

Anonym

Testikkelkreft og seksuell helse - Sykepleierens helsefremmende funksjon

Litteraturbachelor HSYK3003
7690 ord

Bacheloroppgave i sykepleie
Juni 2021

Anonym

Testikkelkreft og seksuell helse - Sykepleierens helsefremmende funksjon

Litteraturbachelor HSYK3003
7690 ord

Bacheloroppgave i sykepleie
Juni 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn: Testikkelkreft er en sjelden kreftform, men samtidig er det den hyppigste kreftformen blant unge menn. Hyppigheten øker, samtidig som overlevelsen stiger. Dette fører til at flere menn kommer til å leve videre med konsekvensene av diagnose og behandling. Testikkelkreft opptrer i en sårbar alder hvor relasjoner til andre, reproduksjon og personlig utvikling er i fokus. Spørsmålet blir da hvordan den seksuelle helsen blir påvirket og hvordan sykepleiere kan hjelpe pasientene med disse utfordringene.

Hensikt: Å undersøke hvordan sykepleiere i informasjonssamtaler kan fremme seksuell helse hos testikkelkreftpasienter.

Metode: Strukturert litteraturstudie som benytter eksisterende fagkunnskap, teori og 7 forskningsartikler med både kvalitativ og kvantitativ metode. Evans sin analysemodell ble benyttet for å analysere forskningsartiklene.

Resultat: Seksuell helse blir berørt hos testikkelkreftpasienter, på kort og lang sikt. Pasientene opplevde samtidig manglende informasjon om hvordan de skulle håndtere seneffektene, og mangel på mestringsressurser for å mestre sin situasjon. Samtidig gir sykepleiere seksuell helse lav prioritet, og det er flere faktorer som hindrer dem i å snakke om temaet.

Konklusjon: Sykepleierne bør i informasjonssamtaler legge til rette for at seksuell helse blir snakket om med pasientene. Her kan PLISSIT-modellen være et nyttig verktøy å benytte. Samtidig bør informasjonen være tilpasset pasientens situasjon, og det vil være hensiktsmessig å fokusere på å styrke pasientenes mestringsressurser for å styrke deres opplevelse av sammenheng som en helhet. På denne måten vil pasientene få et bedre utgangspunkt til å møte utfordringer knyttet til deres seksuelle helse.

Nøkkelord: testikkelkreft, seksuell helse, helsefremming, sykepleie, informasjon

Abstract

Background: Testicular cancer is a rare form of cancer, but at the same time it is the most common form of cancer among young men. The frequency increases, but so do survival rates. More men will therefore live with the consequences of diagnosis and treatment. Testicular cancer occurs at a vulnerable age where relationships, reproduction and personal development are in focus. The question then becomes how sexual health is affected and how nurses can help them with these challenges.

Aim: To investigate how nurses in information interviews can promote sexual health among testicular cancer patients.

Method: Structured literature study that use existing knowledge, theory and 7 research articles with both qualitative and quantitative methods. Evans' analysis model was used to analyze the research articles.

Results: Sexual health is affected in testicular cancer patients, in both short- and long term. At the same time, patients experience a lack of information on how to deal with the late effects, and a lack of coping resources to cope with their situation. At the same time, nurses give sexual health low priority, and there are several factors that prevent them from talking about the topic.

Conclusion: In information interviews, nurses should facilitate that sexual health is discussed with patients. The PLISSIT model can be a useful tool. The information should also be adapted to the patient's situation, and it will be appropriate to focus on strengthening patients' coping resources in order to strengthen their sense of coherence as a whole. In this way, patients will have a better base to meet challenges related to their sexual health.

Keywords: testicular cancer, sexual health, health promotion, nursing, information

Forord

“You can` t go back and change the beginning, but you can start where you are and change the ending” – C. S. Lewis

Innhold

1.	Innledning	7
1.1.	Introduksjon og bakgrunn	7
1.2.	Teori	7
1.2.1.	Testikkelkreft	7
1.2.2.	Seksuell helse	8
1.2.3.	Menn og helse	9
1.2.4.	Informasjonssamtaler	10
1.2.5.	Plissit-modellen	10
1.2.6.	Salutogenese og opplevelse av sammenheng	11
1.3.	Problemstilling	12
2.	Metode	13
2.1.	Beskrivelse av metode	13
2.2.	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	13
2.3.	Søkestrategi og søkehistorikk	13
2.4.	Vurdering og utvelgelse av artikler	17
2.5.	Analyse	17
3.	Resultater	18
3.1.	Artikkelmatrise	18
3.2.	Presentasjon av resultater	23
3.2.1.	Seksuell helse og testikkelkreft	23
3.2.2.	Seksuell helse og sykepleie	23
3.2.3.	Mestringsressurser	24
3.2.4.	Informasjon om seksuell helse fra sykepleier til pasient	24
4.	Diskusjon	26
4.1.	Testikkelkreft og seksuell helse	26
4.2.	Sykepleie og seksuell helse	27
4.3.	Mestringsressurser	27
4.4.	Informasjon fra sykepleier til pasient	28
4.5.	Implikasjoner til sykepleie	29
4.6.	Styrker og svakheter med studien	30
4.7.	Konklusjon	30
	Referanser	31
	Vedlegg	34

Tabeller

Tabell 1: Søketablell	14
Tabell 2: Artikkelmatrise	18

1. Innledning

1.1. Introduksjon og bakgrunn

Testikkelkreft er en sjelden kreftform, men samtidig er det den hyppigste kreftformen blant menn under 40 år (Wyller, 2019). Testikkelkreft har økt fra 4 til 11 prosent de siste 60 årene i Norge, og i 2019 var det 313 som fikk diagnosen (Kreftregisteret, 2020). Samtidig som forekomsten øker, øker også overlevelsesprognosen. I dag er det 95% overlevelse 5 år etter diagnose (Kreftforeningen, 2020), og dette innebærer at mange vil leve videre med de mulige konsekvensene som forekommer etter diagnose og behandling. Et grunnleggende behov som kan bli berørt etter en slik situasjon er den seksuelle helsen. Testikkelkreft oppstår i en sårbar alder hvor relasjoner, selvilde, reproduksjon, personlig utvikling og oppdagelser, er sentrale. I en litterær review (Carpentier & Fortenberry, 2010), fant de at 10-20% opplever angst eller depresjon etter behandling, 40% opplever erektil dysfunksjon, og 52% opplevde endret kroppsbilde (Carpentier & Fortenberry, 2010). Dette betyr at seksuell helse bør komme på dagsorden hos denne pasientgruppen.

Samtidig vet vi at sykepleiere er for dårlige til å snakke om seksuell helse med pasienter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Dette er noe jeg selv erfarte i min medisinske praksis ved kreftklinikken og kirurgiske praksis ved urologisk sengepost. Både sykepleiere og andre helseprofesjoner hadde et anstrengt forhold til å snakke om seksualitet, noe som for min del skapte frustrasjon og nysgjerrighet. Hvorfor føler sykepleiere at dette er et vanskelig tema, og hvordan kan vi hjelpe pasientene?

Forbundslederen i NSF, Lill Sverresdatter Larsen skrev i magasinet Sykepleien (2021) at

«Helhetlig sykepleie innebærer å ta seksuelle behov på alvor». (2021, s.149)

En sykepleiers oppgave i møte med pasienten er å avdekke og hjelpe de med utfordringer knyttet til deres grunnleggende behov (Kristoffersen, 2016). Som sykepleier skal vi støtte pasientene og jobbe for at de skal få den behandlingen og informasjonen de har behov for (Kristoffersen, 2016). I denne sammenheng betyr det at man som sykepleier har et ansvar og bør legge til rette for at temaet seksuell helse kan snakkes om, slik at man kan hjelpe pasientene med deres utfordringer.

1.2. Teori

1.2.1. Testikkelkreft

Testiklene er en del av mannens kjønnsorgan, og produserer sædceller og det mannlige kjønnshormonet testosteron (Wyller, 2016). Testiklene er tilknyttet sædledere, og i de finner vi spermatogonier som er multipotente celler. Disse cellene kan dermed differensiere i ulike retninger, men normalt utvikler disse seg til sædceller (Wyller, 2019). Man kan dele testikkelkreft inn i to hovedkategorier basert på hvordan cellene utvikler seg: seminom og ikke-seminom (Wyller, 2019).

Et seminom er en svulst bestående av umodne sædceller, oppstått ved at utviklingen av spermatogoniene har kommet ute av kontroll (Wyller, 2020). 55-69% av all testikkelkreft

er seminomer (helsedirektoratet, 2015), de er lite aggressive og lenge begrenset til testikkelene før de metastaserer (Wyller, 2020).

Ikke-seminomer er svulster som er bygd opp av andre vevstyper som et resultat av at celledifferensieringen har fått en annen retning etter påvirkning av den neoplastiske transformasjonen (Wyller, 2019). Ikke-seminomer utgjør 40-45% av alle tilfellene (helsedirektoratet, 2015), og er mer aggressive og sprer seg på et tidligere tidspunkt enn seminomene (Wyller, 2020).

Første ledd i behandlingen for alle former for testikkelkreft, er å fjerne den berørte testikkelen ved et inngrep kalt orkiektomi (Stubberud & Almås, 2017). Videre behandling avhenger av pasientens sykdomsbilde (Wyller, 2019). Dette vil variere ut ifra om sykdommen er seminom eller ikke-seminom, og om det er oppstått metastaser. Noen pasienter vil behandles med «active surveillance» som innebærer hyppige kontroller etter orkiektomi, mens andre vil ha behov for cytostatika og/eller strålebehandling (Wyller, 2019). Siden spredningen ofte skjer via lymfe- og blodbanene, vil det i noen tilfeller være aktuelt å fjerne lymfeknuter i nærheten til den berørte testikkelen, og ved spredning kan total glandeltolett bli nødvendig (Negaard, 2019, avsn.3).

Sykepleiere møter disse pasientene på sykehus og behandlende institusjoner både før, under og etter behandling (Stubberud & Almås, 2017). Sykepleien vil blant annet bestå av inntakssamtale, pre- og post-operativ sykepleie, utreisesamtale og oppfølgingssamtale (Stubberud og Almås, 2017).

