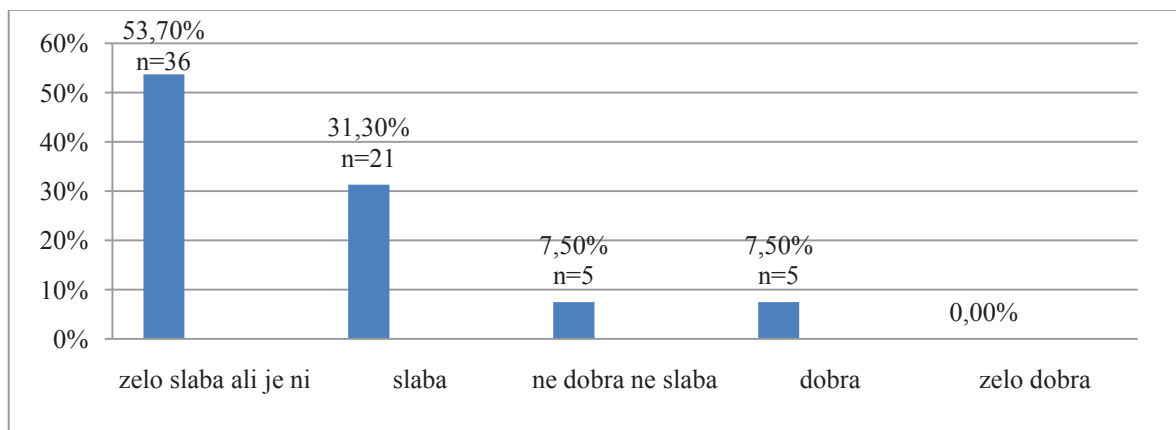
Naslednja vprašanja so se nanašala na anketiranceve težave glede erektilne disfunkcije, zato smo še posebej poskrbeli za zasebnost, zaupnost in tajnost podatkov.

Na vprašanje kakšna je vaša raven spolne želje v zadnjem mesecu, je največ 31,3 % (n=21) odgovorilo z oceno 3 ne dobra in ne slaba in najmanj anketirancev je podalo oceno 5 zelo dobra 7,5 % (n=5). S pomočjo Likertove lestvice smo izračunali povprečno vrednost, ki je znašala 2,76 (SD=1,244). Podrobni podatki so prikazani v Tabeli 4 in na Sliki 16.



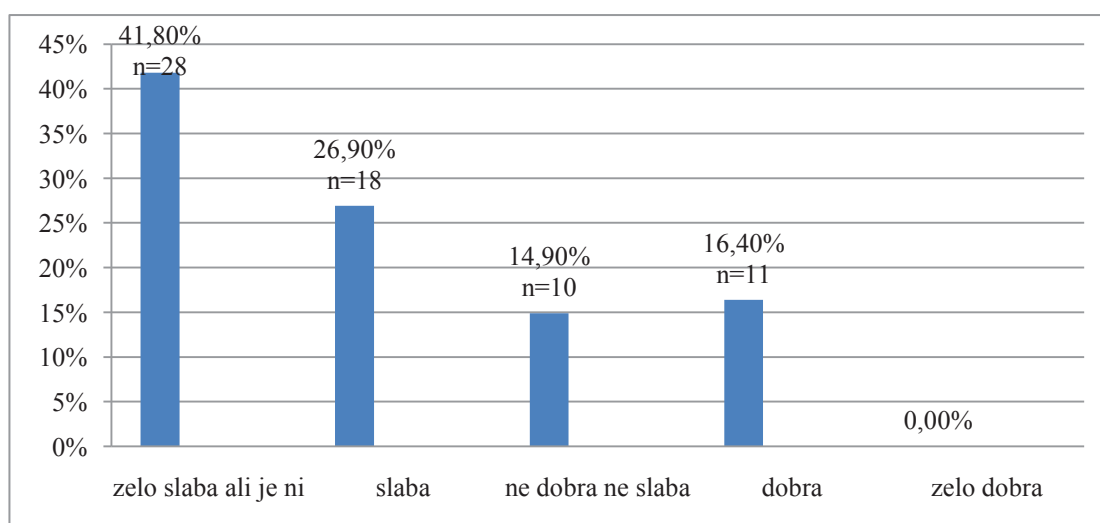
Slika 16: Raven spolne želje anketiranca v zadnjem mesecu

Na vprašanje kakšna je vaša sposobnost, da imate erekcijo, se je večina 53,7 % (n=36) odločila za oceno 1 zelo slaba ali je ni, najmanj 7,5 % (n=5) anketirancev se je odločila za oceno 4 dobra. Nihče od anketirancev ni podal ocene 5 zelo dobra. S pomočjo Likertove lestvice smo izračunali povprečno vrednost, ki je znašala 1,69 (SD=0,908). Podrobni podatki so prikazani v Tabeli 4 in na Sliki 17.



Slika 17: Sposobnost imeti erekcijo anketiranca v zadnjem mesecu

Na vprašanje, kakšna je vaša sposobnost doseči orgazem, se je 41,8 % (n=28) anketirancev odločilo za oceno 1 zelo slaba ali je ni, 16,4 % (n=11) anketirancev se je odločilo za oceno 4 dobra, nihče od anketirancev pa ni podal oceno 5 zelo dobra. S pomočjo Likertove lestvice smo izračunali povprečno vrednost, ki je znašala 2,06 (SD=1,113). Podrobni podatki so prikazani v Tabeli 4 in na Sliki 18.



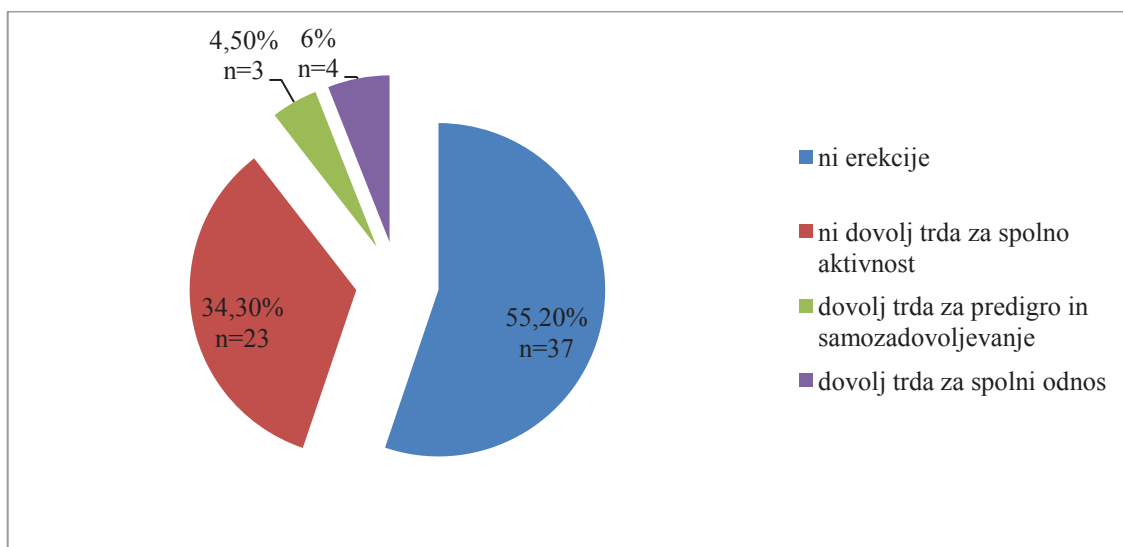
Slika 18: Sposobnost doseči orgazem v zadnjem mesecu anketiranca

