



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum

Avdeling for helsefag

Astrid Helene Bekken og Britt-Irene Bakken

4KR20

Fordypningsoppgave i kreftsykepleie

You are still a man`s man

Videreutdanning kreftsykepleie

2012-2014

Antall ord: 11997

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket JA X NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage JA X NEI

---

## Norsk sammendrag

**Tittel:** You are still a man's man

**Avdeling:** Høyskolen i Hedmark, avdeling for helsefag.

**Utdanning:** Videreutdanning i kreftsykepleie

**Kandidatnummer:** 600 og 617

**Veileder:** Toril Merete Nysæter

**Antall ord:** 11997

**Nøkkelord:** cancer testis, testikkelkreft, kreftsykepleier, «testicular neoplasms» og «seksuelle utfordringer».

**Bakgrunn:** Vi erkjenner at kreftsykepleier bør ha mer fokus på seksuell helse ved kreftsykdom i sin arbeidshverdag. Ut fra litteraturen oppfatter vi at seksuelle problemer under og etter sykdom, er et tema som ikke snakkes mye om og kan virke noe tabubelagt. Norge ligger på verdenstoppen i insidensrate når det gjelder testikkelkreft, men på tross av massiv forskning, så har man ikke kommet til en forklaring på hvorfor det er slik. I 2012 ble det diagnostisert 325 nye tilfeller av testikkelkreft. Hvilke seksuelle utfordringer menn får av behandlingen og hvordan dette påvirker mannens kjønnsrolle i dagens samfunn, er noe vi setter søkelyset på.

**Hensikt:** Utdype og få en dypere forståelse av hvordan menn med testikkelkreft kan oppleve seksuelle utfordringer etter behandling. Kunnskap om seksuell helse ved testikkelkreft vil også ha en overføringsverdi til andre pasientgrupper som kan ha endret selvilde, og som opplever utfordringer med seksuell helse under og etter kreftbehandling.

**Metode:** Oppgaven er en litteraturstudie, hvor vi har søkt kunnskap fra bøker og forskning.

**Resultat:** Forskning viser at ikke alle menn opplever seksuelle utfordringer etter testikkelkreft, men resultatene viser relativt store forskjeller ut fra hvilket land de er ifra. I norske studier er ikke økonomisk bekymring oppgitt som så fremtredende. I andre land kan den økonomiske bekymringen menn opplever ved at de ikke kan arbeide og tjene penger

---

påvirke deres seksuelle helse. Annet viktig forskningsresultat tyder på at kreftsykepleier ikke er god nok på kommunikasjon om seksuelle utfordringer.

**Konklusjon:** Seksuelle utfordringer er ganske vanlig hos denne pasientgruppen, men mange søker ikke hjelp hos kreftsykepleieren eller annet helsepersonell. Mange av mannens seksuelle utfordringer kommer som følge av mannens selvoppfattelse av egen rolle og generell opplevelse av hverdagen. Et viktig tiltak vil være å styrke kreftsykepleierens kommunikative evner.

---

## Engelsk sammendrag (abstract)

**Title:** You are still a man's man

**School:** College of Hedmark, Department of Health.

**Education:** Oncology nurse

**Candidate Number:** 600 and 617

**Supervisor:** Toril Merete Nysæter

**Number of words:** 11997

**Keywords:** cancer testis, testikkelkreft, kreftsykepleier, «testicular neoplasms» og «seksuelle utfordringer».

**Background:** We recognize that oncologic nurses should have more focus on cancer and sexual health during their work. We see from the literature that sexual problems during and after illness, is not much spoken about, and can be recognized as a conversation taboo. Norway has one of the world's highest incidence rate of testicular cancer, but in spite of massive research, the science has not found explanation of why this is so. In 2012, 325 new cases of testicular cancer were diagnosed. How sexual challenges and treatment affects male gender role in society today is something we consider in this paper.

**Purpose:** we are seeking to gain a deeper understanding of how men with testicular cancer may experience sexual challenges after treatment. We believe that knowledge of sexual health by testicular cancer will be transferable to other patient groups which may be experiencing challenges regarding their sexual health during and after cancer treatment.