Ved alle behandlinger kan det oppstå seneffekter i ettertid, og det vil det være hensiktsmessig å være klar over de mulige bivirkningene som kan forekomme (Helsedirektoratet, 2015). Dette innebærer kardiovaskulær sykdom, sekundær kreft, hypogonadisme, retrograd ejakulasjon, fatigue, psykologiske og seksuelle påvirkninger, og fertilitets problematikk (Helsedirektoratet, 2015). Forekomsten og alvorlighetsgraden av de mulige bivirkningene og seneffektene varierer i stor grad ut ifra spredning og prognose, behandlingens lengde, behandlingsform og personlige faktorer (Helsedirektoratet, 2015).

1.2.2. Seksuell helse

Seksualitet er et sammensatt og universelt fenomen som berører alle mennesker, og er et av våre primære grunnbehov som har stor betydning for vår livskvalitet (Aars, 2021). Vårt forhold til seksualitet vil variere mye i løpet av livet og vil påvirkes og endres ut ifra livssituasjonen vår og de forutsetningene vi har (Gamnes, 2016).

WHO (2006) definerer seksuell helse som:

“...a state of physical, emotional, mental and social well-being in relation to sexuality; it is not merely the absence of disease, dysfunction or infirmity. Sexual health requires a positive and respectful approach to sexuality and sexual relationships, as well as the possibility of having pleasurable and safe sexual experiences, free of coercion, discrimination and violence. For sexual health to be attained and maintained, the sexual rights of all persons must be respected, protected and fulfilled.” (WHO, 2006)

God seksuell helse avhenger av forholdet man har til sin egen seksualitet og relasjoner til andre mennesker (Gamnes, 2016). Som definisjonen til WHO (2006) viser, påvirkes den seksuelle helsen blant annet av psykiske, fysiske, sosiale og kulturelle forhold.

Problemer knyttet til seksuell helse kan betegnes som fysisk betingede dysfunksjoner og psykisk betingede dysfunksjoner (Gamnes, 2016). Om et problem er fysisk betinget kan det komme av sykdom eller skader i nerve- eller det endokrinesystemet, ved at det virker direkte eller indirekte på seksualfunksjonen (Gamnes, 2016). Ved problemer som er psykisk betinget, kan det være flere faktorer som virker sammen. Tidligere opplevelser, psykoseksuellutvikling, selvbilde, relasjon til andre mennesker, krav fra andre og fra oss selv, prestasjonsangst, og stress er faktorer som kan påvirke vår seksuelle helse negativt (Gamnes, 2016).

Et godt seksualliv er av stor betydning for velværet, en god psykisk helse og gode relasjoner til andre (Aars, 2021). Ved sykdom og skade kommer ofte seksuelle behov i bakgrunn, da liv og helse blir prioritert (Gamnes, 2016). Skade og sykdom kan endre livssituasjonen til et menneske og skape en krise i livet, dette kan føre til at selvbildet endres, man føler seg mindre attraktiv og får mindre overskudd (Gamnes, 2016). Ved kreftsykdom gjennomgår man ofte krevende behandling som kan påvirke negativt både psykisk og fysisk, og tap av kroppsdeler og nedsatt funksjon kan skape en sorgreaksjon (Gamnes, 2016).

Ved skade og sykdom kan manglende informasjon også skape unødvendig angst og bekymring som truer seksuallivet (Gamnes, 2016). Hvordan den seksuelle helsen blir påvirket etter behandling avhenger av alvorlighetsgrad, pasientens opplevelse, holdninger og forståelse, når i livet det skjer, og om partner er til stede (Gamnes, 2016). Informasjon om hvordan seksuallivet og den seksuelle helsen kan bli påvirket, bør derfor inngå som en naturlig del av informasjonen i behandlingsforløpet (Gamnes, 2016).

1.2.3. Menn og helse

Menns holdninger til helse, sykdom og å oppsøke helsehjelp, påvirkes av det typiske «mannsidealet» i samfunnet (Kristoffersen, 2016). Menn skal være maskuline noe som betyr at de må være sterke, ha selvkontroll og selvbeherskelse, være utholden og handlekraftig (Kristoffersen, 2016). Dette samsvarer ikke med skade og sykdom, noe som kan skape et problem hvor menn hyppigere trekker seg tilbake når de får helseproblemer, skjuler følelser, og ikke oppsøker hjelp (Kristoffersen, 2016).

Sammenliknet med kvinner er menn ofte mer positiv og har mindre plager når det kommer til helse, men samtidig holder de hyppigere tilbake informasjon til de som skal gi helsehjelp og de oppgir oftere redusert livskvalitet (Kristoffersen, 2016). Helsetjenesten opplever at menn ofte oppsøker profesjonellhjelp først når stress, angst, depresjon og sykdom er blitt alvorlig (Kristoffersen, 2016).

Mannens holdninger til maskulinitet er samtidig ikke bare negativt. Maskulinitet er også en ressurs som gjør at menn kommer seg raskere gjennom behandling og rehabilitering (Kristoffersen, 2016). Det er vist at menn ofte tar mer tak i situasjonen, jobber mer systematisk, er mer målrettet og handlekraftig, når de først har oppsøkt hjelp (Kristoffersen, 2016).

Menns kjønnsbekreftelse skjer gjennom seksualiteten, og det kan gjøre stor skade når det oppstår problemer ved den seksuelle helsen (Gamnes, 2016). De hyppigste seksuelle problemene hos menn er knyttet til tidlig sædavgang, utløsningsproblematikk, ereksjonsproblemer og tap av lyst (Aars, 2021). Samtidig er de vanligste psykologiske årsakene prestasjonsangst, fryst for å bli avvist, lavt selvbilde og skam (Gamnes, 2016).

1.2.4. Informasjonssamtaler

Når sykdom og skade rammer tilværelsen og utfordrer livssituasjonen, vil mange trenge informasjon, hjelp og støtte (Gamnes, 2016). I sykehus er sykepleiere en av profesjonene som er ansvarlige for å gi denne støtten, og da gjelder det å finne balansen mellom å beskytte og å ta hensyn, mot å utfordre og oppmuntre (Gamnes, 2016). Alle pasienter er forskjellige, noe som gjør at informasjonen, støtten og hjelpen man gir må utføres med respekt for pasientens opplevelse av situasjonene og tilrettelegges individuelt (Gamnes, 2016).

Pasienter har lovfestet rett til å få informasjon om risiko og bivirkninger av den behandlingen de får, og skal dermed ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). Helsepersonelloven, som styrer utøvelsen hos sykepleiere, verner om pasient- og brukerrettighetsloven om informasjonsrett ved at sykepleiere har plikt til å informere pasientene etter pasient- og brukerrettighetsloven §3-2 (Helsepersonelloven, 1999, §10). Dette betyr at pasientene skal få informasjon uten å måtte ta initiativ selv (Gamnes, 2016).

I sykehus vil sykepleiere være en sentral del av behandlingen og er ofte den yrkesgruppen som har mest kontakt med pasientene (Ingstad et al., 2019). Dette gir sykepleierne et stort ansvar i forbindelse med informasjon pasientene får. Ved informasjonssamtaler kan sykepleier ha som mål å kartlegge de fysiske og psykiske behovene til pasienten, eller informerer, veileder og gi råd basert på pasientens situasjon og behov (Brataas & Norum, 2019). Informasjonssamtalene krever at sykepleier er konsentrert, oppmerksom på pasientens opplevelse, engasjert, åpen og trygg (Brataas & Norum, 2019). En måte å møte pasienter på er ved en personsentrert tilnærming. Dette innebærer at informasjonen tilpasses pasientens oppfatninger, spørsmål og ressurser (Brataas & Norum, 2019).

Målet for informasjonssamtalene er å skape en trygg atmosfære hvor pasientene skal kunne føle seg trygge nok til dele tanker og følelser, og til å ta opp temaer og spørsmål som opptar dem (Brataas & Norum, 2019). Hensikten er dermed at det skal legges tilrette for pasientmedvirkning, og pasienten skal sitte igjen med en følelse av trygghet, innsikt og kontroll over egen situasjon (Brataas & Norum, 2019).

1.2.5. Plissit-modellen

Plissit-modellen er en modell som kan brukes som et utgangspunkt når man skal arbeide med seksuell helse (Langhelle et al., 2021). Den viser hvordan man kan starte en samtale om seksuell helse, og hvordan man kan håndtere seksuelle utfordringer (Langhelle et al., 2021). Modellen består av ulike nivåer som beskriver behandlingsbehov og hvordan man kan angripe utfordringene. Nivåene er beskrevet som tillatelse (permission), begrenset informasjon (limited information), spesifikke forslag (specific suggestions) og intensiv terapi (intensive therapy) (Gamnes, 2016). Modellen viser at det er få som trenger ekspert hjelp, og de fleste kan få hjelp av flere profesjoner med kunnskap om sexologi og samlivsrådgivning fra utdannelsen (Gamnes, 2016). Sykepleiere bør med sin utdanning bør være kompetente til å gi råd tilsvarende P og LI nivå (Langhelle et al., 2021).

P: På dette nivået gis pasientene tillatelse til å snakke om seksualitet, og det skapes trygghet for at det er et naturlig tema å snakke om (Langhelle et al., 2021). Her krevers

det lite kompetanse, og de fleste pasientene får hjelp med sine problemer på dette nivået (Gamnes, 2016).

LI: På dette nivået gis begrenset informasjon (Langhelle et al., 2021). Her kreves det at helsepersonell har noe kunnskap om hvordan behandling kan påvirke den seksuelle helsen, og er istand til å avdekke informasjonsbehov hos pasientene (Langhelle et al., 2021)

SS: Dette nivået krever mer kunnskap og kompetanse fra de som gir helsehjelp eller rådgivning, da utfordringene er mer komplekse (Gamnes, 2016). Her behøver pasientene spesifikke forslag til løsninger og svar på konkrete spørsmål om sin situasjon. Helsepersonell som er kompetente til å gi denne helsehjelpen er som regel leger eller psykologer, eller sykepleiere med videreutdanning i feltet (Gamnes, 2016).

IT: På dette nivået er det få pasienter, men de har da behov for et spesialisert behandlingstilbud med helsepersonell spesialisert i psykoterapi eller sexologi (Gamnes, 2016).

1.2.6. Salutogenese og opplevelse av sammenheng

Aaron Antonovsky beskriver helse som et kontinuum, hvor helse og sykdom er ytterpunktene (Kristoffersen, 2016). En salutogen tilnærming fokuserer på hva som fremmer helse hos individer, hva som skaper en bevegelse i retning av helse på kontinuumet (Kristoffersen, 2016). Den salutogene teorien fokuserer på helsefremmende prosesser i individet, i motsetning til patogenese som fokuserer på årsaker til sykdom (Mittelmark & Bauer, 2017). Antonovsky understreker likevel at teoriene om salutogenese og patogenese må jobbe side om side for å skape helse, mestringsfølelse og velvære (Mittelmark & Bauer, 2017).