Tabela 4: Spolne želje, erekcija, sposobnost doseči orgazem anketiranca

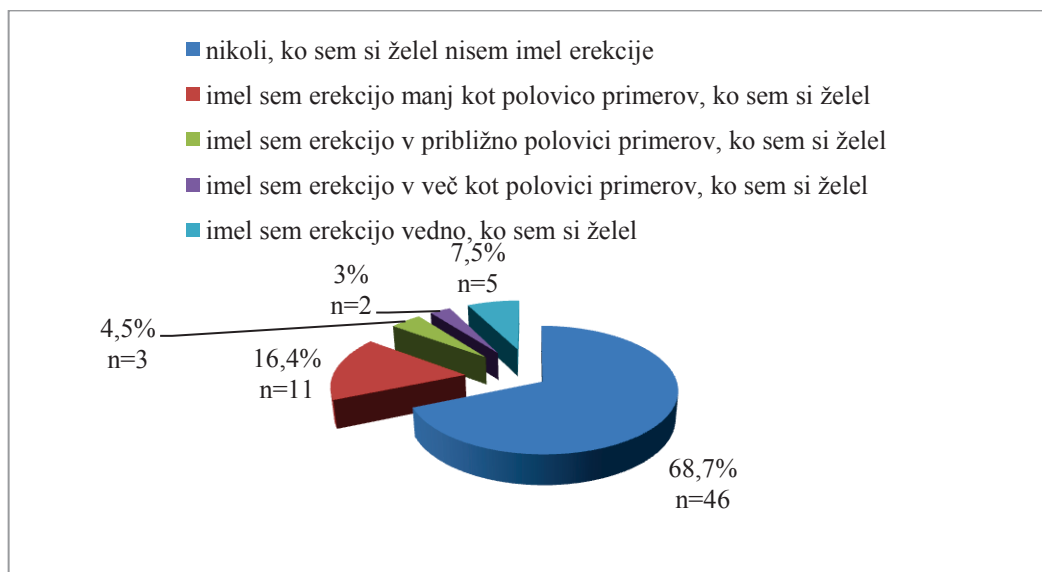
	N	min	max	PV	SD
vaša raven spolne želje	67	1	5	2,76	1,244
vaša sposobnost, da imate erekcijo	67	1	4	1,69	0,908
vaša sposobnost doseči orgazem	67	1	4	2,06	1,113

N = število anketirancev, PV = povprečna vrednost, SD = standardni odklon

Na vprašanje, kako bi opisali kakovost vaše erekcije v zadnjem mesecu, je več kot polovica anketirancev (55,2 %, n=37) podala odgovor, da erekcije nima. Le 4 (6 %) so dejali, da je dovolj trda za spolni odnos (PV=0,61; SD=0,834). Podrobno je opisano na Sliki 19.

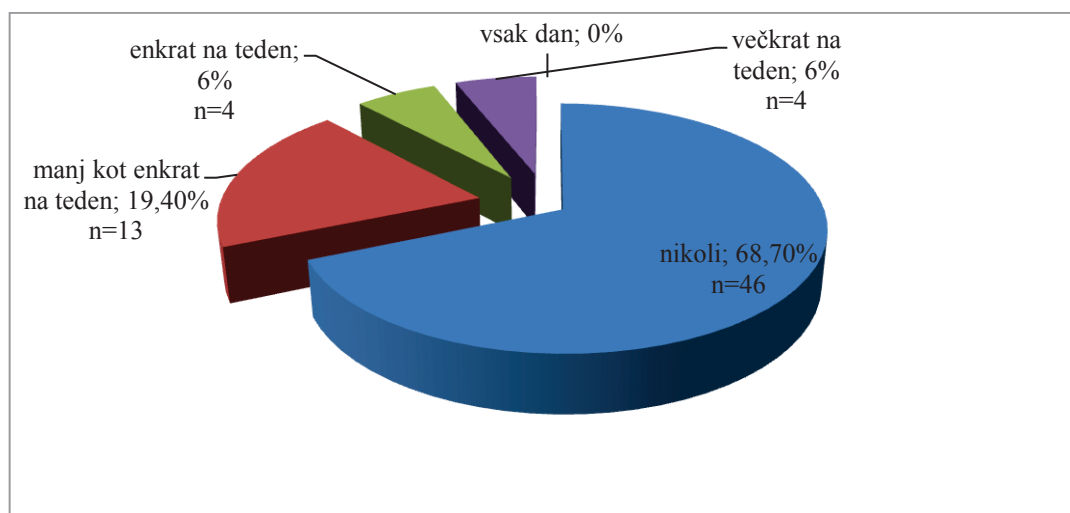
**Slika 19: Opis kakovosti erekcije anketiranca**

Na vprašanje, kako bi opisali vaše erekcije v zadnjem mesecu, se je več kot polovica 68,7 % (n=46) anketirancev odločila za odgovor nikoli, ko sem želel, nisem imel erekcije. 16,4 % (n=11) anketirancev je dejalo, da so imeli erekcijo v manj kot polovici primerov, ko so si želeli (PV=0,64; SD=1,190). Podrobnosti so opisane na Sliki 20.



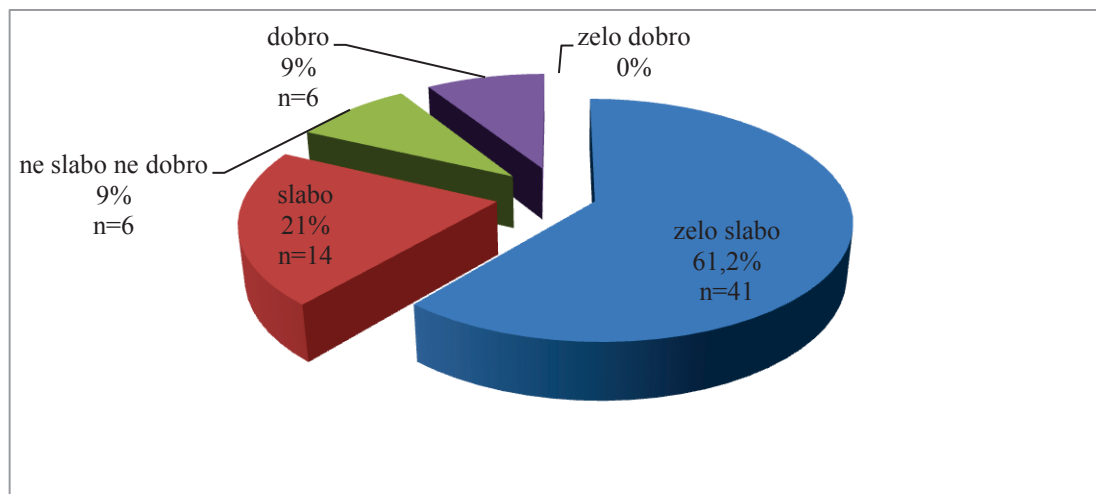
Slika 20: Opis erekcije anketiranca

Na vprašanje, kako pogosto ste imeli spolne odnose v zadnjem mesecu, je več kot polovica (68,7 %, n=46) anketirancev odgovorilo nikoli, 6 % (n=4) pa je odgovorilo večkrat na teden. Nihče ni imel odnosov vsak dan (PV=0,49; SD=0,859). Podrobno so podatki podani na Sliki 21.