**Method:** This is a literature study, where we have sought knowledge from books and research.

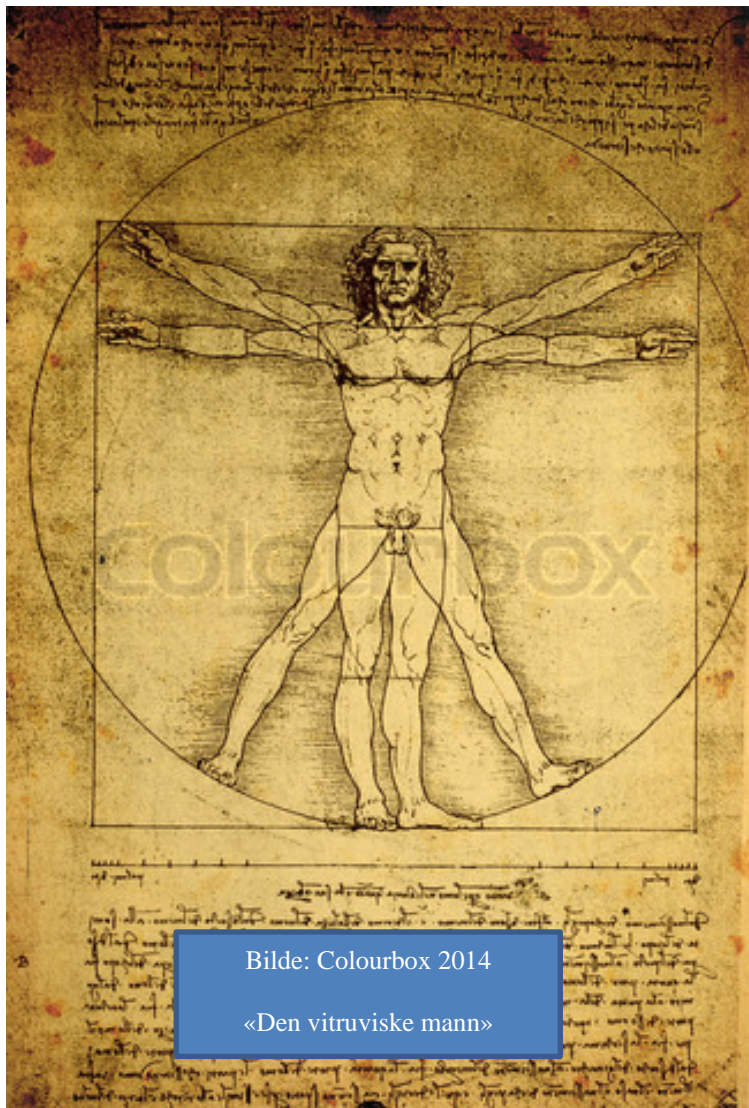
**Results:** Research shows that not all men experience sexual challenges after testicular cancer, but the results show relatively large differences depending on which country they live in. In the Norwegian study, economical concern are not so prominent as in other countries. The economic concerns men experience when they can not work, and earn money, influence their sexual health. Other important research result show that oncologic nurses are not trained enough in communication about sexual challenges.

**Conclusion:** Sexual challenges are quite common, but many do not seek help through

---

oncologic nurse or other healthcare professional. Many of the male sexual challenges are results of men's self-perception of their own role, and overall experience of everyday life.

## Forord



*Vårt tankespinn omkring avsluttende eksamen startet med: Får menn utfordringer med seksuell helse etter testikkelkreft? Hvor viktige aktører er kreftsykepleierne for disse mennene, og er det noe vi kan gjøre som kreftsykepleier for denne pasientgruppen?*

*Skriveprosessen startet for oss før jul i 2013, hvor tema og forelopig problemstilling ble diskutert med vår veileder. Veileder har lagt ned stort arbeid i tilbakemeldingene, med konkrete og direkte veiledning. Det har vært konstruktive tilbakemeldinger, noe som har hjulpet oss å strukturere oppgaven.*

*Vi retter stor takk til vår dyktige veileder Toril Nysæter.*

---

## Innhold

<b>Norsk sammendrag .....</b>	<b>2</b>
<b>Engelsk sammendrag (abstract).....</b>	<b>4</b>
<b>Forord.....</b>	<b>6</b>
<b>1. Innledning .....</b>	<b>9</b>
1.1 Presentasjon av tema.....	9
1.2 Bakgrunn og hensikt med oppgaven.....	10
1.3 Presentasjon av problemstilling .....	11
1.4 Oppgavens presisering og avgrensning .....	11
1.5 Presentasjon av oppgavens innhold .....	12
1.6 Ethiske vurderinger.....	12
<b>2. Metode .....</b>	<b>13</b>
2.1 Litteraturstudie som metode .....	13
2.2 Presentasjon av søkeord.....	13
2.2.1 MeSH-termer for å finne søkeord .....	13
2.2.2 Søkeord for oppgaven .....	14
2.2.3 Pico-skjema .....	14
2.3 Litteratursøkestrategi .....	14
2.3.1 Presentasjon av litteratursøk.....	16
2.4 Presentasjon av litteratur.....	17
2.4.1 Presentasjon av forskning.....	17
2.4.2 Presentasjon av aktuelle bøker.....	19
2.5 Kritisk vurdering av forskningsartikler .....	21
2.6 Ethiske vurderinger.....	22
<b>3. Hoveddel – teori, litteratur og forskning.....</b>	<b>23</b>
3.1 Det historiske bilde av mannens kjønnsrolle og seksualitet.....	23
3.2 Seksuell helse.....	24

---

3.3	Sexologi .....	25
3.4	Cancer testis .....	25
3.5	Symptomer og diagnostisering .....	27
3.5.1	Seminomer .....	27
3.5.2	Non- seminomer .....	28
3.6	Behandling og prognose .....	28
3.7	Bivirkninger av behandling .....	29
3.8	Seksuelle utfordringer .....	30
<b>4.</b>	<b>Kreftsykepleierens funksjons - og ansvarområder .....</b>	<b>34</b>
4.1	Kreftsykepleierens teoretiske forankring .....	34
4.2	Kreftsykepleierens kliniske kompetanse .....	35
4.3	Kunnskapsbasert sykepleie .....	36
4.3.1	Kreftsykepleierens kommunikasjonsferdigheter .....	36
4.4	Kreftsykepleierens kompetanse om empowerment og salutogenese .....	37
<b>5.</b>	<b>Drøfting: «You are still a man's man» .....</b>	<b>39</b>
5.1	Samfunn og kjønnsrolle .....	39
5.2	Kreftsykepleieren, pasient og samfunn .....	39
5.3	Kreftsykepleier – pasient og selvbylde .....	41
5.4	Anerkjennelse av seksuell helse .....	43
<b>6.</b>	<b>Konklusjon .....</b>	<b>46</b>
	<b>Etterord .....</b>	<b>47</b>
	<b>Referanseliste .....</b>	<b>48</b>
	<b>Vedlegg 1 PICO-skjema .....</b>	<b>53</b>
	<b>Vedlegg 2 Artikkelmatrise .....</b>	<b>55</b>