Et sentralt begrep i den salutogene teorien er opplevelse av sammenheng (Kristoffersen, 2016). Opplevelse av sammenheng handler om holdninger itil livet og hvordan man mestrer stressende situasjoner (Eriksson, 2017). En sterk opplevelse av sammenheng vil skape et bedre utgangspunkt for å være motivert til å håndtere utfordringer, sterkere forståelse av situasjonen, og skape en sterk tillitt til at man har de mestringsressursene man trenger (Eriksson, 2017). På denne måten vil en persons opplevelse av sammenheng avgjøre om utfallet av stressende situasjoner blir skadelig, nøytral eller helsefremmende (Eriksson, 2017).

Opplevelse av sammenheng kan forstås som tre dimensjoner, hvor alle blir formet av omgivelser, erfaringer og mestringsressurser gjennom livet (Eriksson, 2017):

Forståelse handler om i hvilken grad en person oppfatter en situasjon eller hendelse som forståelig, ordnet, strukturert og tydelig (Kristoffersen, 2016). Å ha informasjon og kunnskap skaper en større forståelse, og danner et grunnlag for en opplevelse av trygghet og kontroll som styrker en persons opplevelse av sammenheng (Kristoffersen, 2016).

Håndterbarhet handler om opplevelsen av å ha evnen, mulighetene og ressursene tilgjengelig til å mestre og ha kontroll over hendelser i livet (Kristoffersen, 2016).

Meningsfullhet handler om å oppleve at livet er interessant og en kilde til tilfredsstillelse, og at man ser en mening i livssituasjonen (Kristoffersen, 2016). Har man en opplevelse

av mening i tilværelsen, vil man være mer motivert til å kjempe og holde ut i krevende situasjoner (Kristoffersen, 2016).

1.3. Problemstilling

Temaet for denne litteraturstudien er seksuell helse hos pasienter med testikkelkreft og hvordan sykepleiere kan fremme seksuell helse. Gjennom utdanningen er det satt fokus på at vi som kommende sykepleiere må være flinke til å ta opp seksualitet med pasienter, samtidig har jeg erfart gjennom praksisstudier at dette fortsatt er et betent tema som sjeldent blir tatt opp på avdelingene. Pasienter med testikkelkreft er ofte unge menn i en alder hvor seksualitet og reproduksjon er spesielt sårbart og aktuelt, noe som gjør at jeg vil undersøke hvordan vi som sykepleier kan fremme seksuell helse blant testikkelkreftpasienter. På bakgrunn av dette er følgende problemstilling valgt for denne litteraturstudien:

Hvordan kan sykepleiere i informasjonssamtaler fremme seksuell helse hos testikkelkreftpasienter?

2. Metode

2.1. Beskrivelse av metode

I denne oppgaven er det brukt systematisk litteraturstudie som metode for å besvare problemstillingen. I en litterærstudie bruker man data fra allerede eksisterende fagkunnskap, forskning og teori for å belyse problemstillingen (Dalland, 2020). En systematisk litteraturstudie baserer seg på å gjøre systematiske søk etter forskning innenfor et emne eller problemområde, som er relevant for problemstillingen, for så å analysere resultatene med et nøytralt og kritisk blikk (Dalland, 2020). Sammen med forskningsartiklene bygges oppgaven på pensumlitteratur, faglitteratur, lovverk og definisjoner beskrevet i teoridelen av oppgaven.

2.2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Det systematiske søket ble gjennomført med inklusjons- og eksklusjonskriterier, da det er hensiktsmessig å avgrense og avklare søket for å spisse forskningen mot problemstillingen (Dalland, 2020). På denne måten sikrer søket relevans og pålitelighet til oppgaven (Dalland, 2020).

Inklusjonskriterier:

- Artikler publisert 2011-2021
- Voksne; 18 år+
- Fagfelle-vurdert/Peer re-viewed
- Engelsk, skandinavisk språk
- Overførbart til norske forhold

Eksklusjonskriterier:

- Pasienter under 18 år
- Andre språk enn de som er inkludert
- Artikler før 2011
- Forskning fra utviklingsland, eller forhold som ikke er overførbare til Norge

2.3. Søkestrategi og søkehistorikk

Temaet for oppgaven startet med en interesse for å skrive om seksuell helse og testikkel kreft. For å finne et aktuelt problemområde startet jeg med å fordype meg i litteratur for å få en oversikt over temaet, og på bakgrunn av dette ble det dannet en problemstilling. For å finne og strukturere relevante søkeord ble problemstillingen satt i et PICO-skjema (vedlegg 1). Et PICO-skjema er et verktøy hvor man deler opp problemstillingen i fire kategorier; population/problem, intervention, comparison og outcome (Helsebiblioteket, 2016). Da problemstillingen i denne oppgaven ikke har til hensikt å sammenlikne tiltak, ble ikke comparison (C) brukt i skjemaet.

Basert på søkeord i PICO-skjemaet ble søket delt inn i tre separate søk. Bakgrunnen for å dele søket i tre var at en kombinasjon av alle søkeordene som var ønskelig å benytte ga ingen eller få relevante treff i både Medline, Cinahl, Psycinfo og ERIC. For å svare på problemstillingen ble det da hensiktsmessig å utføre flere søk, i forskjellige databaser, for

å belyse temaet fra flere sider, som samlet vil kunne generere ny kunnskap og forståelse. Det endelige søket presenteres som en søketabell (tabell 1).

Det første søket ble gjort i Medline. Denne databasen inneholder blant annet forskningsartikler rettet mot medisin, helse og sykepleie vitenskap, og hensikten med å bruke denne databasen var å se sammenhengen mellom testikkelkreft, seksuell helse og seksuelle dysfunksjoner. Her ble søkeordene «testicular cancer» og «sexual health or dysfunction» kombinert med AND. Med avgrensningene ga dette 26 treff, hvor av 10 abstrakt ble lest og 3 artikler ble valgt.

Det andre søket ble gjennomført i Cinahl, som er en database fokusert på forskning relatert til sykepleie. Her var hensikten å finne forskning på hvordan sykepleiere kommuniserer seksuell helse med pasienter, deres opplevelse av disse samtalene og fremgangsmåten. Søkeordene «nursing» or «nurse-patient relation»/ «nurse-patient communication», «communication» og «sexual health» ble kombinert med AND, noe som ga 41 søk. Det ble lest 12 abstrakt, hvor av 2 artikler ble inkludert i oppgaven.

Det tredje søket ble gjort i Psycinfo som er en database med forskning innenfor psykologi og psykiatri. Hensikten var å finne forskning på sykepleieres bruk av den salutogene teorien i møte med testikkelkreftpasienter, evt. hvordan bidra til mestring. Søkeordene «nurses»/ «nursing»/ «nursing care»/ «health personnel attitudes» / «health care delivery», «testicular cancer» / «coping behavior», og «sense of coherence» / «salutogenesens» ble kombinert med AND. Dette ga 5 treff, hvor av alle abstrakt ble lest og 1 artikkel ble inkludert.

Det ble til slutt utført et manuelt søk i databasen Oria, basert på setningen «testicular cancer healthcare delivery», for å se etter forskning på hvordan helsehjelp blir gitt. Søket ble avgrenset til 2016-2021 på grunn av mange treff. Den endelige treffraten ble 728, som er et høyt antall, men artikkel nummer 7 ble inkludert i studien da den hadde høy relevans for oppgaven.

Tabell 1: Søketabell

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
Medline	30.04.21	S1	Testicular cancer.mp OR testicular neoplasms		28097	
		S2	Cancer testis.mp		1735	
		S3	Sexual health.mp OR sexual health		11494	
		S4	Exp Sexual dysfunction, physiological/ OR sexual dysfunction.mp OR exp sexual		39985	

			dysfunctions, psychological/			
		S5	1 OR 2		29731	
		S6	3 OR 4		49889	
		S7	5 AND 6		172	
		S8		Peer reviewed 2011-current All adult	26	3 (A, B, C)
Cinahl	05.05.21	S1	"nursing"		751,862	
		S2	(MH "Nurse-patient relations") OR "nurse patient communication"		29,304	
		S3	(MH "communication+") OR "communication"		359,496	
		S4	(MH "sexual health") OR "sexual health"		12,003	
		S5	S3 AND S4 AND (S1 OR S2)	Peer reviewed 2011-current All adult	41	2 (D, E)
Psycinfo	06.05.21	S1	Exp.Nurses/ OR exp. Health personnel attitudes/ OR exp Nursing/ OR exp Health care delivery/ OR nursing care.mp		154,857	
		S2	Exp Neoplasms/ OR testicular cancer.mp OR exp Coping Behavior/		94,868	
		S3	Exp "sense of Coherence"/ OR salutogenesis.mp			

		S4	S1 AND S2 AND S3	Peer reviewed 2011-current All adult	5	1(F)
Oria	06.05.21		Testicular cancer healthcare delivery	Fagfelleverdert Engelsk, norsk Artikler 2016-2021	728	1 (G)

Inkluderte artikler:

A: Wortel, R. C., Alemayehu, W. G. & Incrocci, L. (2015). Orchiectomy and radiotherapy for stage i-ii testicular seminoma: a prospective evaluation of short-term effects on body image and sexual function. *Journal of Sexual Medicine*, 12, 210-218. <https://dx.doi.org/10.1111/jsm.12739>

B: Rossen, P., Pedersen, A. F., Zachariae, R. & von der Maase, H. (2012). Sexuality and body image in long-term survivors of testicular cancer. *European Journal of Cancer*, 48, 571-578. <https://dx.doi.org/10.1016/j.ejca.2011.11.029>

C: Hoyt, M. A., McCann, C., Savone, M., Saigal, C. S. & Stanton, A. L. (2015). Interpersonal sensitivity and sexual functioning in young men with testicular cancer: the moderating role of coping. *International Journal of Behavioral Medicine*, 22, 709-716. <https://dx.doi.org/10.1007/s12529-015-9472-4>

D: Annerstedt, C. F. & Glasdam, S. (2019). Nurses' attitudes towards support for and communication about sexual health—A qualitative study from the perspectives of oncological nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 28(19-20), 3556–3566. <https://doi.org/10.1111/jocn.14949>

E: Saunamäki, N. & Engström, M. (2014). Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears. *Journal of Clinical Nursing*, 23(3-4), 531–540. <https://doi.org/10.1111/jocn.12155>

F: Kvåle, K. & Synnes, O. (2013). Understanding cancer patients' reflections on good nursing care in light of Antonovsky's theory. *European Journal of Oncology Nursing: The Official Journal of European Oncology Nursing Society*, 17(6), 814–819. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2013.07.003>

G: Shen, A. H., Howell, D., Edwards, E., Warde, P., Matthew, A. & Jones, J. M. (2016). The experience of patients with early-stage testicular cancer during the transition from active treatment to follow-up surveillance. *Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations*, 34(4), 168.e11–168.e20. <https://doi.org/10.1016/j.urolonc.2015.09.016>

2.4. Vurdering og utvelgelse av artikler

Alle utvalgte artikler følger IMRAD-struktur og svarer til inklusjons- og eksklusjonskriteriene. For å kvalitetssikre publiseringskanalene artiklene var utgitt i, ble Norsk senter for forskningsdata (2021) sitt register over vitenskapelige publiseringskanaler brukt for å sikre at de holder nivå I eller II. For videre kvalitetssikring ble det benyttet sjekklister for kvalitativ- og kvantitativ forskning hentet fra Helsebiblioteket (2016), for å sikre at forskningen hadde god kvalitet og relevans til problemstillingen.