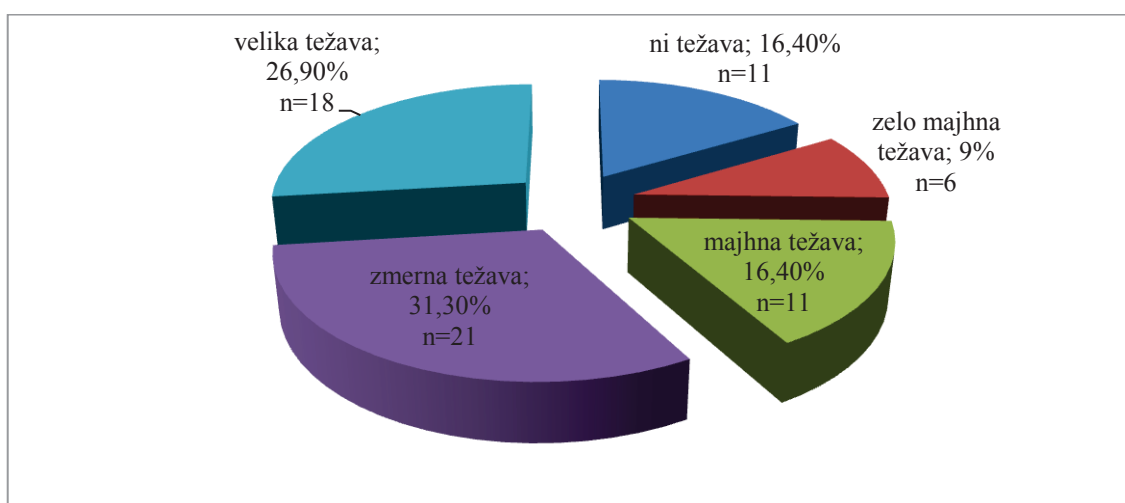
Slika 21: Pogostost spolnih odnosov anketiranca

Na vprašanje, kako bi ocenili svojo spolno sposobnost v zadnjem mesecu, je 61,2 % (n=41) anketirancev ocenilo kot zelo slabo, le 9 % (n=6) je menilo, da je njihova spolna želja dobra, nihče pa je ni ocenil, kot zelo dobra (PV=0,66; SD=0,978). Podrobnosti so prikazane na Sliki 22.



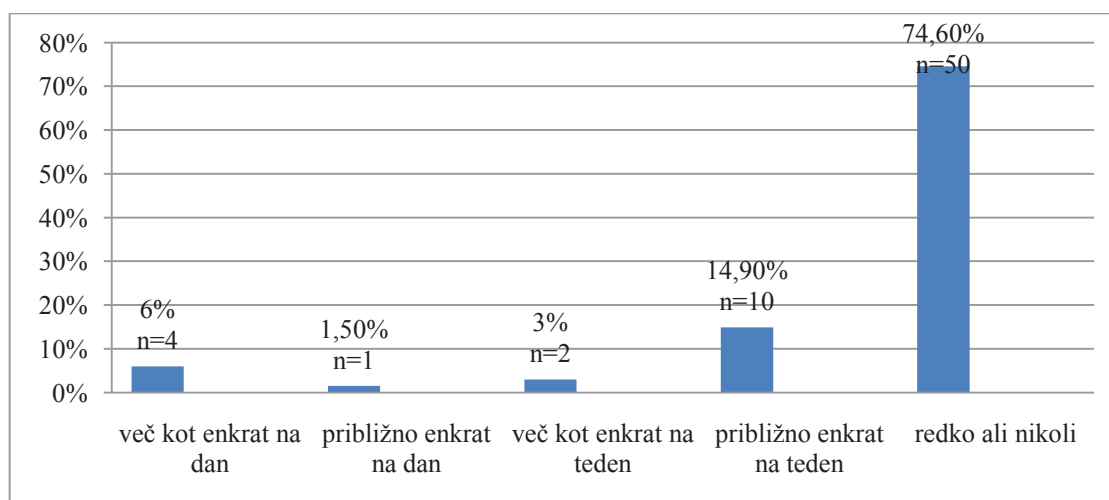
Slika 22: Ocena spolne sposobnosti anketiranca

Anketirancem smo zastavili vprašanje, kako velike težave vam predstavljajo vaše spolne funkcije v zadnjem mesecu. Največ 26,9 % (n=18) jih je odgovorilo, da jim to povzroča velike težave in 16,4 % (n=11) anketirancev je menilo, da za njih to ni težava (PV=2,43; SD=1,406). Podrobno so podatki opisani na Sliki 23.



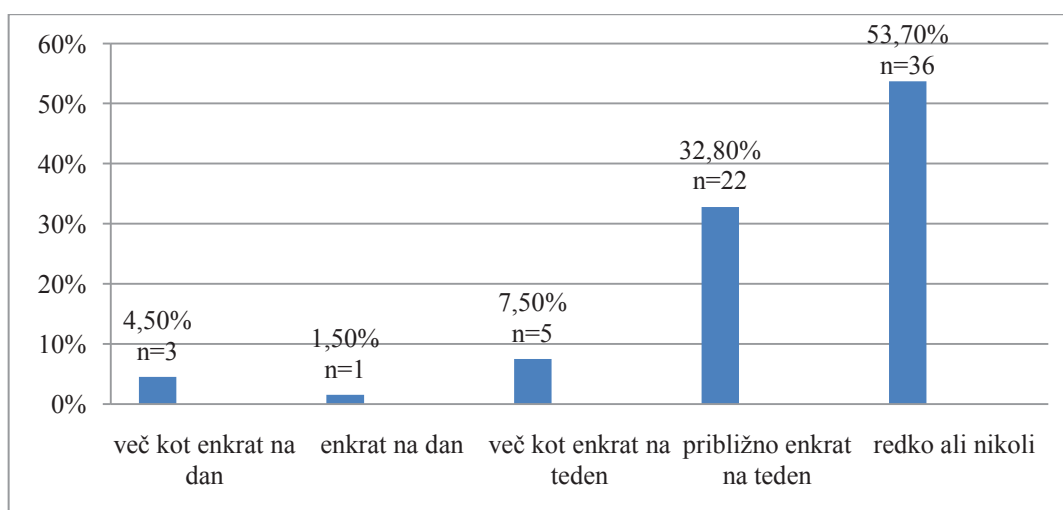
Slika 23: Kako veliko težavo vam predstavlja vaša spolna funkcija?

Na vprašanje, kako pogosto ste bili depresivni v zadnjem mesecu, so anketiranci v večini 74,6 % (n=50) odgovorili z odgovorom redko ali nikoli, 14,9 % (n=10) anketirancev je bila depresivna približno enkrat na teden, le 6 % (n=4) anketirancev je odgovorilo, da so depresivni več kot enkrat na dan (PV=4,51, SD=1,064). Podatki so podrobno opisani na Sliki 24.



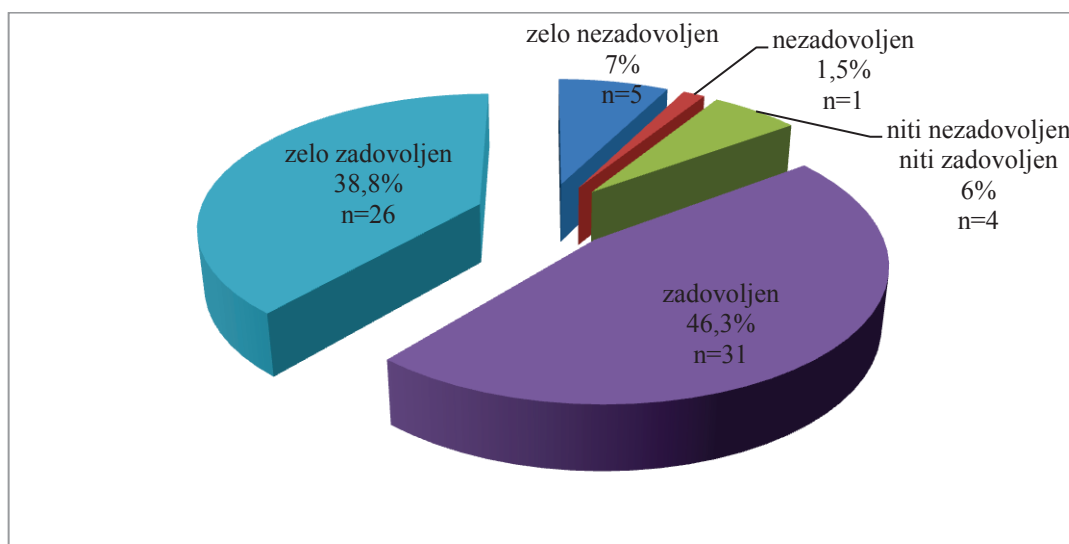
Slika 24: Kolikokrat se bili depresivni v zadnjem mesecu?