---

# 1. Innledning

Menns seksuelle helse etter testikkelkreft kan reise spørsmål som for eksempel: ”Hvordan er mannens libido etter testikkelkreft, eller hvordan påvirker testikkelkreft mannens selvbylde?” Helt fra oldtidens helleristninger og frem til dagens bilder via media, blir mannen ofte fremstilt som den kjødelige og maskuline. Fallossymboler av erigerte peniser med to intakte testikler har vært symbol på mannens seksualitet. 1500-tallets store forsker Leonardo da Vinci studerte menneskekroppens proporsjoner, hans tegning av «Den vitruviske mann» er den perfekt proporsjonerte nakne mann (wikipedia). Ut fra dette, så undrer vi oss om hvordan dette påvirker mannens kjønnsbylde. Sykdom, som testikkelkreft, kan endre mannens syn på seg selv. Vil mannen fortsatt føle seg om «a man’s man» om hans kroppslige utseende endrer seg og vil hans opplevelse av egen seksualitet endre seg som følge av testikkelkreft?

## 1.1 Presentasjon av tema

I Norge ble det i 2012 registrert 325 nye tilfeller av cancer testis (Kreftregisteret, 2014). Sykdommen har sjelden forekomst før puberteten og rammer hyppigst menn i alderen 20 til 40 år. Ved å få en kreftdiagnose vil de fleste menn oppleve at sykdommen og behandlingen påvirker den seksuelle helsen på en negativ måte, også strålebehandling mot testiklene vil ha varierende effekt på mannens seksualfunksjon. De fleste av disse pasientene kureres etter operasjon og på grunn av dette, er det lite kartlagt hva slags problemer menn med testikkelkreft har i forhold til seksuell helse under og etter behandlingen (Simonsen, 2014).

Vi er to sykepleiere som er i videreutdanning for å bli kreftsykepleiere, og har erfaring fra sykehus og kommunehelsetjenesten. Testikkelkreft og behandling setter ofte sine spor både på utseende og fysiske funksjoner. I de tilfeller der mannen får operert bort testiklene, enten den ene eller begge, vil mannens utseende bli preget og sannsynlig påvirke selvbylde. Usikkerhet og redsel foran et intimt møte med et annet menneske kan være med å prege mannens livskvalitet. Mange kan trenge hjelp til å sette ord på situasjonen og å involvere sin partner. I møte med pasienten kan kreftsykepleierens kunnskaper bidra til å gjøre en forskjell for mannes opplevelse av å testikkelkreft (Berg & Fosså, 2010).

---

## 1.2 Bakgrunn og hensikt med oppgaven

I følge *Rammeplanen for videreutdanning i Kreftsykepleie* [egen kursivering] skal vi i fordypningsoppgaven vise faglig innsikt i et relevant tema innen kreftsykepleie gjennom å fordype oss i en avgrenset problemstilling (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005).

Behovet for kunnskap om langtidsfølger etter behandling av testikkel kreft er økende blant menn som rammes, også blant kreftsykepleierne. Dette sees i sammenheng med at stadig flere diagnostiseres med testikkelkreft. I følge Simonsen (2014) er bivirkninger i form av fatigue, manglende libido som er evnen til å føle seksuell lyst, forstyrrelser i evnen til å føle lyst, til å få orgasme, eller endringer i kropps - og selvbildet, kan bidra til at det blir vanskelig å fortelle en seksualpartner hva de har gjennomgått.

Som kreftsykepleiere trenger vi mer kunnskap om hvordan vi skal utøve helhetlig sykepleie til pasienter som opplever utfordringer med seksuell helse etter kreftbehandling. I oppgaven har vi valgt å ha fokus på menn med testikkelkreft og deres seksuelle helse. Vi som kreftsykepleiere undres på om mannen opplever endringer i selvbilde ved å bli behandlet for testikkelkreft. Vi søker å finne svar på kreftsykepleierens rolle overfor menn med testikkelkreft, og hvordan mannens seksuelle helse og kjønnsrolle påvirkes av kreftbehandlingen. Som kreftsykepleiere velger vi å se mannen ut fra et sosiologisk ståsted, da kjønnsrollen kan være forankret i den kulturen og i det samfunnet vi lever i. Vi velger å sette fokus på kreft og seksuell helse fordi det er lite belyst i arbeidshverdagen vår. I tillegg ser vi en overføringsverdi til andre pasientgrupper som kan ha endret selvbilde, og som opplever utfordringer med seksuell helse under og etter kreftbehandling. Vi oppfatter ut fra litteraturen at seksuelle problemer under og etter sykdom, er et tema som ikke snakkes mye om og kan virke noe tabubelagt. Ofte vil det også være et sårt tema for mange menn.

Verdens helseorganisasjon [WHO] beskriver seksualitet som en integrert del av personligheten til ethvert menneske. De sier at det er et grunnleggende behov og et aspekt ved å være menneske, noe som ikke skal skilles fra andre sider av livet (Borg, 2010).