Det er inkludert syv forskningsartikler; to kvantitative studier, tre kvalitative studier, en tverrsnittstudie som bruker kvalitativ og kvantitativ metode, og en studie som benytter en hermeneutisk tilnærming for å analysere data fra en empirisk studie. Kvantitativ metode gir data i målbare enheter (Dalland, 2020), og kan derfor brukes til studerer omfanget og hyppighet, samtidig som det kan være med å bygge opp under aktualiteten til problematikken. Kvalitativ metode gir data som handler om meninger, opplevelser og erfaringer (Dalland, 2020), og vil da gi kunnskap om nåværende praksis og meninger hos sykepleiere, samt gi et perspektiv på pasienters opplevelse og meninger. På denne måten sees det derfor hensiktsmessig å benytte både kvalitativ og kvantitativ forskning for svare på problemstillingen.

2.5. Analyse

For å analysere artiklene har jeg valgt å bruke Evans (2002) sin analysemodell. Denne analysemodellen består av fire forskjellige faser for å analysere og fremstille data. Resultatet fra analysen presenteres i kapittel 3.1 og 3.2.

Første fase er å samle inn data (Evans, 2002). Denne fasen er beskrevet tidligere i oppgaven ved kapittel 2.2 og 2.3. Den handler om å bestemme emne, tema eller problemområdet. Deretter gjennomføre søk i databaser og finne relevante studier ved å bruke inklusjons- og eksklusjonskriterier (Evans, 2002). Det ble inkludert 7 artikler hvor vurderingsprosessen er beskrevet i kapittel 2.4. Under analysering av artiklene ble de nummerert fra A til F, hvor artikkel A ble funnet først og F ble funnet sist (Tabell 2). På denne måten skapte det oversikt.

Andre fase er å identifisere nøkkelfunn i studiene (Evans, 2002). Alle artiklene ble grundig lest og gjennomgått, noe som var tidkrevende, men nyttig da det gjorde prosessen videre mer oversiktlig. Ved gjennomgangen av hver artikkel ble det skrevet ned resultater, nøkkelfunn og implikasjoner, for å lettere kunne sammenlikne studiene senere (Tabell 2).

Tredje fase er å sammenlikne og sortere funn på tvers av studiene (Evans, 2002). Her ble funnen fra studiene sortert i kategorier som gikk igjen, for å finne likheter og ulikheter ved resultatene.

Fjerde fase er å lage en beskrivelse og syntese av funnene (Evans, 2002). Analysen av resultatene ga følgende kategorier som blir presentert i kapittel 3.1: *seksuell helse og testikkelkreft, seksuell helse og sykepleie, informasjon, og mestringsressurser.*

3. Resultater

3.1. Artikkelmatrise

Tabell 2: Artikkelmatrise

Referanse	Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål	Metode	Resultat	Kommentar og relevans for problemstilling
<p>A) Wortel, R. C., Alemayehu, W. G. & Incrocci, L. (2015). Orchiectomy and radiotherapy for stage i-ii testicular seminoma: a prospective evaluation of short-term effects on body image and sexual function. <i>Journal of Sexual Medicine</i>, 12, 210-218. https://dx.doi.org/10.1111/jsm.12739</p>	<p>Hensikten var å evaluere korttidseffekten av orkiektomi og strålebehandling på kroppsbilde og seksuell funksjon, interesse, aktivitet, nytelse og tilfredshet hos pasienter med seminom testikkelkreft.</p>	<p>Prospektiv observasjons studie som bruker kvalitativ metode. 120 personer gjennomførte tre spørreundersøkelser fra etter orkiektomi, men før strålebehandling, og frem til 6 måneder etter behandling.</p> <p>En tysk undersøkelse av menn med seksuell dysfunksjon, og EORTC QLQ-PR25 (undersøkelse av livskvalitet hos testikkelkreftpasienter) ble brukt for å analysere data.</p>	<p>Over 60% av pasientene opplevde endret kroppsbilde etter orkiektomi, og etter 6 måneder rapporterte 45% uønskede effekter på seksuallivet. Endret kroppsbilde var betydelig assosiert med redusert seksuell interesse, nytelse og erektil funksjon. Yngre pasienter rapporterte mer bekymring og større utfordringer i seksuallivet.</p>	<p>Artikkelen viser at seksualitet og seksuell helse er et aktuelt tema, og fremhever at helsepersonell bør rette mer fokus mot dette for å hindre videre utfordringer hos pasientene. Artikkelen anbefaler at kroppsbilde og seksualitet blir tatt opp på et tidlig stadium for å kunne tilby behandling eller seksuell rådgivning om det er nødvendig, for å hindre utfordringer på langsikt.</p>
<p>B) Rossen, P., Pedersen, A. F., Zachariae, R. & von der Maase, H. (2012). Sexuality and</p>	<p>Hensikten var å utforske seksuell morbiditet hos testikkelkreft overlevende behandlet med</p>	<p>Kvantitativ tverrsnittstudie. 401 deltakere. Spørreskjema for å evaluere langsiktig oppfølging om seksualitet og</p>	<p>18% opplevde erektil dysfunksjon, 7% problemer med ejakulasjon, 24% redusert seksuell interesse</p>	<p>Artiklene viser at seksuelle dysfunksjoner oppstår uavhengig av behandlingsform, sett bort i fra ejakulasjons</p>

<p>body image in long-term survivors of testicular cancer. <i>European Journal of Cancer</i>, 48, 571-578. https://dx.doi.org/10.1016/j.ejca.2011.11.029</p>	<p>aktiv overvåkning, strålebehandling, kjemoterapi og kjemoterapi med retroperitonealt glandeltolett. Videre var formålet med studien å undersøke om seksuell morbiditet var assosiert med opplevde endringer i kroppsbilde.</p>	<p>endringer i kroppsbilde Pasientene ble delt inn i fire grupper basert på behandlingen de hadde fått: aktiv overvåkning, strålebehandling, kjemoterapi, eller kjemoterapi med retroperitoneal glandeltolett.</p> <p>4-point likert scale og EORTC QLQ-PR25 (undersøkelse av livskvalitet hos testikkelkreftpasienter) ble brukt for å analysere data.</p>	<p>17% endret kroppsbilde. Problemer med ejakulasjon virket relatert til RPGT, men uten om det var det ingen sammenheng mellom behandlingsform og seksuell dysfunksjon. Endret kroppsbilde var en betydelig faktor for alle seksuelle dysfunksjonene, og flere opplevde lavere følelse av maskulinitet.</p>	<p>problematikk ved RPGT. Opplevelse av maskulinitet og tanker om fysisk styrke blir påvirket negativt av endret kroppsbilde. Artikkelen foreslår mer informasjon og rådgivning for å hindre langtidseffekter på seksuell helse.</p>
<p>C) Hoyt, M. A., McCann, C., Savone, M., Saigal, C. S. & Stanton, A. L. (2015). Interpersonal sensitivity and sexual functioning in young men with testicular cancer: the moderating role of coping. <i>International Journal of Behavioral Medicine</i>, 22, 709-716. https://dx.doi.org/10.1007/s12529-015-9472-4</p>	<p>Hensikten var å avgjøre om mellommenneskelig følsomhet er assosiert med nedsatt seksuell funksjon hos testikkelkreftpasienter, slik det er observert hos menn med prostatakreft, og om denne sammenhengen blir påvirket av mangel på mestringsressurser.</p>	<p>Kvantitativ studie med 171 menn i alderen 18-29 år, tidligere testikkelkreft. Spørreskjema om mellommenneskelig følsomhet, seksualfunksjon og tilnærming- og unngåelsesorientert mestring.</p> <p>BSI, CAYA og COPE ble brukt for å analysere data, sammen med lineærregresjon for å teste hypotese.</p>	<p>Studien fant at høy mellommenneskelig følsomhet og lav tilnæringsorientert mestring ga dårligere seksuell funksjon hos pasientene, på samme måte som hos pasientene med prostatakreft. Mellommenneskelig følsomhet og mangel på mestringsressurser var viktige faktorer som gjorde noen pasienter mer sårbare for seksuell dysfunksjon og dårlig håndtering av sin livssituasjon etter testikkelkreft.</p>	<p>Artikkelen viser at individuelle personlige forskjeller kan være avgjørende for hvordan pasientene takler diagnose, behandling og overlevelse. Som helsepersonell må man derfor være oppmerksomme på pasienter som kan være mer utsatt for utfordringer i ettertid, som for eksempel pasienter som er mer mellommenneskelig følsomme. Artikkelen viser også at å fokusere på å styrke pasientenes mestringsressurser vil være</p>