Na vprašanje, kako pogosto ste v zadnjem mesecu občutili pomanjkanje energije, je največ 53,7 % (n=36) anketirancev odgovorilo, da redko ali nikoli, 4,5 % (n=3) anketirancev je odgovorilo, da so občutili pomanjkanje energije več kot enkrat na dan (PV=4,30; SD=1,00). Podatki so podrobno prikazani na Sliki 25.



Slika 25: Kolikokrat ste občutili pomanjkanje energije?

Na koncu smo anketirancem zastavili vprašanje, kako so zadovoljni z obravnavo glede njihove bolezni raka prostate. 46,3 % (n=31) je bilo zadovoljnih s svojo obravnavo, 38,8 % (n=26) je zelo zadovoljnih in 7,5 % (n=5) anketirancev je zelo nezadovoljnih s svojo obravnavo (PV=3,07; SD=1,091). Podrobni podatki so opisani na Sliki 26.



Slika 26: Zadovoljstvo anketiranca z obravnavo

3.4.1 Odgovori na raziskovalna vprašanja

1. V kolikšni meri se po LRP pojavlja urinska inkontinenca in kakšen pomen ima na kakovost življenja pacienta?

Iz dobljenih rezultatov je razvidno, da ima v večini 56,7 % (n=38) anketirancev težave z uhajanjem urina redko ali nikoli, 16,4 % (n=11) anketirancev ima težave z uhajanjem vode več kot enkrat na dan, 4,5 % (n=3) anketirancev ima redko nadzor nad uriniranjem. 26,9 % (n=18) anketirancev potrebuje eno pleničko ali podlogo na dan. Kapljanje in uhajanje vode predstavlja 9 % (n=6) anketirancem veliko težavo. Na splošno so anketiranci v 35,8 % (n=24) ocenili, da imajo zelo malo težav z uriniranjem le 6 % (n=4) je navedlo, da ima velike težave. Podatki so podrobno prikazani zgoraj v Tabeli 3 in Slikah 11, 12, 13, 14 in 15.

2. V kolikšni meri se po LRP pojavlja erekтивna disfunkcija in kakšen pomen ima za kakovost življenja pacienta?

Iz dobljenih rezultatov je razvidno, da ima 22,4 % (n=15) anketirancev od vseh zelo slabo ali pa sploh nima spolne želje. Težave imajo tudi z erekcijo, ki je v 53,7 % (n=36) zelo slaba ali pa je sploh ni. Na vprašanje kakšna je njihova kakovost erekcije, je 55,2 % (n=37) anketirancev odgovorilo, da erekcije nimajo, zato niso zmožni imeti spolnih odnosov. 68,7 % (n=46) anketirancev v zadnjem mesecu ni imelo spolnih odnosov. 31,3 % (n=21) anketirancev pa meni, da jim njihove spolne funkcije povzročajo zmerne težave. Svojo spolno sposobnost v zadnjem mesecu so v 61,2 % (n=41) anketiranci ocenili kot zelo slabo. Težave s spolno funkcijo anketirancem v 26,9 % (n=18) predstavlja veliko težavo, v 31,3 % (n=21) pa ocenjujejo, da je to za njih zmerna težava. Podatki so podrobno opisani zgoraj v Tabeli 4 in na Slikah 16, 17, 19, 20, 21, 22 in 23.

3. V kolikšni meri LRP oblikuje pacientovo čustveno in socialno življenje?

Na podlagi pridobljenih podatkov anketiranci nimajo težav pri opravljanju dnevnih aktivnosti zaradi tesnobe ali depresije. 74,6 % (n=50) anketirancev navaja, da so redko ali nikoli depresivni. 34,3 % (n=23) anketirancev se počuti mirno in sproščeno skoraj ves čas in le 3 % (n=2) anketirancev navajajo, da se počutijo sproščeno in mirno le zelo redko. 37,3 % (n=25) anketirancev odgovarja, da včasih imajo in včasih nimajo veliko energije. Redko ali nikoli ne občuti pomanjkanje energije 74,5 % (n=50) anketirancev. 46,3 % (n=31) anketirancev se zelo redko počuti obupano in potrto. 37,3 % (n=25) je mnenja, da jih njihovo telesno in čustveno zdravje ne ovira pri družbenih aktivnostih. Podatki so podrobno opisani v Tabeli 5.

Tabela 5: Pacientovo čustveno in socialno življenje

	n=67	f	%
Ali ste v zadnjem mesecu imeli težave pri opravljanju dnevnih opravil in aktivnosti zaradi depresije ali tesnobe?	da	25	37,9
	ne	41	62,1
Kako pogosto ste bili depresivni v zadnjem mesecu?	več kot enkrat na dan	4	6
	približno enkrat na dan	1	1,5
	več kot enkrat na teden	2	3
	približno enkrat na teden	10	14,9
	redko ali nikoli	50	74,6
Počutim se mirno in sproščeno.	ves čas	14	20,9
	skoraj ves čas	23	34,3
	včasih da, včasih ne	21	31,3
	občasno da	6	9
	zelo redko	2	3
	nikoli	1	1,5
Imate veliko energije?	ves čas	7	10,4
	skoraj ves čas	21	31,3
	včasih da, včasih ne	25	37,3
	občasno da	8	11,9
	zelo redko	3	4,5
	nikoli	2	3
Kako pogosto v zadnjem mesecu ste občutili pomanjkanje energije?	več kot enkrat na dan	4	6
	približno enkrat na dan	1	1,5
	več kot enkrat na teden	2	3
	približno enkrat na teden	10	14,9
	redko ali nikoli	50	74,5

Se počutite obupano in potrto?	ves čas	1	1,5
	skoraj ves čas	1	1,5
	včasih da, včasih ne	5	7,5
	občasno da	9	13,4
	zelo redko	31	46,3
	nikoli	20	29,9
Ali vaše telesno in čustveno zdravje vpliva na vaše družbene aktivnosti?	nikoli	25	37,3
	zelo redko	23	34,3
	občasno	16	23,9
	večina časa	2	3
	ves čas	1	1,5

n = število anketirancev, f = frekvenca, % = odstotek

4. Kakšne so razlike v težavah glede na tip inkontinence in erektilne disfunkcije med pacienti, ki imajo status zaposlen/ upokojenec ?

Tabela 6: Težave anketirancev po LRP glede na tip inkontinence in erektilne disfunkcije med upokojenec/ zaposlen

	status				t	p
	Zaposlen n=19		Upokojen n=48			
	PV	SD	PV	SD		
Kako velike težave vam predstavlja vsaka od naštetih trditev v zadnjem mesecu?						
bolečina in pekoč občutek	0,16	0,501	0,13	0,444	0,609	0,544
kri v urinu	0,00	0,00	0,06	0,320	-0,895	0,374
šibak curek in nepopolno izpraznjenje mehurja	0,42	0,769	0,94	0,932	-2,142	0,036
nočno zburjanje zaradi uriniranja	1,21	1,228	1,40	1,026	-0,630	0,531
pogosto uriniranje čez dan	1,05	1,129	1,50	1,220	-1,380	0,172
Katera od naštetih trditev najbolj opiše vaš nadzor nad uriniranjem?	2,63	0,496	2,54	0,617	0,566	0,573
Kako bi na splošno ocenili vaše težave z uriniranjem?	1,26	1,195	1,52	1,203	-0,792	0,431
Kako pogosto v zadnjem mesecu ste imeli težave z uhajanjem urina?	1,32	1,600	1,23	1,627	0,197	0,844