---

### 1.3 Presenentasjon av problemstilling

**Hvordan kan kreftsykepleiere anvende kommunikasjon, slik at menn skal oppleve mestring av sin seksuelle helse under – og etter behandling av cancer testis for å opprettholde selvbildet?**

### 1.4 Oppgavens presisering og avgrensning

#### **Presisering**

Vi har tatt utgangspunkt i menn som en gruppe mellom 20 til 40 år og som er under medisinsk kurativ behandling for cancer testis.

Hovedfokus er hvordan kreftsykepleieren kan anvende kunnskapsbasert sykepleie i samhandling med pasienten. Vi vektlegger betydningen av kreftsykepleierens kommunikasjonsferdigheter i informasjonen hvor seksuell helse påvirkes av kreftbehandling.

Som kreftsykepleiere har vi valgt å tenke helsefremmende og fokusere på det som er friskt hos pasienten fordi vi ser salutogenese som en viktig ressurs hos kreftsykepleieren. Vi har valgt sykehus som arenaen for kreftpasienten, kreftsykepleierne og kreftsykepleien.

#### **Avgrensning**

Oppgaven har en ordbegrensning på 12500 ord +/- 10 % (Høgskolen i Hedmark [HIHM], 2012). Det er derfor ikke mulig å belyse alle aktuelle temaer, men vi har gjort et konsistent valg ut fra problemstillingen. Aldersforskjell i pasientgruppen vi har valgt kan utgjøre en vesentlig forskjell for kjønnsrollen med tanke på seksuell helse, selvbilde og livskvalitet. For en mann i starten av 20 årene kan opplevelsen av å få testikkelkreft gi en annen mental påkjenning enn for en mann som er noe eldre. Det er fordi det er mindre sannsynlig at en ung mann er etablert med barn, familie og stabil økonomi, enn det er for en som er ti til femten år eldre. Vi har likevel valgt å ha fokus på menn med cancer testis som en helhet i aldersgruppen 20 til 40 år. Pårørendes rolle vil i oppgaven ikke omtales annet enn i få sammenhenger som parforhold, partner eller kjæreste. Oppgaven vil ikke ha hovedfokus på den medisinske behandlingen utover at det presenteres som grunnkunnskap for å gi forståelse og sammenhengen for valgt problemstilling. Vi vil ha et sykepleiefaglig fokus. Vi ser fordeler med tverrfaglighet og samarbeid mellom profesjoner, vi trekker det inn i en

---

naturlig sammenheng i drøftinga og i konklusjonen. Oppgaven tar ikke opp religiøse spørsmål, ulike kulturverdier, psykososiale forhold eller rehabilitering. Vi ser at psykiske reaksjoner som sorg, stress og opplevelsen av tap, er en naturlig reaksjon ved endret livsløp som ved endret seksuell helse, men har valgt å ha fokus på mannens selvbylde, kjønnsrolle, livskvalitet og kreftsykepleie.

## 1.5 Presentasjon av oppgavens innhold

Oppgaven innledes for å gi leseren et innblikk i det som er gjennomgående temaet og med problemstillingen som utgangspunkt for fokuset. Metodedelen, kapittel to, tar for seg metodevalg, redegjørelse for litteratursøk og kildekritikk. Det gjøres også rede for de etiske avgjørelser som vi har gjort i forbindelse med oppgaven. Deretter presenterer vi kapittel tre, som har hovedfokus på fagkunnskap om testikkelkreft, behandling og seksuell helse. Vi har valgt å presentere kreftsykepleiers funksjon gjennom et eget kapittel fire, dette for å vektlegge kreftsykepleierens rolle i samhandling med pasienten. I drøftingen, kapittel fem, belyser vi resultatene fra de funnene vi har gjort gjennom litteraturen og teorien vi har valgt å benytte oss av. I konklusjonen, oppgavens kapittel seks, beskriver vi essensen av det som er presentert og den kompetansen vi har tilegnet oss gjennom arbeidet med oppgaven.

## 1.6 Ethiske vurderinger

Vi velger å ikke benytte case, men retter fokuset mot gruppen menn og de utfordringer det kan medføre for deres seksuelle helse å bli eller være behandlet for cancer testis. Dette gjelder både de som er enslige og i de som er i et parforhold. Selv om vi gjennom vår yrkeskarriere har kommet i kontakt med menn som har hatt cancer testis, så nevnes ikke dette i oppgaven. Våre arbeidsgivere er heller ikke nevnt i oppgaven. Hadde vi benyttet eksempler fra praksis, måtte vi foretatt etiske overveielser i forhold til anonymisering slik at det ikke er gjenkjennbart. Det er for oss viktig å ha en bevisst holdning til etiske vurderinger, slik at vi ikke krenker noen. Vi ser at det kan være etiske utfordringer i forhold til forskjellige religioner, livssyn og etnisk bakgrunn med tanke på samfunnets syn på mannens rolle, betydning og verdier. Vi har valgt å forholde oss til det flerkulturelle moderne norske samfunnets syn på mannens rolle, det vil si at vi ønsker å ha en kulturell relativistisk holdning hvor læren om at samfunn er kvalitativt forskjellige, og at de best kan forstås i lys av dette.