				hensiktsmessig for å fremme helse.
<p>D) Annerstedt, C. F. & Glasdam, S. (2019). Nurses' attitudes towards support for and communication about sexual health—A qualitative study from the perspectives of oncological nurses. <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 28(19-20), 3556–3566. https://doi.org/10.1111/jocn.14949</p>	<p>Hensikten var å utforske hvordan sykepleiere forholder seg til støtte og kommunikasjon om seksuell helse med pasienter ved en kreftklinikk.</p>	<p>Studien bruker en kvalitativ metode med semistrukturerte intervju av 7 sykepleiere i sør-Sverige.</p> <p>Focault`s teori om styrke, disiplin og normalisering, og SRQR sjekklisten ble brukt for å analysere data.</p>	<p>Sykepleierne har skapt en norm om seksuell helse som sier at det tilhører unge pasienter i monogame, heterofile, stabile forhold og at kreftpasienter ikke har energi til sex. Seksuell helse hadde lav prioritet og ble sjeldent tatt opp. De var av en generell oppfatning av at seksuelle problemer var fysiske og kunne behandles medikamentelt. Sykepleiere tok sjeldent opp temaet, og brosjyrer ble sett på som det beste alternativet for informasjon. Oppfatningen var at om pasienten ikke tok opp temaet var det ikke et tema. Samtidig viste studien at sykepleiere har en avgjørende rolle i om pasienten får muligheten til profesjonellhjelp med seksuelle utfordringer.</p>	<p>Artikkelen viser sykepleiers forhold til å ta opp seksuell helse med kreftpasienter, samtidig som den viser hvor avgjørende en sykepleier er for hvilken informasjon pasientene skal få og hjelpen videre. Den viser at seksuell helse fortsatt er tabu og at mange pasienter er i fare for å ikke få den hjelpen de trenger da temaet blir unngått.</p>
<p>E) Saunamäki, N. & Engström, M. (2014). Registered nurses'</p>	<p>Hensikten var å beskrive sykepleieres refleksjoner om å snakke med pasienter om seksualitet.</p>	<p>Kvalitativ studie basert på intervju av 10 sykepleiere fra tre forskjellige sykehus i Sverige.</p>	<p>Studien viser at det er delte meninger blant deltakerne om hvem som har ansvar for at seksuell helse blir tatt opp.</p>	<p>Artikkelen viser opplevelser sykepleiere har i møte med det seksuelle mennesket og funn som forklarer hva som legger til</p>

<p>reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears. <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 23(3-4), 531–540. https://doi.org/10.1111/jocn.12155</p>		<p>Data ble analysert med kvalitativ innholdsanalyse.</p>	<p>Flere faktorer fører til at sykepleiere ikke tar opp temaet, bevisst eller ubevisst; mangel på kunnskap, tid, ressurser, erfaring, at det er tabu, fordommer, usikkerhet og opplevelse av ubehag, er årsaker som kommer opp fra sykepleierne.</p>	<p>rette for at sykepleiere skal kunne snakke om seksualitet med pasienter, og hva som hindrer sykepleiere i å ta opp temaet. Studien påpeker at det er nødvendig med mer kunnskap og trening i å håndtere og å snakke om seksualitet, for at sykepleier skal kunne bli bedre. Det er nødvendig at sykepleiere forstår at deres kunnskap og samtaler om seksualitet kan føre til bedre livskvalitet hos pasientene og at det er behov for at sykepleiere går ut av komfortsonen og snakke om dette som en del av profesjonen deres.</p>
<p>F) Kvåle, K. & Synnes, O. (2013). Understanding cancer patients' reflections on good nursing care in light of Antonovsky's theory. <i>European Journal of Oncology Nursing: The Official Journal of European</i></p>	<p>Hensikten var å reflektere over hvordan helsepersonell, ved å gi god omsorg, kan fungere som viktige ressurser for pasientenes aktivisering av generelle motstandsressurser, og på denne måten bidra til fremming og</p>	<p>Hermeneutisk, kvalitativ studie, som analyserer data fra en empirisk studie om kreftpasienters oppfatning av god omsorg i lys av Antonovsky`s teori.</p> <p>20 kreftpasienter (10 menn og 10 kvinner) på en onkologisk avdeling i Norge, ble intervjuet. Pasientene hadde</p>	<p>Analyse av dataene viser at sykepleiere, leger, familie og venner kan fungere som viktige ressurser når det er nødvendig, og at de fleste av pasientene lyktes i å aktivere sine generelle motstandsressurser for å håndtere stressfaktorer.</p> <p>God omsorg støtter pasientens fremming og vedlikehold av meningsfullhet, forståelighet og</p>	<p>Artikkelen poengterer og viser hvordan sykepleiere kan fremme pasientenes opplevelse av sammenheng og bidra til å aktivere deres generelle motstandsressurser. Den får frem at å være lyttende og interessert i hva som gir pasienter mening, kan styrke opplevelsen av mening, å gi god informasjon tilpasset hver enkelt situasjon kan styrke deres</p>

<p><i>Oncology Nursing Society</i>, 17(6), 814–819. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2013.07.003</p>	<p>vedlikehold av deres opplevelse av sammenheng.</p>	<p>ulike kreftdiagnoser på forskjellige stadier og prognoser.</p>	<p>håndterbarhet og forsterker dermed deres opplevelse av sammenheng.</p>	<p>forståelse, og å lindre fysisk smerte og å få pasientene til å føle seg trygge kan styrke deres opplevelse av håndterbarhet. God pleie bør dermed basere seg på dette for å fremme og vedlikeholde pasienters opplevelse av sammenheng.</p>
<p>G) Shen, A. H., Howell, D., Edwards, E., Warde, P., Matthew, A., & Jones, J. M. (2016). The experience of patients with early-stage testicular cancer during the transition from active treatment to follow-up surveillance. <i>Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations</i>, 34(4), 168.e11–168.e20. https://doi.org/10.1016/j.urolonc.2015.09.016</p>	<p>Hensikten var å få en bedre forståelse av hvordan pasienter med testikkelkreft på et tidlig stadium erfarer overgangen fra aktiv kreft behandling til oppfølging.</p>	<p>Kvalitativ og kvantitativ tversnittstudie. 90 personer gjennomførte et spørreskjema, og fokusgruppe eller telefon intervju. SPSS, Shapiro-Wilk test og Mann-Whitney test ble brukt til å analysere kvantitative data, og kvalitative data ble analysert med kvalitativ innholdsanalyse.</p>	<p>Pasientene hadde god kunnskap om overlevelse, men de fleste hadde ingen formell plan for overgangen til oppfølging. En betydelig minoritet følte seg uforberedt på hvordan de skulle takle ettervirkningene av behandling og tiden etter behandlingsslutt. Særlig yngre menn hadde mindre kunnskap, følelse av beredskap, informasjon og veiledning. De rapporterte at de ikke hadde fått verktøy for å mestre utfordringene i overlevelsesfasen, for å være selvgående eller informasjon om pasientressurser.</p>	<p>Studien viser hvordan pasienters håndtering av sin situasjon etter behandling kan påvirkes av helsepersonells evne til å informere og veilede om ettervirkninger av behandling, og viktigheten av å gi pasienter ressurser til å mestre sin hverdag og situasjon.</p>

3.2. Presentasjon av resultater

3.2.1. Seksuell helse og testikkelkreft

Pasienter opplever utfordringer etter testikkelkreft knyttet til deres seksuelle helse på kort- og langsikt (Hoyt et al., 2015; Rossen et al., 2012; Shen et al., 2016; Wortel et al., 2014). Hele 45% av pasientene opplever utfordringer i varierende alvorlighetsgrad og uønskede effekter på seksuallivet etter diagnose og behandling. Dette er assosiert med erektil dysfunksjon, redusert seksuell interesse, aktivitet, nytelse, glede og tilfredshet (Wortel et al., 2014). Opptil 42,6% opplever redusert seksuell aktivitet og 24,4% opplevde redusert seksuell interesse (Rossen et al., 2012).

Det er uvisst om påvirkningen av den seksuelle helsen er fysisk eller psykisk, men psykologiske faktorer som angst, stress, bekymring og depresjon etter diagnose og behandling, kan være faktorer som påvirker den seksuelle helsen (Rossen et al., 2012; Wortel et al., 2014).

Endret kroppsbilde er betydelig assosiert med uønskede effekter på seksuallivet og seksuell dysfunksjon (Rossen et al., 2012; Shen et al., 2016; Wortel et al., 2014). 51% opplevde i varierende grad forandringer i kroppsbilde etter orkiektomi (Wortel et al., 2014). Dette skapte en bekymring for å kle av seg blant andre menn hos 19% og problemer ved seksuell kontakt med partner hos 13% (Wortel et al., 2014). Pasientene slet med følelsesmessige påvirkninger av sykdommen og forholdet til sine nærmeste, på grunn av lavere opplevelse av maskulinitet, antakelser om hvordan de skulle håndtere situasjonen, press for å være sterk og å manne seg opp (Shen et al., 2016). Dette påvirket blant annet påvirket seksuallivet deres (Shen et al., 2016).

3.2.2. Seksuell helse og sykepleie

Sykepleierne gir seksualitet og seksuell helse lav prioritet, og det er et sjeldent tema i møte med pasientene (Annerstedt & Glasdam, 2018; Saunamäki & Engstöm, 2014). De fleste sykepleierne mente at det var deres ansvar å ta opp seksuell helse, og de anså seksualitet som en viktig del av pasientenes liv (Saunamäki & Engstöm, 2014). Det ble listet opp flere grunner til å ikke ta opp seksualitet med pasienter: tabubelagt, stressende arbeidsmiljø, lite tid, pasienter deler rom, manglende kunnskap, manglende erfaring, og mangel på rutiner (Saunamäki & Engstöm, 2014). Andre fysiske tilstander ble også ansett som viktigere (Annerstedt & Glasdam, 2018).

Sykepleierne formidlet at personlig kompetanse og kontinuitet med pasientene var viktig for å kunne berøre seksuelle problemer (Annerstedt & Glasdam, 2018). Pasienter var mer sannsynlig til å ta opp sensitiv problematikk om de hadde bygd opp tillit gjennom kontinuitet i behandlingen. Samtidig tok noen pasienter det opp uten dette, og da fikk sykepleierne inntrykk av at det kanskje ikke er nødvendig med oppbygd tillit og kontinuitet (Annerstedt & Glasdam, 2018). Noen sykepleiere syntes det var letter å ta opp temaet under en inkomstsamtale, da det var et naturlig tidspunkt å stille spørsmål (Saunamäki & Engstöm, 2014). Samtidig som det å bruke humor kunne være en trygg måte å starte samtalen på, da det var mer komfortabelt for begge parter, så lenge man var bevisst på seriositeten som lå i bunn (Saunamäki & Engstöm, 2014).

Normen ved klinikken var at seksuell helse var forbehold yngre pasienter i et heterofilt parforhold, og at dette temaet ikke var like aktuelt for eldre, single og andre seksuelle orienteringer (Annerstedt & Glasdam, 2018; Saunamäki & Engstöm, 2014). Noen sykepleiere innrømte å ha gjort seg tanker om pasienters seksualliv uten å ha noe

informasjon som kan bekrefte det de tenker (Saunamäki & Engstöm, 2014). Noen tenkte at pasienter ikke kom til avdelingen for å få rådgivning relatert til seksuell helse, og om de hadde noen tanker om dette kunne det bli tatt opp senere, eller med andre profesjoner (Saunamäki & Engstöm, 2014).