Kako bi ocenili vašo raven spolne želje?	3,58	1,071	2,44	1,165	3,695	0,000
Kako bi ocenili sposobnost, da imate erekcijo?	1,79	0,976	1,65	0,887	0,581	0,563
Kako bi ocenili vašo sposobnost doseči orgazem?	2,47	1,124	1,90	1,077	1,956	0,055
Kako bi opisali kakovost vaše erekcije v zadnjem mesecu?	0,89	0,937	0,50	0,772	1,774	0,081
Kako bi opisali vaše erekcije v zadnjem mesecu?	0,89	0,937	0,50	0,772	1,097	0,277
Kako pogosto ste imeli odnose v zadnjem mesecu?	0,63	0,831	0,44	0,873	0,831	0,409
Kako bi ocenili svojo sposobnost zadnji mesec?	0,79	1,032	0,60	0,962	0,696	0,489
Kako velike težave so vam povzročale vaše spolne funkcije v zadnjem mesecu?	2,32	1,529	2,48	1,368	-0,426	0,671

PV = povprečna vrednost, SD= standardni odklon, t = T- test, p = mejna statistična pomembna vrednost pri 0,005 ali manj

V Tabeli 6 smo želeli prikazati statistične razlike glede na tip inkontinence in erektilne disfunkcije med anketiranci, ki imajo status zaposlen ali upokojenec. Za analizo razlik v težavah glede na tip inkontinence in erektilne disfunkcije med anketiranci, ki imajo status ali zaposlen ali upokojenec, je bila uporabljena metoda T-test za neodvisne vzorce. Glede na rezultate lahko zaključimo, da obstajajo statistično značilne razlike med zaposlenimi in upokojenci pri dveh vprašanjih. Anketiranci, ki so zaposleni, so večji meri podali odgovor, da je njihova spolna želja dobra (PV=3,58) v primerjavi z anketiranci, ki so upokojeni, saj so le-ti navedli, da je njihova spolna raven slaba (PV=2,44). T-test za neodvisne vzorce je pri tej trditvi pokazal statistično pomembno razliko ($t = 3,695$; $p = 0,00$). Anketiranci, ki so zaposleni, so odgovorili, da jim šibak curek in nepopolno izpraznjenje mehurja ne povzroča težav (PV=0,42), v primerjavi z upokojenimi anketiranci, ki jim šibak curek in nepopolno izpraznjenje mehurja povzroča majhno težavo (PV=0,94). T-test za neodvisne vzorce je pri tej trditvi pokazal statistično pomembno razliko ($t = -2,142$; $p = 0,036$). Trditev postavljamo pri stopnji značilnosti $p < 0,05$.

5. Kakšne so razlike glede na čustvene težave po LRP med pacienti, ki so v stalni partnerski zvezi in tistimi, ki niso?

Tabela 7: Čustvene težave po LRP med anketiranci, ki so v stalni partnerski zvezi in tistimi, ki niso

	status				t	p
	stalna partnerska zveza n=59		brez stalne partnerske zveze n=8			
	PV	SD	PV	SD		
Počutim se mirno in sproščeno.	2,49	1,135	2,00	0,756	1,185	0,240
Imate veliko energije?	2,74	1,135	3,00	0,926	-0,602	0,549
Počutim se obupano in potrto.	4,93	1,032	4,75	0,453	0,456	0,650

PV = povprečna vrednost, SD = standardni odklon, t = T- test, p = mejna statistična pomembna vrednost 0,005 ali manj

V Tabeli 7 smo želeli prikazati razliko v čustvenih težavah pri anketirancih po LRP glede na to ali so v stalni partnerski zvezi ali ne. V skupino pod partnersko zvezo smo zajeli vse, ki so poročeni in tiste, ki so v zunajzakonski partnerski zvezi. V veliki večini so anketiranci, tako tisti, ki so v stalni partnerski zvezi in tisti, ki niso v stalni partnerski zvezi, podali oceno, da se zelo redko počutijo obupano in potrto (PV= 4,93; PV= 4,75). Uporabili smo T- test za neodvisne vzorce. Glede na dobljene rezultate ne moremo trditi, da obstajajo statistične razlike med primerjanima skupinama.

3.5 RAZPRAVA

Z raziskavo v diplomski nalogi smo želeli ugotoviti kakovost življenja pacienta po radikalni laparoskopski prostatektomiji. Osredotočili smo se predvsem na težave z urinsko inkontinenco in erekтивно disfunkcijo in kako le-te težave vplivajo na čustveno in psihično življenje pacienta. Rezultate raziskave smo primerjati z že obstoječimi

študijami. Tretjina anketirancev navaja, da imajo težave z uhajanjem urina. Več kot polovica anketirancev navaja, da imajo popoln nadzor nad uriniranjem in nimajo bolečin ob uriniranju, niti niso zaznali krvi v urinu. Le dva anketiranca porabita več kot tri pleničke oz. podloge na dan. Polovici anketirancev šibak curek in nepopolno izpraznjenje mehurja ne povzročata težav, prav tako ne nočno zburjanje in pogosto uriniranje čez dan. Tretjina anketirancev je tudi mnenja, da jim težave z uriniranjem predstavljajo zelo malo težav. Pri raziskavi je prišlo tudi do statistično značilne razlike, ki se pojavlja pri težavah s šibkim curkom in nepopolnem izpraznjenju mehurja, ki povzroča večje težave upokojujencem kot zaposlenim.

Rezultate smo primerjali s študijo, ki jo je izvedel Weber s sodelavci leta 2007 v ZDA, v kateri 39 % anketirancev navaja urinsko inkontinenco in so v več kot polovici primerov zaposleni, zato jim inkontinenca povzroča še večje težave. V primerjavi s pridobljenimi rezultati iz naše raziskave je razvidno, da se težave z urinsko inkontinenco pojavljajo v približno v enakih odstotkih.

Rezultate smo primerjali s študijo iz leta 2009, izvedeno v Splošni bolnišnici Slovenj Gradec na oddelku za urologijo, kjer je 26 % anketirancev navajalo urinsko inkontinenco še v celem letu po operaciji. V raziskavi, ki smo jo opravili, je ta odstotek nekoliko višji, kar gre lahko na račun veliko manjšega vzorca anketirancev.

Hlebš (2008) navaja, da urinska inkontinenca pri pacientu povzroča socialni in higienski problem. Z njo so povezani tudi nastanek stresa in depresije, socialna izolacija, stigmatizacija, osamljenost in slabše splošno počutje, zmanjšana samozavest, neodvisnost in delavna učinkovitost.

Raziskava je pokazala, da je tretjina anketirancev mnenja, da njihova spolna želja v zadnjem mesecu ni ne dobra ne slaba. Polovica anketirancev navaja, da je njihova sposobnost imeti erekcijo zelo slaba ali pa jo ni, prav tako je skoraj polovica anketirancev mnenja, da je njihova sposobnost doseči orgazem zelo slaba. Več kot polovica anketirancev nima erekcije, pri tretjini pa ni dovolj trda, da bi lahko imeli spolni odnos. V 68 % anketiranci navajajo, da v zadnjem mesecu niso imeli spolnih odnosov in svojo spolno sposobnost ocenjujejo kot zelo slabo. Tretjini anketiranih

povzroča njihova spolna funkcija v zadnjem mesecu zmerno težavo. Pojavila se je tudi statistično značilna razlika med zaposlenimi in upokojenci glede na tip inkontinence in erektilne disfunkcije. Razlika se pojavlja pri ravni spolne želje, ki je v povprečju večja pri zaposlenih.

V raziskavi, ki je bila izvedena leta 2009 v Splošni bolnišnici Slovenj Gradec, je 30 % anketirancev navedlo težave z erektilno disfunkcijo, kar je manjši odstotek kot pri naših dobljenih rezultatih, kar je pričakovati, saj je bil pri vseh anketiranih pacientih opravljen poskus ohranitve živčno-žilnega snopa za ohranitev potence. Tudi pri študiji izvedeni 2007 v ZDA je samo 15 % anketirancev navajalo težave z erektilno disfunkcijo.

Skobernetova (2004) navaja, da je spolnost zelo občutljivo področje, kjer imajo osebne vrednote močan vpliv in kjer pogosto nastajajo konflikti glede vloge zdravstvene nege. Treba je ukrepati previdno in če je le mogoče z dovoljenjem pacienta. Ni dovolj, da obvladamo teorijo, temveč tudi sposobnost, da reflektiramo vsakodnevno prakso v skladu s pacientovimi čustvi in potrebami.