---

## 2. Metode

Metode skal beskrive veien mot målet, det vil si å gjøre rede for fremgangsmåten som er benyttet. «Metoden hjelper oss til å samle inn *data*, det vil si den informasjonen som vi trenger til undersøkelsen vår» (Dalland 2012).

### 2.1 Litteraturstudie som metode

I følge Dalland (2012) tar ikke en litteraturstudie sikte på å fremskaffe ny kunnskap, men er en systematisk gjennomgang av kunnskap fra skriftlige kilder som allerede finnes.

I følge HHM's «retningslinjer for sykepleiefaglig fordypningsoppgave i kreftsykepleie» (2013), er kravet til fordypningsoppgaven at det er en litteraturstudie. For å fremskaffe litteratur til denne oppgaven, har vi søkt etter kunnskap fra skiftelige kilder som bøker, pensumlitteratur og forskningsartikler. Vi har gjennomført en systematisk gjennomgang av litteratur ved å kritisk granske funn og sammenfatte litteraturen, for å få en dypere forståelse av det som vi mener er aktuelt for problemstillingen

Forskningsartikler og pensumlitteratur har vi hatt en kritisk gjennomgang av for å tilegne oss relevant kunnskap. Vi har vurdert, analysert og drøftet oss fram til hvordan vi kan benytte litteraturen, slik at vi får en dypere forståelse av kreftsykepleiers funksjon sett i lys av problemstillingen. Teksten «taler til oss», og vi benytter kunnskapen for å gi en helhetlig besvarelse av oppgaven.

### 2.2 Presentasjon av søkeord

For å strukturere arbeidet med å finne forskning til oppgaven har vi funnet søkeord som spisser litteratursøket, slik at vi får tak i den relevante og essensielle litteraturen.

#### 2.2.1 MeSH-termer for å finne søkeord

MeSH er en forkortelse av «Medical subject headings – Medisinske termer eller nøkkelord som brukes av The National Library of Medicine for å indeksere referanser til MEDLINE» (Nordtvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinar, 2012). Vi søkte opp MeSH -termer, via SveMed+ som er en database med norsk, svensk og dansk helsefaglig litteratur. Ved

---

første litteratur søk til oppgaven fant vi flere relevante MeSH -termer for kreft i mannlig kjønnsorgan. Vi forsøkte søk via MeSH-termene «urogenital neoplasms» og «urogenital cancer». Disse MeSH -termene som nevnt, ga for mye funn ved søk og da spesielt mye angående cancer prostata. Disse ordene snevret ikke søket presist nok. Deretter fant vi et MESH-ordet «testicular neoplasms», som spesifiserer testikkelkreft og som dekker hovedfokuset i problemstillinga vi har. Det er flere måter å finne MeSH -termer på, samt andre søkeord som ikke er MeSH -termer som det også kan søkes med. Vi valgte vi å finne MeSH-temer som vi søkte opp og benyttet til PICO-skjema.

### 2.2.2 Søkeord for oppgaven

Det å finne de gode søkeordene ble gjort ved å søke opp MeSH-termer. Søkeord for oppgaven er **cancer testis, testikkelkreft, kreftsykepleier, «testicular neoplasms» og «seksuelle utfordringer»**. Begrunnelse for søkeord presenteres i eget kapittel. Søk etter litteratur har i all hovedsak vært gjort på engelsk. Det er også søkt på norsk, da med søkeord testikkelkreft og seksu\*.

### 2.2.3 Pico-skjema

Før vi startet søk etter ytterligere forskning, satte vi opp PICO-skjema, slik at vi kunne klare å finne de rette spørsmål og ord som vi videre kunne benytte i vår søken etter litteratur. Vi har benyttet PICO-skjema i henhold til Nordtvedt et al., (2012, s.33) «PICO representerer en måte å dele opp spørsmålet på, slik at det struktureres på en hensiktsmessig måte. Hver bokstav i PICO betegner nedstemte elementer som ofte er med et klinisk spørsmål».

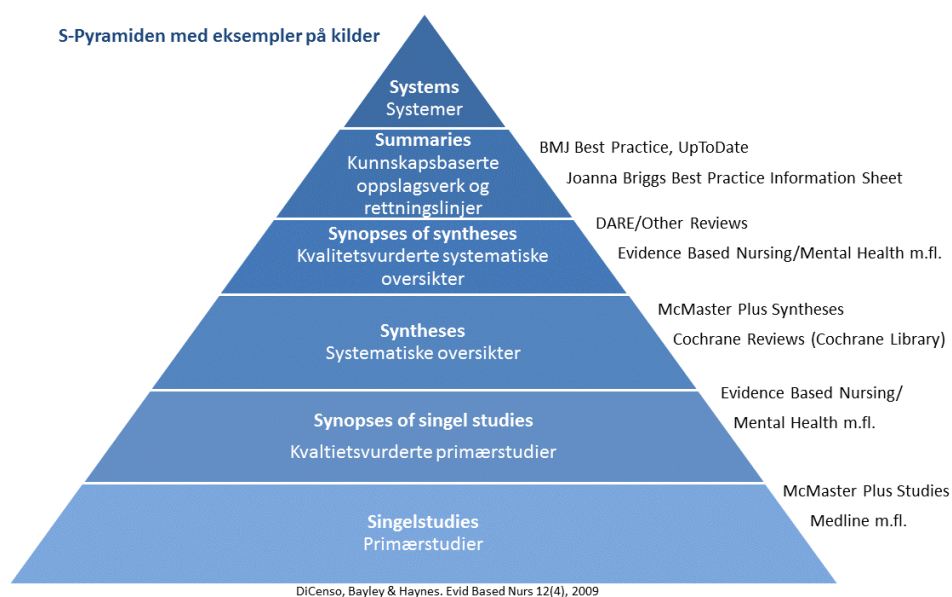
Det å sette inn søkeord i PICO-skjema hjelper oss med å dele opp spørsmålet vi stiller i oppgavens problemstilling, slik at arbeidet med å søke litteratur struktureres på en hensiktsmessig måte (Nordtvedt et al., 2012). Se PICO-skjema vedlegg 1.