Sykepleiere ser på seksualitet som privat, sensitivt, delikat og tabu. Det er uenigheter om det er sykepleiers oppgave å ta det opp, i tillegg til at pasienter får mye informasjon og da blir seksualitet nedprioritert (Annerstedt & Glasdam, 2018; Saunamäki & Engstöm, 2014).

3.2.3. Mestringsressurser

Pasientene viser at det å lykkes med mestring er avhengig av deres opplevelse av sammenheng som en helhet (Kvåle & Synnes, 2013). De velger den mestringsstrategien og de generelle mestringsressurser som virker best egnet basert på hva som passer best til å takle utfordringene og stressfaktorene de opplever (Kvåle & Synnes, 2013). Mange pasienter følte seg feilinformert og uforberedt til å mestre seneffektene av kreft og behandling, og bivirkningene var verre enn de hadde forestilt seg (Shen et al., 2016). De følte ikke de fikk tilbud om støtte til å emosjonelt mestre situasjonen sin. Pasientene mente de hadde fått lite informasjon om hvordan de skulle mestre seneffekter, og de påpekte manglende rådgivning om mestringsstrategier som kunne være til hjelp (Shen et al., 2016).

Mellommenneskelig følsomhet virker å være en viktig individuell forskjell å kartlegge blant testikkelkreftpasientene, for å avgjøre hvilke pasienter som er mer utsatt for dårligere tilpasning til sin situasjon og seksuell dysfunksjon etter behandling (Hoyt et al., 2015). Forholdet mellom mellommenneskelig følsomhet og dårligere utfall forverres ved lavt engasjement i mestring, og å ikke reagere på stressfaktorer med aktiv, tilnæringsorientert mestringsstrategier (Hoyt et al., 2015). Helsepersonell kan sees på som viktige ressurser i pasientenes mestringsprosess (Kvåle & Synnes, 2013). Meningsfullhet fremmes ved å lytte, forståelighet fremmes ved å informere og respektere deres evne til å takle informasjonen slik at det ikke blir en belastning, og håndterbarhet fremmes ved å lindre symptomer og å gi trygghet. I tillegg ønsket ofte pasientene å snakke om det normale livet, og ikke vanskelige følelser (Kvåle & Synnes, 2013). Denne formen for kommunikasjon så ut til å hjelpe dem med å finne mening, uavhengig den nye livssituasjonen. Å snakke om hva som fortsatt ga pasientene mening i livet var sett på som god sykepleie fra pasientene sin side. På denne måten ble sykepleiere sett på som en ressurs for opplevelsen av meningsfullhet (Kvåle & Synnes, 2013).

3.2.4. Informasjon om seksuell helse fra sykepleier til pasient

Informasjon om seksuell helse ble hovedsakelig gitt skriftlig i form av brosjyrer, og dette ble ansett som den mest korrekte måten å gjøre det på (Annerstedt & Glasdam, 2018). Sykepleierne mente at dette kunne erstatte muntlig informasjon. Pasientene opplevde at de ikke fikk nok informasjon om hva de kunne forvente i overlevelsfasen etter testikkelkreft (Shen et al., 2016). Mesteparten av informasjonen som deltakerne fikk handlet om oppfølgingsavtaler og tester, og deltakerne rapporterte om vanskeligheter med å få tilgang til informasjon om kreften og de følelsesmessige konsekvensene i ettertid (Shen et al., 2016). Pasientene følte det var opp til dem å finne informasjon, og da brukte de gjerne internett. Dette opplevdes som overveldende og skummelt, og resulterte i uro, bekymring og stress (Shen et al., 2016).

Sykepleierne avgjorde hva som skulle informeres basert på pasientens situasjon, men samtidig ble de påvirket av kjemien med pasientene (Annerstedt & Glasdam, 2018). På denne måten kunne sykepleierne velge å ikke informere, noe som ga de makten til å bestemme hvilken informasjon pasienten fikk (Annerstedt & Glasdam, 2018). Samtidig ble informasjon om sykdom og situasjon sett på som avgjørende for pasientenes mestring da de fikk en følelse av kontroll (Kvåle & Synnes, 2013).

Pasientene har varierte meninger om informasjon (Kvåle & Synnes, 2013). De fleste anså god informasjon som nyttig, nødvendig og viktig for å få forståelse, mens noen anså det som overveldende. Pasientene påpekte at å møte en sykepleier de kunne stole på, som ga dem god informasjon om hva som skjedde og som hadde erfaring, kunnskap og teknisk kompetanse, fikk de til å føle seg trygge og ivaretatt (Kvåle & Synnes, 2013).

Sykepleierne følte av og til at de var påkrevd å berøre seksualitet som tema, men gjorde det kjapt og enkelt (Annerstedt & Glasdam, 2018). Dette førte til at pasientene ikke fikk mulighet til å reflektere, beskrive eller stille spørsmål om seksuell helse siden sykepleieren ikke åpnet opp for temaet (Annerstedt & Glasdam, 2018). Pasientene spurte da ikke spørsmål, og sykepleierne hadde en oppfatning av at dette ikke var noe pasientene brydde seg om (Annerstedt & Glasdam, 2018). Mange av mennene opplevde at helsepersonell ikke hadde tid til å gi informasjon og trygghet om emosjonelle og seksuelle utfordringer, og uttrykte frustrasjon over å ikke kunne ha de "riktige samtalene" selv når de prøvde å initiere dem (Shen et al., 2016).

4. Diskusjon

Denne oppgaven har hentet data fra teori, bakgrunnskunnskap og resultater fra forskningsartikler. Spørsmålet blir da hvordan denne kunnskapen kan hjelpe sykepleiere i informasjonssamtaler til å fremme seksuell helse hos pasienter med testikkelkreft?

4.1. Testikkelkreft og seksuell helse

Fra teori om testikkelkreft kan man få et inntrykk av at seksuell helse ikke er et spesielt stort problem blant de som er rammet av diagnosen, og da spesielt ikke hos de som gjennomgår orkiektomi og aktiv overvåkning i ettertid. Dette er også noe pasientene hadde inntrykk av etter å ha fått informasjon fra helsepersonell før og underveis i behandling (Shen et al., 2016). Forskningen viser derimot at deres seksuelle helse kan bli påvirket negativt på kort- og langsikt etter diagnose og behandling (Hoyt et al., 2015; Rossen et al., 2012; Shen et al., 2016; Wortel et al., 2014), og at hele 40-45% i varierende grad opplever utfordringer knyttet til seksualitet (Rossen et al., 2012; Wortel et al., 2014).

Det er uvisst om disse utfordringene er fysisk eller psykisk betingede dysfunksjoner, eller om det er en kombinasjon. Likevel virker det som om de fleste pasientene opplever psykiske plager som går utover deres seksuelle helse, da det som oftest går igjen er angst, stress, bekymring og depresjon etter diagnose og behandling (Rossen et al., 2012; Wortel et al., 2014).

Vi vet at menns holdninger til helse og sykdom generelt er preget av samfunnets holdninger til maskulinitet og «mannsideal» (Kristoffersen, 2016). Samtidig opplever menn ofte bekreftelse på deres maskulinitet gjennom seksualitet, noe som kan føre til problemer når den seksuelle helsen møter utfordringer (Gamnes, 2016). Menn skal være maskuline, sterke, robuste, ikke vise svakheter eller følelser. Dette kan skape et problem for menn som møter seksuelle utfordringer, da de ofte har en høyere toleranse for å oppsøke profesjonell hjelp (Kristoffersen, 2016). Dette støttes opp i studien til Shen et al. (2016) hvor mennene oppga at de oppsøkte internett når de hadde spørsmål og behov for ressurser, istedenfor profesjonell hjelp.

I forskningen ble endret kroppsbilde funnet til å være en hyppig kilde til lav selvfølelse og redusert seksuell helse (Hoyt et al., 2015; Rossen et al., 2012; Shen et al., 2016; Wortel et al., 2014). Orkiektomi kan oppleves som en traumatisk prosedyre, spesielt i vår tid hvor det er et stort sosialt fokus på den perfekte kroppen og god fysisk form (Rossen et al., 2012; Gamnes, 2016). Testiklene blir sett på som symboler for maskulinitet og etter orkiektomi kan man derfor forvente psykologiske konsekvenser i form av tanker om redusert maskulinitet og fysisk styrke (Rossen et al., 2012). Dette kan igjen påvirke kroppsbildet, selvtillit og selvfølelse.

Overlevelsesfasen etter kreftbehandling er assosiert med omsorgsbehov i det fysiske, informasjonsmessige, emosjonelle, psykologiske, spirituelle, sosiale og praktiske planer (Shen et al., 2016). Pasienten vil i overgangen fra aktiv behandling til oppfølging møte på flere utfordringer i å gjenopprette og vedlikeholde deres helse, noe som kan påvirke deres livskvalitet (Shen et al., 2016). Både Rossen et al. (2012) og Wortel et al. (2014) mener det burde være et fokus på gjenoppretting av selvbilde og at det er gunstig å

kartlegge mulige tanker, fantasier og holdninger på et tidlig stadium for å hindre langtidseffekter på kroppsbilde og maskulinitet, noe som kan fremme den seksuelle helsen.

4.2. Sykepleie og seksuell helse

Seksuell helse er et av de grunnleggende behovene til mennesker, og en god seksuell helse har betydning for livskvaliteten vår (Aars, 2021). Dette er noe sykepleierne i studien til Saunamäki & Engstöm (2014) anerkjente, mens sykepleierne i Annerstedt & Glasdam (2018) så på seksuell helse som et mindre viktig tema da andre fysiske tilstander ble ansett som viktigere. Dette bekreftes også av Gamnes (2016) som sier at seksuelle behov ofte kommer i bakgrunn ved sykdom og skade, da liv og helse blir prioritert. Sykepleierne i Annerstedt & Glasdam (2018), så på seksuell helse som noe fysisk, mer enn psykisk, noe som kan være uheldig da seksuell helse påvirkes av fysiske, psykiske, emosjonelle og sosiale faktorer (WHO, 2006). Begge studiene var likevel innforstått med at seksuell helse hadde lav prioritet blant sykepleiere, av forskjellige grunner (Annerstedt & Glasdam, 2018; Saunamäki & Engstöm, 2014). Det var blant annet uenighet om hvem sitt ansvar det er å snakke med pasientene om seksuell helse. Noen sykepleiere mente leger eller pasientene selv måtte ta det opp, mens andre mente det var sykepleiers ansvar, men at andre grunner hindret dem i å gjøre det (Annerstedt & Glasdam, 2018; Saunamäki & Engstöm, 2014). Grunner som tabu, stressende arbeidsmiljø, lite tid, pasienter deler rom, manglende kunnskap, manglende erfaring, mangel på rutiner, lite kontinuitet med pasientene og ikke opparbeidet tillit, var listet opp som faktorer som hindret sykepleierne i å snakke om seksuell helse med pasientene (Annerstedt & Glasdam, 2018; Saunamäki & Engstöm, 2014).