Medicinske sestre, ki imajo znanje o spolnosti in so sproščene glede lastne spolnosti, imajo veliko več možnosti, da podpirajo spolno zdravje pacienta (Weston, 1993, povz. po Skoberne 2004).

Raziskava, ki smo jo izvedli, je pokazala, da dveh tretjin anketirancev njihova bolezen ne ovira pri dejavnostih, kot so premikanje mize, stola, sesanje, kegljanje in igranje golfa. Prav tako jim njihova bolezen ne povzroča težav pri hoji po stopnicah in opravljanju dnevnih opravil in aktivnosti. Več kot polovica anketirancev opravi vse dnevne aktivnosti enako skrbno in hitro kot pred boleznijo. Le tretjina anketirancev pravi, da so zaradi čustvenih težav, kot sta tesnoba ali depresija, opravili manj dnevnih aktivnosti in opravil kot bi jih želeli. Tretjina anketirancev je tudi mnenja, da zaradi tesnobe ali depresije niso opravili vseh aktivnosti in opravil tako skrbno kot bi jih sicer. Da se počutijo mirno in sproščeno skoraj ves čas in da imajo dovolj energije, je mnenja tretjina anketirancev. Skoraj polovica anketirancev se le zelo redko počuti obupano in

potrto. Tretjina anketirancev tudi zanika, da bi njihovo čustveno ali telesno zdravje vplivalo na njihove družbene aktivnosti, kot so obisk prijateljev ali sorodnikov.

Pacienti so v večini zadovoljni z obravnavo, ki jo prejemajo glede svoje bolezni.

Rozman (2007) navaja, da bolezen prizadene človeka kot celoto. Posledice čuti bolnik tudi na drugih področjih svojega življenja. Na psihosocialnem področju posledice prizadenejo predvsem odnose, spremeni se odnos do samega sebe in do življenjskih vrednot.

Pri raziskovalnem vprašanju kakšne so razlike glede na čustvene težave po LRP med pacienti, ki so v stalni partnerski zvezi in tistimi, ki niso pa ni prišlo do statistično pomembnih razlik.

Omejitve, ki smo jih imeli pri raziskavi, so, da je v slovenskem prostoru malo bolnišnic, kjer opravljajo laparoskopsko radikalno prostatektomijo. Raziskava je bila opravljena le v eni ustanovi, zato smo imeli manjše število anketirancev. Zaradi zelo občutljive teme kljub temu, da je anketiranje potekalo anonimno, lahko predvidevamo, da mogoče pacienti niso odgovorili čisto iskreno, ker je urinska inkontinenca in spolnost še vedno velika »tabu« tema.

Za nadaljnje raziskave bi bilo smiselno paciente razdeliti po letih, ki so pretekla od operacije in po tehniki operacije, ki je bila opravljena.

Glede na rezultate, ki smo jih pridobili in če upoštevamo, da je hospitalizacija po vseh kirurških posegih vedno krajša, smo mnenja, da se bodo s težavami pacientov po operaciji raka prostate, vedno več srečevale medicinske sestre v primarnem zdravstvu, tako v splošnih ambulantah kot patronažne službe. Smiselno bi bilo uvesti dodatna izobraževanja na področju urinske inkontinence pri moških in erektilne disfunkcije. Le dobro izobražena medicinska sestra lahko nudi odlično zdravstveno nego in pomoč pacientu na tako občutljivih področjih, kot je inkontinenca in spolnost. Medicinske sestre bi lahko imele veliko vlogo pri preventivi oziroma pri zgodnjem odkrivanju raka prostate, ker lahko pri svojem zdravstveno vzgojnem delu opozori paciente, kako zelo pomemben dejavnik je dednosti pri raku prostate in da v veliki večini rak prostate v zgodnji fazi ne povzroča nikakršnih težav in so zato pomembni preventivni pregledi.

4 ZAKLJUČEK

Število pacientov z rakom prostate v Sloveniji strmo narašča, zato je pričakovati, da se bodo medicinske sestre vedno v večji meri srečavale s težavami, ki nastajajo ob sami diagnozi in posledično tudi s težavami, ki nastajajo po zdravljenju le tega.

Ker se delavna doba podaljšuje, lahko predvidevamo, da bodo pacienti po operaciji raka prostate še vedno aktivni v službi, doma in vključeni v družbeno življenje, zato jim bodo težave, kot so urinska inkontinenca in erekтивna disfunkcija predstavljala velike težave.

V slovenskem prostoru je zaznati pomanjkanje znanja o urinski inkontinenci pri moških. Vsi, ki imamo stik s takšnimi pacienti, se moramo zavedati, kako občutljiva je ta tema za pacienta, zato potrebujemo veliko znanja. Pomembno je, da upoštevamo zasebnost in dostojanstvo pacientov, njihovo voljo in najpomembnejše, da si pridobimo njihovo zaupanje, ker bomo le tako lahko pomagali in svetovali pacientom ob tako občutljivih temah, kot je urinska inkontinenca.

Spolnost je ena izmed življenjskih aktivnosti, na katero mora biti medicinska sestra pozorna pri pacientu, vendar se tej temi izogiba tako medicinska sestra kot pacient, zato ji ne posvečamo dovolj pozornosti. Največji problem nastane v večini primerov zaradi pomanjkanja časa, zasebnosti, znanja o erekktivni disfunkciji in nezadostnega zaupanja med medicinskimi sestrami in pacienti. Med pacienti je še vedno prisotna miselnost, da je urinska inkontinenca in težave v spolnosti nekaj sramotnega.

Smiselno bi bilo organizirati več dodatnih izobraževanj na to temo v zdravstvenih organizacijah, ali mogoče uvesti dodatni predmet pri dodiplomskih študijih. Le dobro izobražena medicinska sestra lahko nudi pacientu dobro in pravilno zdravstveno vzgojno delo.

5 LITERATURA

Bernot M. Zdravstvena nega bolnika z rakom prostate na sistemskem zdravljenju. In: Mlakar-Mastnak D, Lokar K, eds. Ženske, moški in rak, Terme Zreče, 22.-23. marec 2007. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2007:168-9.

Bizilj I, Ščepanović D. Zavedanje pomena vaj za mišice medeničnega dna med študenti Visoke šole za zdravstvo. *Obzor Zdr N.* 2007;41:85.

Cenčič M. Kako poteka pedagoško raziskovanje: primer kvantitativne empirične neeksperimentalne raziskave; Ljubljana: Zavod RS za šolstvo; 2009.

Chou R, Dana T, Bougatsos C, Fu R, Blazina I, Gleitsmann K, et al. Treatments for localized prostate cancer. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2011:91.

Coelho RF, Rocco B, Patel MB, Orvieto MA, Chauhan S, Ficarra V, et al. Retropubic, laparoscopic, and robot-assisted radical prostatectomy: a critical review of outcomes reported by high-volume centers. *J Endourol.* 2010;24(12):2003-15. Dostopno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20942686> (10.11.2012).

Čufer T. Prostata. In: Primic-Žakelj M, Zadnik V, Žagar T, Zakotnik B, eds. Preživetje bolnikov z rakom, zbolelih v letih 1991–2005 v Sloveniji. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana, Epidemiologija in register raka, Register raka Republike Slovenije; 2009: 188, 196.

Droz JP, Balducci L, Bolla M, Emberton M, Fitzpatrick JM, Joniau S, et al. Background for the proposal of SIOG guidelines for the management of prostate cancer in senior adults. *Crit Rev Oncol Hematol* 2010;73(1):68-91. Dostopno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19836968> (09.11.2012).

Erić L. Splošno o seksualnih disfunkcijah. In: Erić L, ed. Seksualne disfunkcije. Ljubljana: Založba inštituta za psihološko astrologijo in psihoanalizo; 2011: 60.