## 2.3 Litteratursøkestrategi

«Et godt utført litteratursøk er viktig for å identifisere all relevant forskning som har vært utført i verden om et bestemt spørsmål. Grundigheten og framgangsmåten i litteratursøket er et av de trekkene som skiller systematiske oversikter fra tradisjonelle oversiktsartikler» (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2013).

Kvalitativ metode tar sikte på å fange opp meninger og opplevelser som ikke kan tallfestes eller måles, også for å få frem det særegne der forståelse skal formidles via fremstillingen. Kvalitativ metode går i dybden, ofte på få undersøkelsesenheter. Det motsatte av kvalitativ metode er kvantitativ metode, som har hovedfokus på bredde for å få frem det som er felles og representativt (Dalland, 2012, s.112-114). I vår litterære oppgave har vi benyttet både kvalitativ og kvantitativ forskning. Det har for oss vært viktig å finne faglig god og pålitelig, holdbar og relevant litteratur. Vi har vært bevisste på hvordan vi har søkt etter den ønskede litteraturen, da det finnes utallige måter å gjøre dette på.

I oppgaven har vi også med mye selvvalgt litteratur. Vi tolker S-pyramiden slik at det som befinner seg i S-pyramiden er det som Dalland (2012) setter i sitt øverste punkt i kildehierarkiet, vitenskapelige tidsskrifter og monografier.



(Bilde: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2011).

S-pyramiden er utarbeidet av forskere ved McMaster-universitetet i Canada. S-pyramiden er delt opp i seks nivåer av kunnskapskilder (Nordtvedt et al, 2012).

Kunnskapspyramiden er utviklet for at den skal hjelpe helsepersonell til å finne anvendelig og kvalitetsvurdert forskningsbasert kunnskap. Det øverste hierarkiet er kunnskapsbasert oppslagsverk og retningslinjer, det som er nederst i pyramiden er systematiske oversikter og enkeltstudier som krever fortolkning, analyse og kvalitetsvurdering Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2011).

---

### 2.3.1 Presentasjon av litteratursøk

Det er utfordrende å finne aktuelle søkeord og fraser, ulike sammenstillinger av ord som kan gi flest mulige gode treff og samtidig spesifisert for å finne aktuelle termer (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2013). Som nevnt har vi i hovedsak valgt å bruke MeSH-termer i litteratursøk, da det etter vår oppfatning er kvalitetssikrede uttrykk.

Problemstillingen har hovedfokus på seksuelle utfordringer, vi har derfor benyttet søkeord ”*sexu*” med tegnet \* etter nevnte ord, som betyr trunkering i søkesammenheng. Med denne metoden har vi fått med alle ulike stavemåter med endelser på ordet ”*sexu*”.

Eksempelvis: sexuell, seksuelle, seksuelt og lignende. På denne måten sikrer vi at søket blir for snevert og derved miste god forskning.

Ettersom vi har valgt et relativt spesifikt tema, var det ikke mange ulike søkekombinasjoner som ble benyttet. Søkeordene for å finne litteratur til oppgaven har i all hovedsak vært «testicular neoplasms», da enten alene eller i kombinasjon med «*sexu\**». Det ble lagt inn kriterier til fagfelleverdert litteratur i søkene for å sikre god faglig kvalitet på litteraturen. Dette sikrer oss at resultater vi får spenner seg fra godt vurderte enkelstudier til oppslagsverk og prosedyrer, det da som befinner seg i øvre siktet på S-pyramiden.

Vi startet søket for denne oppgaven via Helsebiblioteket. Ved at Helsebiblioteket er et offentlig finansiert nettsted, så gir denne databasen gratis tilgang til oppdatert fagkunnskap. Ut fra lærebøker som eksempelvis «jobb kunnskapsbasert» (Nordtvedt et al. 2012) og fra undervisning fra høyskolen, er denne databasen anbefalt og oppgitt til å ha god kvalitetslitteratur. Ut fra egne erfaringer etter å ha søkt informasjon via denne databasen til tidligere oppgaver, har vi vurdert det til å være en habil kilde til litteratur.

Etter vurdering av rapporten fra kunnskapssenteret nr 2-2012, har vi avgrenset vårt søk til litteratur som er utgitt etter 2007. Dette for å finne forskning som enten bekrefter det som kom frem i nevnte rapport eller eventuelt kommer frem til andre resultater.

Oria-databasen, søkemotoren som er laget av HIHM ga oss 44 treff med denne kombinasjonen da det ble gjort avgrensninger for fagfelleverdert litteratur etter år 2007. Vi leste igjennom overskriftene og valgte ut 12 forskningsartikler som vi leste oppsummeringen av. Vi inkluderte 5 av forskningsartiklene i oppgaven vurdert ut fra metode, relevans for oppgaven og funn i forskningen. Vi har også søkt på følgende kombinasjoner med «men AND



---

sexu\* AND cancer». Dette ble gjort for å få frem mest mulig forskning om menn, kreft i kombinasjon med ord som begynner med sexu.