Sykepleierne viste også at de hadde en tankegang om at seksuell helse var forbeholdt yngre i et heterofilt parforhold som var i reproduktiv alder, og ikke de eldre eller andre seksuelle orienteringer (Annerstedt & Glasdam, 2018; Saunamäki & Engstöm, 2014). WHO (2006) sin definisjon av seksuell helse påpeker derimot at en god seksuell helse krever blant annet å bli møtt med respekt, en positiv holdning og må være fri for diskriminasjon. Sykepleiernes fordommer og holdninger kan dermed tenkes å føre til at pasientenes seksuelle helse blir diskriminert i møte med helsetjenesten, noe som da vil være ugunstig når formålet er å fremme pasientenes seksuelle helse.

Sykepleiernes opplevelse av egen trygghet, kunnskapsnivå og erfaring ser ut til hindre dem i å snakke om seksuell helse. På en annen siden bekrefter PLISSIT-modellen at sykepleier gjennom utdanningen skal ha tilegnet seg nok kompetanse til å snakke om seksuell helse og utfordringer med pasientene (Langhelle et al., 2021). PLISSIT-modellen kan hjelpe sykepleiere med å vurdere alvorlighetsgraden av utfordringene pasientene har, og vil gi råd om hvilket kompetansenivå hjelpen må bestå av. Samtidig kan PLISSIT-modellen brukes som en mal for hvordan man skal gå frem i en samtale om seksuell helse (Langhelle et al., 2021). På denne måten kan PLISSIT-modellen anvendes som et verktøy av sykepleiere både for å gi de trygghet og bekreftelse på at de kan snakke om seksuell helse, og de kan bruke den som et verktøy for å evaluere problematikken.

4.3. Mestringsressurser

I studien til Hoyt et al. (2015) ser de etter sammenhengen mellom mellommenneskelig sensitivitet som et personlighetstrekk hos mennesker, og hvordan dette kan påvirke seksuell helse. Dette fordi individuelle egenskaper kan påvirke hvordan man tilpasser seg sykdom. Studien viste at forholdet mellom mellommenneskelig følsomhet og dårligere

seksuell helse ble forverret når pasientene ikke reagerte på stressfaktorer med aktiv, tilnæringsorientert mestringsstrategi. Lavt engasjement i mestring forverret negative følelser som for eksempel angst, noe som blant annet skapte dårligere seksuell funksjon (Hoyt et al., 2015). Pasientene i studien til Kvåle og Synnes (2013) viste samtidig at det å lykkes med mestring var avhengig av deres opplevelse av sammenheng som en helhet. De valgte den mestringsstrategien og de generelle mestringsressursene som virket best egnet basert på utfordringene og stressfaktorene de opplevde. Pasientene i studien til Shen et al. (2016) følte seg derimot feilinformert og uforberedt til å mestre seneffektene av kreft og behandling. De opplevde ikke å få tilbud om støtte, informasjon eller rådgivning til å emosjonelt mestre seneffekter de opplevde (Shen et al., 2016) På denne måten manglet pasientene mestringsstrategier og ressurser som skapte et dårlig grunnlag for deres evne til å mestre sin situasjon.

Antonovsky's helsefremmende teori støtter funnene i studiene (Hoyt et al., 2015; Kvåle og Synnes, 2013; Shen et al., 2016) ved at pasientenes evne til å mestre utfordringene de møter er avhengig av deres opplevelse av sammenheng. Pasientene som hadde en lavere grad av forståelse, håndterbarhet og meningsfullhet, opplevde større utfordringer og usikkerhet i hvordan de skulle håndtere situasjonene. Dette hadde sammenheng med mangel på mestringsstrategier og ressurser. I denne sammenheng viser Kvåle og Synnes (2013) at sykepleiere kan være viktige ressurser i pasientenes mestringsprosess ved å benytte Antonovsky's helsefremmende teori. De peker på at meningsfullhet kan fremmes ved å lytte. Videre kan forståelighet fremmes ved å informere og respektere pasientenes evne til å takle informasjonen. På denne måten blir ikke informasjonen en belastning. Håndterbarhet kan fremmes ved å lindre symptomer og å gi trygghet (Kvåle og Synnes, 2013). Sett i sammenheng med studiene til Annerstedt & Glasdam (2018) og Saunamäki & Engstöm (2014), kan det tenkes at sykepleiernes praksis kunne blitt forbedret ved å være bevisst på pasientenes opplevelse av sammenheng. Samtidig kan sykepleierne her benytte mannens maskulinitet som en ressurs og til noe positivt. Dette siden det er vist at maskuliniteten gjør at menn kommer seg raskere gjennom behandling og rehabilitering siden de ofte tar mer tak i situasjonen, jobber mer systematisk, er mer målrettet og handlekraftig når de får hjelp (Kristoffersen, 2016).

Shen et al. (2016) oppsummerer sin studie med at omsorgen til testikkelkreft overlevende i oppfølging bør ha et helsefremmende fokus for å minimere dysfunksjon og maksimere velvære og livskvalitet. Dette inkludere både overvåkning for tilbakefall og for hvordan de mestrer seneffektene av kreft og behandlingen. Dette støttes i Hoyt et al. (2015) som foreslår at forbedring av mestringsressursene til pasientene bør inngå i oppfølgingen. Samtidig kan kartlegging av personlige egenskaper som mellommenneskelig følsomhet være viktig for å avgjøre hvilke pasienter som er mer utsatt for dårligere tilpasning til sin situasjon og seksuell dysfunksjon etter behandling (Hoyt et al., 2015). Her kan sykepleiere legge til rette for å fremme aktiveringen de generelle mestringsressursene, og dermed støtte pasientens opplevelse av sammenheng (Kvåle & Synnes, 2013).

4.4. Informasjon fra sykepleier til pasient

Pasienter har rett til informasjon om sin situasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2), og sykepleiere er en av profesjonene som har plikt til å informere pasienter i tråd med pasient- og brukerrettighetsloven (Helsepersonelloven, 1999, §10). Dette betyr at pasienter har rett til informasjon knyttet til deres seksuelle helse når dette er aktuelt. I studien til Annerstedt & Glasdam (2018) ble det likevel vist at informasjonen sykepleiere gir til pasientene kan påvirkes av sykepleiers tolkninger av situasjon,

holdninger, meninger og følelser. Samtidig som informasjon blir sett på som avgjørende for pasienters mestring (Kvåle & Synnes, 2013).

En av oppgavene sykepleiere har er å holde informasjonssamtaler med pasientene, hvor målet er å skape en trygg atmosfære der man kan gi pasienter nødvendig informasjon (Brataas & Norum, 2019). Det bør legges til rette for at pasienter kan dele tanker og spørsmål slik at de sitter igjen med en følelse av trygghet, innsikt og kontroll over sin egen situasjon (Brataas & Norum, 2019). I studien til Annerstedt & Glasdam (2018) var standard praksis derimot å gi skriftlig informasjon i form av brosjyrer. Likevel følte sykepleierne av og til at de måtte snakke om seksualitet, og gjorde det da enkelt og hurtig, noe som førte til at pasienter ikke fikk mulighet til å stille spørsmål eller reflektere (Annerstedt & Glasdam, 2018). Det kan da tenkes at sykepleiere ikke legger til rette for en trygg atmosfære hvor det er lov til å snakke om dette temaet, og pasienter sitter da igjen med spørsmål og utrygghet. Studien til Shen et al. (2016) bekrefter dette ved at pasientene opplevde mangler ved informasjonen de fikk og pasienten opplevde at det var deres ansvar å finne informasjon, noe som førte til at de benyttet internett. Dette i seg selv skapte mer uro og bekymring, og en følelse av håpløshet. Noe vi også ser i Gamnes (2016) som viser at manglende informasjon ved skade og sykdom kan skape unødvendig angst og bekymring som truer seksuallivet. Dette viser at informasjon om hvordan seksuallivet og den seksuelle helsen kan bli påvirket, bør inngå som en naturlig del av informasjonen i behandlingsforløpet (Gamnes, 2016).

Mange av mennene opplevde at helsepersonell ikke hadde tid til å gi informasjon og trygghet om emosjonelle og seksuelle utfordringer. Pasientene uttrykte frustrasjon over å ikke kunne ha de "riktige samtalen" selv når de prøvde å initiere dem (Shen et al., 2016). Samtidig viser studien til Kvåle & Synnes (2013) at pasienter har delte meninger angående informasjon. Hvor noen mener det er nødvendig og avgjørende for å skape forståelse for egen situasjon, mens andre kunne oppleve det som overveldende (Kvåle & Synnes, 2013). Dette tyder på at sykepleiernes opptreden har mye å si for pasientenes opplevelse av informasjon. Sykepleiernes evne til å balansere det å beskytte pasienten og å ta hensyn mot å utfordre og oppmuntre er derfor av betydning (Gamnes, 2016). På denne måten virker det hensiktsmessig å møte pasientene med personsentrert, tilpasset kommunikasjon og informasjon etter pasientenes livssituasjon, oppfatning, spørsmål og ressurser (Brataas & Norum, 2019). På denne måten vil det kunne legges tilrette for at pasient og sykepleier skal kunne ha en åpen og komfortabel samtale slik at det er mulig å fokusere på å fremme den seksuelle helsen til pasienten.