Ficarra V, Novara G, Artibani W, Cestari A, Galfano A, Graefen M, et al. Retropubic, laparoscopic, and robot-assisted radical prostatectomy: a systematic review and cumulative analysis of comparative studies. *Eur Urol* 2009; 55(59):1037-63. Dostopno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19185977> (22.09.2012).

Fu Q, Moul JW, Sun L. Contemporary Radical Prostatectomy. *Prostate Cancer*. 2011; 645030.

Gacci M, Simonato A, Masieri L, Gore J L, Lanciotti M, Mantella A, et al. Urinary and sexual outcomes in long-term(5+ years) prostate cancer disease free survivors after radical prostatectomy. *HQLO*. 2009;7:94.

Gordon M. Negovalne diagnoze- priročnik. Maribor: Univerzitetna knjižnica Maribor; 2006.

Hlebš S. Ozaveščenost slovenskih zdravstvenih delavcev o osnovni problematiki urinske inkontinence. *Obzor Zdr N*. 2008;42(4):261-72.

Intihar M. Življenje starostnika z urinsko inkontinenco [diplomsko delo]. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede, Univerza v Mariboru; 2010.

Jančar J. Osnove patologije za študente zdravstvene fakultete. Radovljica: Didakta; 2009:124.

Joslyn SA, Konety BR. Impact of extent of lymphadenectomy on survival after radical prostatectomy for prostate cancer. *Urology*. 2006;68(1):121-5. Dostopno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16806432> (14.12.2012).

Kancerološko združenje Slovenskega zdravniškega društva, Združenje za fizikalno in rehabilitacijsko medicino Slovenskega zdravniškega društva, Onkološki inštitut, Inštitut RS za rehabilitacijo, Zveza slovenskih društev za boj proti raku; 2007:134-5.

Kang DC, Hardee MJ, Fesperman SF, Stoffs TL, Dahm P. Low quality of evidence for robot-assisted laparoscopic prostatectomy: results of a systematic review of the published literature. *Eur Urol* 2010; 57(6): 930-7. Dostopno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20138423> (08.12.2012).

Kmetec A, Bizjak I, Oblak C, Zupančič M, Bratuž D. Smernice za diagnostiko, spremljanje in zdravljenje moških z benigno hipertrofijo prostate. Ljubljana: Združenje urologov Slovenije, Društvo za zdrava sečila; 2010:8-13.

Kmetec A. Radikalna prostatektomija. In: Oblak C, ed. Smernice za zdravljenje raka prostate. Ljubljana: Združenje urologov Slovenije; 2008:14-5.

Kragelj B, Borštnar S, Sedmak B. Urogenitalni raki: Rak prostate. In: Novaković S, Hočevar M, Jezeršek-Novaković B, Strojjan P, Žgajnar J, eds. Onkologija raziskovanja, diagnostika in zdravljenje raka. Ljubljana: Mladinska knjiga Založba; 2009:347-52.

Oblak C. Rak prostate in vpliv na kvaliteto življenja. In: Mlakar-Mastnak D, Lokar K, eds. Ženske, moški in rak, Terme Zreče, 22.-23. marec 2007. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2007:155-6.

Parać I. Rak prostate. In: Kramer F, ed. Rak prostate: zbornik prispevkov, Velenje. 18-20. junij 2009. Slovenj Gradec: Oddelek za urologijo, Splošna bolnišnica Slovenj Gradec; 2009:69.

Petrijevčanin B, Šegš N. Vloga zdravstvene nege pri zdravljenju raka prostate z obsevanjem. In: Mlakar-Mastnak D, Lokar K, eds. Ženske, moški in rak, Terme Zreče, 22 -23 marec 2007. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2007:187.

Prešern R. Preprečevanje komplikacij pri bolnikih s stalnim urinskim katetrom. In: Kramer F, ed. Rak prostate:zbornik prispevkov, Velenje, 18-20 junij 2009. Slovenj Gradec: Oddelek za urologijo, Splošna bolnišnica Slovenj Gradec; 2009:96.

Primic-Žakelj M, Zadnik V. Epidemiologija raka prostate. In: Kramer F, ed. Rak prostate:zbornik prispevkov, Velenje, 18-20 junij 2009. Slovenj Gradec: Oddelek za urologijo, Splošna bolnišnica Slovenj Gradec; 2009:10.

Rotovnik-Kozjek N, Lahajnar S, Snoj Z, Škufca-Smrđel AC. Podporna terapija raka. In: Novaković S, Hočevār M, Jezeršek-Novaković B, Strojān P, Źgajnar J, eds. Onkologija raziskovanja, diagnostika in zdravljenje raka. Ljubljana: Mladinska knjiga Založba; 2009:184.

Rozman M. Ljubezen, intimnost in spolna želja v partnerstvu. Obzor Zdr N. 2009;43(2) 129.

Rozman S. Celostne potrebe onkoloških pacientov po zaključenem zdravljenju. In: Grabljevec K, Novaković S, Zakotnik B, Źgajnar J, eds. Rahabilitacija po zdravljenju raka: zbornik predavanj, Laško, 25-26 maj 2007.

Sedmak B. Presejanje in diagnostika raka prostate. In: Oblak C, ed. Smernice za zdravljenje raka prostate. Ljubljana: Združenje urologov Slovenije; 2008:8.

Sedmak B. Hormonsko zdravljenje raka prostate. In: Oblak C, ed. Smernice za zdravljenje raka prostate. Ljubljana: Združenje urologov Slovenije; 2008:23.

Skela Savič B. Kontinuirana zdravstvena obravnava-izziv sodobnega menedžmenta bolnišnične zdravstvene nege. Obzor Zdr N. 2007;41(9).

Skoberne M. Spolnost in spolno zdravje, Spolnost 1. del. Obzor Zdr N.2004;38(40).

Snoj Z. Podporna terapija raka: Psihoonkologija. In: Novaković S, Hočevar M, Jezeršek-Novaković B, Strojjan P, Žgajnar J, eds. Onkologija raziskovanja,diagnostika in zdravljenje raka. Ljubljana: Mladinska knjiga Založba; 2009:194.

Ščepanović D. Trening mišic medeničnega dna. Obzor Zdr N. 2003;37(125-31).

Škufca Smrdel AC. Psihološki vidiki zdravljenja in rehabilitacije onkološkega bolnika. In: Grabljevec K, Novaković S, Zakotnik B, Žgajnar J, eds. Rahabilitacija po zdravljenju raka: zbornik predavanj, Laško, 25-26 maj 2007. Ljubljana: Kancerološko združenje Slovenskega zdravniškega društva, Združenje za fizikalno in rehabilitacijsko medicino Slovenskega zdravniškega društva, Onkološki inštitut, Inštitut RS za rehabilitacijo, Zveza slovenskih društev za boj proti raku; 2007:49.

Zupančič M, Kramer F, Krstanoski Z, Koršič L, Parač I, Vodopija N. Laparskopska radikalna prostatektomija- ocena po 10 letih. In: Kramer F, ed. Rak prostate:zbornik predavanj, Velenje, 18-20 junij 2009. Slovenj Gradec: Oddelek za urologijo, Splošna bolnišnica Slovenj Gradec; 2009:33.

Weber BA, Roberts BL, Chumblor NR, Mills TL, Algood CB. Urinary, sexual and bowel dysfunction and bother after radical prostatectomy. Urologic nursing. 2007; 27(6):527-33.

Wei J, Dunn R, Litwin M, Sandler H, Sanda M. The Expanded Prostate Cancer Index Composite. University of Michigan Health system. 2002. Dostopno na: <http://www.med.umich.edu/urology/research/EPIC/EPIC-2.2002.pdf> (13.12.2012).

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT – ANKETNI VPRAŠALNIK

ANKETNI VPRAŠALNIK

Sem Alenka Grošelj, absolventka Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice. V okviru diplomskega dela opravljam raziskavo z naslovom »Kakovost življenja pacienta po laparoskopski radikalni prostatektomiji«.