Ettersom vi skal ha hovedfokus på kreftsykepleiers rolle, har vi også søkt spesifikt på «nurse», «nursing» og «oncologic nurse» sammen med kombinasjonene som angitt over. For å sikre nok tilgang på god sykepleieforskning og for ikke å ha for spesifikt søk slik at vi kan miste god sykepleieforskning, har vi utført søk på databaser som spesielt har fokus på sykepleieforskning, da spesielt i databasen «CINAHL» med søkeordene «nurse» og med «testicular neoplasms».

Vi nevner at det er søkt opp mye fagstoff om hvordan skrive metode, skrive faglige tekster og lignende. Dette beskrives ikke ytterligere enn at det henvises til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og aktuelle rapporter der de er brukt som støttelitteratur til oppgaven.

Vi har vi hatt en god del undervisning på HIHM om litteratursøk og om å være kritisk til den litteraturen vi finner ved søk. Selv om litteraturen vi finner befinner seg øverst i kildehierarkiet av vitenskapelige tidsskrifter, må de vurderes kritisk og hver for seg.

## 2.4 Presentasjon av litteratur

Vi vil kort presentere de kilder og litteraturen som vi i oppgaven har hatt mest hovedvekt på, slik at leser får en viss forkunnskap om litteraturen som tas med i oppgaven.

Pensumlitteratur er litteratur som vi erfarer at HIHM har vurdert som «faglig nødvendig kompetanse» til studiet.

### 2.4.1 Presentasjon av forskning

Dalland (2012) skriver at kunnskap lanseres som ferskvare, derfor kan det som ble ansett som rett og nyttig for noen år siden, vise seg å være feil etter hvert som ny forskning foreligger. Forskning bygges opp av nyere erfaringer og kunnskap.

De fleste forskningsartiklene vi har benyttet er originalartikler, da det var få systematiske oversikter å finne etter de søkekriterier som vi satte opp. I følge Nordtvedt et al. (2012, s.49), så er systematiske oversikter « en oversiktsartikkel der forfatterne har brukt en tydelig og

---

*systematisk metode for å finne, kvalitetsvurdere og oppsummere enkeltstudier over samme tema eller spørsmål» [egen kursivering].*

Av selvvalgt litteratur vil vi presentere de forskningsartikler som vi har benyttet mest i oppgaven. For visuelt å synliggjøre førsteforfatter og forskningens tittel, har vi valgt å gjøre teksten **mer markert** i dette avsnittet. Se også vedlegg 2 for utfyllende artikkelmatrise.

Originalartikler:

**Cecil, McCaughan & Parahoo (2008)** sin studie «**It's hard to take because I am a man's man': an ethnographic exploration of cancer and masculinity**» er utgitt er gjennomført i Nord-Irland, Belfast, på 8 menn som har blitt behandlet for kreft. Studien tar ikke utgangspunkt i testikkelkreft, men hvordan kreft påvirker kropp og seksuelle evner, samt også mannens opplevelse av egen maskulinitet.

**Dahl, Bremnes, Dahl, Wist, & Fosså (2007)** sin studie «**Is the Sexual Function Compromised in Long-Term Testicular Cancer Survivors?**» tar opp om seksuell funksjon påvirkes av testikkelkreft og hvordan menn opplever egen seksuell helse under og etter behandling av testikkelkreft. Dette er en stor norsk studie med samarbeid mellom de onkologiske avdelinger på de største norske universitetssykehus, og som innlemmet 1084 menn i sin studie.

**Grov, Fosså, Bremnes, Dahl, Klepp, Wist & Dahl (2009)** sin studie «**The personality trait of neuroticism is strongly associated with long-term morbidity in testicular cancer survivors**» er en stor norsk studie som tar opp om nevrotisisme er betydelig tilstede ved testikkelkreft, og hvordan dette vil påvirke menn i sin hverdag, spesielt hvordan det påvirker seksuell helse. Studien innebefatter 1824 personer som er blitt behandlet for testikkelkreft fra 1980 frem til 1994.

**Gamulin, Grgic & Bisóf, 2011** sin studie «**Side effects of adjuvant radiotherapy in men with testicular seminoma stage 1**» har de undersøkt hvordan bieffektene av adjuvant stråling påvirker den seksuelle helsen. De hadde med 115 pasienter i sin studie, hvor gjennomsnittsalderen var 34 år. Studien er gjennomført i Zagreb, på cancer testis pasienter med seminoma stadium 1. De hevder at det ved god suksessfull behandling, er langtidsoverlevelsen meget god. Dette gjør at pasienter med serminoa testiscancer er en ideell gruppe å utarbeide forskningsbaserte gode retningslinjer for hvordan man kan

---

minimere senskader etter behandling. Forskerne hadde også fokus på seksuelle utfordringer i forbindelse med behandlingen.