4.5. Implikasjoner til sykepleie

Funnene i denne oppgaven foreslår flere implikasjoner for sykepleie. Essensen for å kunne fremme seksuell helse er å snakke om seksuell helse. Om sykepleiere starter samtalen og åpner opp for at dette er et tema det er lov til å snakke om, vil dette i seg selv kunne fremme seksuell helse blant testikkelkreft pasientene. Samtidig kan det å benytte plissit-modellen som et hjelpemiddel for sykepleierne, både skape trygghet i samtalen og være en ressurs for å vurdere problematikken. Kommunikasjonen og informasjonen som gis må likevel være tilpasset pasientenes utgangspunkt og situasjon, om det er snakk om det vanlige livet eller de vanskelige utfordringene. For å fremme den seksuelle helsen og legge til rette for at pasientene skal mestre tilværelsen etter diagnose og behandling, bør sykepleierne ha fokus på å styrke deres mestringsressurser. Her kan det være hensiktsmessig å ta utgangspunkt i Antonovsky's teori om salutogenese og opplevelse av sammenheng. Her vil det også være aktuelt å utnytte

pasientenes maskulinitet til noe positivt. Dette kan legge til rette for å fremme den seksuelle helsen hos pasientene på kort- og langsikt.

4.6. Styrker og svakheter med studien

I denne oppgaven er det brukt forskning fra 2011-2021 som styrker oppgaven ved at den er basert på relativ ny forskning. Oppgaven belyses både fra pasientens og sykepleiers perspektiv som kan være en styrke for problemstillingen, da det gir et inntrykk av begge parters opplevelser og utfordringer, noe som gir et godt grunnlag for hvordan sykepleiere kan forbedre sin praksis og hjelpe pasientgruppen. Det er utført systematisk søk og kvalitetssikring av artiklene som er inkludert ved at de følger riktig struktur og er publisert i fagfelleverdret tidsskrifter, i tillegg til at funn er analysert med et nøytralt og kritisk blikk.

Svakheter ved oppgaven kan likevel være at mitt personlige engasjement i temaet har farget oppgaven, selv om jeg har vært bevisst på å være nøytral. Det er samtidig benyttet engelsk språklige artikler, som i resultatdelen ble oversatt til norsk. Dette kan ha ført til at noe av innholdet i oversettelsesprosessen ble misforstått eller feiltolket. To av artiklene hadde også få deltakere i studien, noe som kan sette spørsmål med gyldigheten av resultatene. En annen studie hadde 10 (50%) kvinnelige deltakere, som det kan stilles spørsmål ved når problemstillingen handler om menn. Disse tre artiklene ble likevel vurdert til å være gode og relevante for å belyse og besvare problemstillingen.

4.7. Konklusjon

Pasienter som har gjennomgått testikkelkreft, diagnose og behandling, står i risiko for å oppleve seneffekter og utfordringer knyttet til deres seksuelle helse. Samtidig opplever pasientene å få dårlig informasjon om seksuell helse og hva de kan forvente etter kreftdiagnosen. I tillegg mangler de mestringsstrategier for å håndtere utfordringene. Sykepleiere på sin side setter seksuell helse lavt på prioriteringslisten, da andre fysiske tilstander kommer først. De oppgir også flere grunner til at seksualitet ikke blir tatt opp med pasientene: tabubelagt, stressende arbeidsmiljø, tidspress, pasienter deler rom, manglende kunnskap, manglende erfaring, mangel på rutiner, lite kontinuitet med pasientene, ikke opparbeidet tillit, og personlige holdninger, fordommer og følelser.

For å kunne fremme pasientenes seksuelle helse i informasjonssamtaler, er det i første omgang avgjørende at sykepleierne legger tilrette for at dette temaet kan snakkes om. Her kan sykepleierne benytte PLISSIT-modellen som et verktøy, da modellen både kan veilede sykepleiere i hvordan de starter samtalen og hvordan de skal vurdere et problem. Samtidig vil det være hensiktsmessig å tilpasse informasjonene etter pasientenes situasjon, behov, ressurser og spørsmål. Dette for å unngå at situasjonen blir uhåndterlig og overveldende for pasientene. Her kan sykepleiere fokusere på å bruke teorien om salutogenese og opplevelse av sammenheng for å aktivere pasientenes mestringsressurser. På denne måten vil sannsynligheten vær større for at de de klarer å håndtere utfordringene de møter. Slik kan sykepleiere i informasjonssamtaler være en ressurs for å fremme pasientenes seksuelle helse på kort- og lang sikt.

Referanser

Aars, H. (2021). Hva er seksuell helse?. *Sykepleien*, 21(1), 26-31.

Annerstedt, C. F. & Glasdam, S. (2019). Nurses' attitudes towards support for and communication about sexual health—A qualitative study from the perspectives of oncological nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 28(19-20), 3556–3566.
<https://doi.org/10.1111/jocn.14949>

Brataas, H. V. & Norum M. E. K. (2019). Sykepleiepedagogikk i spesialisthelsetjenesten. I K. Ingstad (Red.), *Pedagogisk praksis i sykepleie* (1. utgave., s.177-190). Gyldendal.

Carpentier, M. Y. & Fortenberry, J. D. (2010). Romantic and sexual relationships, body image, and fertility in adolescent and young adults testicular cancer survivors: A review of the literature. *Journal of adolescent health*, 47(2), 115-125.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2010.04.005>

Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utgave). Gyldendal.

Eriksson, M. (2017). The Sense of Coherence in the Salutogenic Model of Health. I M. B. Mittelmark, G. F. Bauer, S. Sagy, M. Eriksson, J. M. Pelikan, B. Lindström & G. A. Espenes (Red.), *The Handbook of Salutogenesis* (1. Utgave., s.91-96). Springer.
<https://doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6>

Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. *Journal of Advanced Nursing*, 20(2), 22-26.

Gamnes, S. (2016). Seksualitet og helse. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 2: Grunnleggende behov* (3.utgave., s.373-404). Gyldendal.

Helsedirektoratet. (2015). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk behandling og oppfølging av testikkelkreft*. Helsedirektoratet. Hentet 25. april 2021 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/testikkelkreft-handlingsprogram>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.
<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Snakk om det! – strategi for seksuell helse 2017-2022* (I-1175 B). Helse- og omsorgsdepartementet.
https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf

Hoyt, M. A., McCann, C., Savone, M., Saigal, C. S. & Stanton, A. L. (2015). Interpersonal sensitivity and sexual functioning in young men with testicular cancer: the moderating

role of coping. *International Journal of Behavioral Medicine*, 22, 709-716.
<https://dx.doi.org/10.1007/s12529-015-9472-4>

Ingstad, K., Moe, A. & Brataas, H. V. (2019). Sykepleiepedagogisk praksis i tverrprofesjonelle landskap. I K. Ingstad (Red.), *Pedagogisk praksis i sykepleie* (1. utgave., s.160-172). Gyldendal.

Kreftforeningen. (2020, 26. november). *Testikkelkreft*. Hentet 21. april fra
<https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/testikkelkreft/>

Kreftregisteret. (2020). *Cancer in Norway 2019: cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway* (ISSN: 0806-3621). Kreftregisteret.
<https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Rapporter/Cancer-in-Norway/cancer-in-norway-2019/>

Kristoffersen, N. J. (2016). Helse og sykdom – utvikling og begreper. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1: Sykepleie – fag og funksjon* (3.utgave., s.29-79). Gyldendal.

Kristoffersen, N. J., (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3.utgave., s.15-64). Gyldendal.

Kristoffersen, N. J. (2016). Å styrke pasientens ressurser – sykepleierens helsefremmende og pedagogiske funksjon. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3: pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utgave., s.349-398). Gyldendal.

Kvåle, K. & Synnes, O. (2013). Understanding cancer patients' reflections on good nursing care in light of Antonovsky's theory. *European Journal of Oncology Nursing: the Official Journal of European Oncology Nursing Society*, 17(6), 814–819.
<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2013.07.003>

Langhelle, T. H., Paulsen, A., Fredly, K. & Sekse, R. J. T. (2021). Sykepleiere kan hjelpe pasientene til bedre seksuell helse. *Sykepleien*, 21(1), 34-39.

Larsen, L. S. (2021). Let`s talk about sex (and nursing). *Sykepleien*, 21(1), 148-150.

Mittelmark, M. B. & Bauer, G. F. (2017) The meanings of Salutogenesis. I M. B. Mittelmark, G. F. Bauer, S. Sagy, M. Eriksson, J. M. Pelikan, B. Lindström, G. A. Espenes (Red.), *The Handbook of Salutogenesis* (1. utgave, s.7-13). Springer.
<https://doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6>

Negaard, H. (2019, 6.mars). *Om testikkelkreft*. Oncolex.no.
<http://oncolex.no/Testikkel/Prosedyrekatalog/BEHANDLING?lg=procedureGroup>

Norsk senter for forskningsdata. (2021). *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. NSD. <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>

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

Rossen, P., Pedersen, A. F., Zachariae, R. & von der Maase, H. (2012). Sexuality and body image in long-term survivors of testicular cancer. *European Journal of Cancer*, 48, 571-578. <https://dx.doi.org/10.1016/j.ejca.2011.11.029>

Saunamäki, N. & Engström, M. (2014). Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears. *Journal of Clinical Nursing*, 23(3-4), 531-540. <https://doi.org/10.1111/jocn.12155>

Shen, A. H., Howell, D., Edwards, E., Warde, P., Matthew, A. & Jones, J. M. (2016). The experience of patients with early-stage testicular cancer during the transition from active treatment to follow-up surveillance. *Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations*, 34(4), 168.e11-168.e20. <https://doi.org/10.1016/j.urolonc.2015.09.016>

Stubberrud, D-G. & Almås, H. (2017). Sykepleie ved sykdommer og forstyrrelser i urinveiene og mannlige kjønnsorganer. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (2. utgave., s.97-98). Gyldendal.

WHO. (2006). *Sexual health*. Hentet 25. april 2021 fra https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_2

Wortel, R. C., Alemayehu, W. G. & Incrocci, L. (2015). Orchiectomy and radiotherapy for stage i-ii testicular seminoma: a prospective evaluation of short-term effects on body image and sexual function. *Journal of Sexual Medicine*, 12, 210-218.
<https://dx.doi.org/10.1111/jsm.12739>

Wyller, V. B. B. (2016). *Frisk: cellebiologi, anatomi og fysiologi* (3. utgave.). Cappelen Damm.

Wyller, V. B. B. (2019). *Syk: mikrobiologi, patofysiologi, farmakologi, klinisk medisin* (4. utgave.). Cappelen Damm.

Vedlegg

P	I	C	O
Seksuell helse Testikkelkreftpasienter	Innformasjonssamtaler	X	Helsefremming
Sexual health Sexuality Sexual dysfunction Testicular cancer Testicular neoplasms Cancer testis	Information Information needs Informational interview Health information Health care delivery Sexual health information Nurse intervention	X	Health promotion Sexual health promotion Salutogenesis Sense of coherence Coping