Z vprašalnikom, ki je pred vami, bom pridobila pomembne podatke za svoje diplomsko delo. Z namenom pridobitve rezultatov raziskave, vas vljudno prosim, da odgovorite na spodaj navedena vprašanja. Vprašalnik je anonimen. Podatki bodo uporabljeni izključno in samo za namen diplomskega dela.

Na vprašanja odgovorite tako, da označite s križcem pred odgovorom, ki vam ustreza. Za sodelovanje se vam že vnaprej zahvaljujem.

1. STAROST

- 55 do 60
- 61 do 65
- več kot 65

2. IZOBRAZBA

- poklicna
- srednja
- visoka
- univerzitetna

3. STATUS

- zaposlen
- upokojenec
- brez zaposlitve

4. RAZMERJE/STAN

- poročen
- samski
- vdovec
- izven zakonska veza

5. Na splošno bi lahko rekli, da je vaše zdravje:

- sijajno
- zelo dobro
- dobro
- znosno
- slabo

6. Naslednja vprašanja se nanašajo na dejavnosti, ki jih lahko storite v vašem tipičnem dnevu.

V kolikšni meri vas vaše zdravstveno stanje omejuje pri teh dejavnostih? (obkrožite številko pod vašim odgovorom)

	zelo me ovira	malo me ovira	nič me ne ovira
zmerne dejavnosti, kot so premikanje mize, stola sesanje, kegljanje, igranje golfa	1	2	3
hoja po nekaj stopnicah	1	2	3

7. Ali ste v zadnjih štirih tednih pri opravljanju dnevnih opravil in aktivnosti imeli katero od naslednjih težav zaradi vašega telesnega zdravja?

	da	ne
opravil sem manj dela kot bi želel	1	2
opravil sem samo nujne stvari in aktivnosti	1	2

8. Ali ste v zadnjih štirih tednih pri opravljanju dnevnih opravil in aktivnosti imeli katero od naslednjih težav zaradi vaših čustvenih težav kot so depresija ali tesnoba?

	da	ne
opravil sem manj kot bi želel	1	2
stvari in aktivnosti nisem opravil tako skrbno, kot bi jih običajno	1	2

9. Kako je v zadnjih štirih tednih bolečina vplivala na vaše normalno delo (vključno z delom v gospodinjstvu in zunaj doma)?

- nič
- zelo malo
- malo
- precej
- močno

10. Naslednja vprašanja se nanašajo na v vaše počutje v zadnjih štiri tednih. Na vsako vprašanje navedite en odgovor kako ste se počutili!

	ves čas	skoraj ves čas	včasih da, včasih ne	občasno da	zelo redko	nikoli
počutim se mirno in sproščeno	1	2	3	4	5	6
imate veliko energije	1	2	3	4	5	6
počutim se obupano in potrto	1	2	3	4	5	6

11. Ali je v zadnjih štirih tednih vaše telesno in čustveno zdravje vplivalo na vaše družbene aktivnosti (npr. obisk prijateljev, sorodnikov,...)?

- ves čas
- večino časa
- občasno
- zelo redko
- nikoli

Naslednja vprašanja se nanašajo na vaše težave z uriniranjem. Prosimo, da se osredotočite na težave v zadnjem mesecu!

12. Kako pogosto v zadnjem mesecu ste imeli težave z uhajanjem urina?

- več kot enkrat na dan
- približno enkrat na dan
- več kot enkrat na teden
- približno enkrat na teden
- redko ali nikoli

13. Kako pogosto v zadnjem mesecu ste imeli kri v urinu?

- več kot enkrat na dan
- približno enkrat na dan
- več kot enkrat na teden
- približno enkrat na teden
- redko ali nikoli

14. Kako pogosto v zadnjem mesecu ste imeli bolečine ali pekoč občutek pri uriniranju?

- več kot enkrat na dan
- približno enkrat na dan
- več kot enkrat na teden
- približno enkrat na teden
- redko ali nikoli

15. Katera od naslednjih trditev najbolj opiše vaš nadzor nad uriniranjem v zadnjem mesecu?

- nimam nadzora nad uriniranjem
- redko imam nadzor
- občasno imam nadzor
- imam popoln nadzor

16. Koliko podlog ali pleničk za odrasle ste uporabili na dan zaradi uhajanja urina v zadnjem mesecu?

- nič
- eno na dan
- dve na dan
- tri ali več na dan

17. Kako velike težave vam predstavlja vsaka od naštetih trditev v zadnjem mesecu?

	ni težava	zelo majhna težava	majhna težava	srednja težava	velika težava
kapljanje in uhajanje urina	0	1	2	3	4
bolečina in pekoč občutek	0	1	2	3	4
kri v urinu	0	1	2	3	4
šibak curek in nepopolno izpraznenje mehurja	0	1	2	3	4
nočno zbujanje, zaradi uriniranja	0	1	2	3	4
pogosto uriniranje čez dan	0	1	2	3	4

18. Kako bi na splošno ocenili vaše težave z uriniranjem v zadnjem mesecu?

- nimam težav
- zelo malo težav
- malo težav
- zmerne težave
- velike težave

Naslednja vprašanja se nanašajo na vaše trenutno spolno zadovoljstvo in delovanje. Veliko vprašanj je zelo osebnih, vendar nam bodo pomagala razumeti vaše težave s katerimi se soočate vsak dan. Vprašalnik je popolnoma anonimen in zaupen in namenjen samo za izdelavo diplomske naloge. Hvala!

19. Kako bi ocenili vsako od naštetih trditev v zadnjem mesecu?

	zelo slaba ali je ni	slaba	ne dobra, ne slaba	dobra	zelo dobra
vaša raven spolne želje	1	2	3	4	5
vaša sposobnost, da imate erekcijo	1	2	3	4	5
vaša sposobnost doseči orgazem	1	2	3	4	5

20. Kako bi opisali kakovost vaše erekcije v zadnjem mesecu?

- ni erekcije
- ni dovolj trda za spolno aktivnost
- dovolj trda samo za predigro ali samozadovoljevanje
- dovolj trda za spolni odnos

21. Kako bi opisali vaše erekcije v zadnjem mesecu?

- nikoli, ko sem si želel nisem imel erekcije
- imel sem erekcijo manj kot polovico primerov, ko sem si želel
- imel sem erekcijo v približno polovici primerov, ko sem si želel
- imel sem erekcijo v več kot polovici primerov, ko sem si želel
- imel sem erekcijo vedno, ko sem si želel

22. Kako pogosto ste imeli spolne odnose v zadnjem mesecu?

- nikoli
- manj kot enkrat na teden
- enkrat na teden
- večkrat na teden
- vsak dan

23. Kako bi ocenili svojo spolno sposobnost zadnji mesec?

- zelo slabo
- slabo
- ne slabo ne dobro
- dobro
- zelo dobro

24. Kako velike težave so vam povzročale vaše spolne funkcije v zadnjem mesecu?

- ni težava
- zelo majhna težava
- majhna težava
- zmerna težava
- velika težava

Naslednja vprašanja se nanašajo na vašo hormonsko funkcijo

25. Kako pogosto ste bili depresivni v zadnjem mesecu?

- več kot enkrat na dan
- približno enkrat na dan
- več kot enkrat na teden
- približno enkrat na teden
- redko ali nikoli

26. Kako pogosto v zadnjem mesecu ste občutili pomanjkanje energije?

- več kot enkrat na dan
- enkrat na dan
- več kot enkrat na teden
- približno enkrat na teden
- redko ali nikoli

27. Kako ste zadovoljni s svojo obravnavo, ki ste jo prejeli glede vaše bolezni raka prostate?

- zelo nezadovoljen
- nezadovoljen
- niti nezadovoljen niti zadovoljen
- zadovoljen
- zelo zadovoljen

HVALA ZA VAŠ ČAS