**Moore, Higgins & Sharek (2013)** sin studie «**Barriers and facilitators for oncology nurses discussing sexual issues with men diagnosed with testicular cancer**», er gjennomført i Irland og publisert i 2013. Studien er gjennomført ved spørreundersøkelse til kreftsykepleiere ved 5 tilfeldig valgte onkologiske avdelinger. Det ble sendt ut 200 spørreskjemaer. 109 skjemaer ble returnert. 16 skjemaer ble ekskludert fra studiet pga mangelfull utfylling. Studien tar opp hvorvidt kreftsykepleiere, som er med i behandlingen av menn som har fått testikkelkreft, samtaler med menn om seksuelle bekymringer og om seksuell helse kan påvirkes av den behandlingen de skal igjennom. Studien påpeker viktigheten av kreftsykepleiers rolle i forhold til informasjon og kommunikasjon med menn om seksuell helse. Dette er sykepleierforskning.

#### Oversiktsartikler:

**Oldenburg, Lehne & Fosså (2008)** sin artikkel «**testikkekreft**» tar opp hva slags cellegiftbehandling som er å foretrekke i forhold til seminomer og non-seminomer, da med påvirkning av på seksuell helse.

#### Systematisk forskning:

**Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2012)** sin rapport «**Effekter av seksualterapeutiske intervensjoner for seksuelle problemer**», tar opp hvilken effekt sexologiske intervensjoner har for personer med ulike seksuelle problemer. Dette er en stor systematisk forskningsrapport, gjennomført på bestilling fra Helsedirektoratet.

### 2.4.2 Presentasjon av aktuelle bøker

Vi vil her gi en kort presentasjon av de bøkene som er mest benyttet for utarbeidelse av oppgaven. For visuelt å synliggjøre bøkens tittel, har vi valt å gjøre teksten **mer markert** i dette avsnittet.

«**Metode og Oppgaveskriving**» forfattet av Olav Dalland. Denne boken gir en innføring i metodikk og oppgaveskriving, og den går nøye igjennom hvordan studenter kan skrive en litterær oppgave i høyere utdanning. Dalland er cand.polit med hovedfag i sosialpedagogikk.

---

Han har mye erfaring fra forsknings- og utviklingsarbeid, samt at han har undervist ved Diakonhjemmet Høgskole i forskningsmetoder og samfunnsvitenskapelige emner (Dalland, 2012). Denne boken er flittig brukt for å utforme oppgaven, da spesielt metoddelen. Boken gir en god innføring i hva oppgaveskriving bør inneholde og hvordan en litterær oppgave bør utformes.

«**Jobb kunnskapsbasert**» av Nordtvedt et al. (2012) er forfattet av 5 kvinner. Førsteforfatter er Monica W. Nordtvedt er utdannet sykepleier, med videreutdanning i intensivsykepleie før hun tok doktorgrad med en avhandling om MS og livskvalitet. Hun har samarbeidet med følgende personer i utarbeidelsen av boken «Jobb kunnskapsbasert»

- Gro Jamtvedt, fysioterapeut med doktorgrad i kvalitetsmåling. Arbeider nå som avdelingsdirektør ved Nasjonalt kompetansesenter og er førsteamanuensis ved Senter for kunnskapsbasert praksis.
- Birgitte Graverholdt, sykepleier med «Master of Clinical Nursing» fra Australia. Arbeider nå som stipendiat og høgskolelektor.
- Lena Victoria Nordheim, masterutdanning i bibliotek- og informasjonsfag. Arbeider nå som stipendiat og høgskolelektor.
- Liv Merete Reinar, jordmor med “Master of Science in Primary Health Care” fra England.

Boken har vært benyttet som oppslagsverk i forhold til oppgaveskrivingen, da spesielt i forhold metodedel, litteratursøk og forståelse av forskningsprosessen som bør ha en viss kunnskap om av for å kunne søke relevant litteratur for å skrive en litterær oppgave som denne.

«**Kreftsykepleie. Pasient – utfordring – handling**» er et redaktørverk av Anne Marie Reitan og Tore Kr. Schjølberg. Boken har 51 medforfattere, som bidrar til bokens solide og informasjonsrike kunnskap. Redaktørene har 25 års erfaring i å organisere undervisning for videreutdanningen i kreftsykepleie. De har i løpet av denne tiden kommet i kontakt med mange dyktige forelesere, som de har med som medforfattere til denne boken. Boken har en stor faglig tyngde. Lærestoffet fremsettes av kompetente forfattere som tydelig viser i teksten at de behersker fremstillingsevne og faglig høy fagkompetanse om stoffet de presenterer. Det er enkelte kapitler fra denne boken som det henvises til i denne oppgaven, da disse er mest relevante for vår oppgave.

---

## 2.5 Kritisk vurdering av forskningsartikler

I følge Dalland er kildekritikk de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er troverdig, og for å vurdere de kildene som er benyttet. Det handler om å redegjøre for den litteraturen som anvendes i oppgaven (2012, s. 62-81).

Litteraturen som er benyttet i oppgaven har vi vurdert til å holde seg innenfor de rammer som fyller kravene til valid litteratur. I følge Dalland (2012, s.52) står validitet for relevans og gyldighet. Selvvalgt litteratur syntes for oss å være gyldig i forhold til tema, kvalitetssikret via forskning og har relevans for problemstillingen vi har valgt.

«Metodene skal gi *troverdig kunnskap*». For at litteraturen skal være habil og valid kreves det at forskerne er objektive og ikke lar sine vurderinger påvirkes av det som ikke er vitenskapelig. Litteraturen må være pålitelig, og inneha reliabilitet, slik at målingene viser til å være korrekt utført og at eventuelle feilmarginer blir oppgitt av forskerne (Dalland 2012). Vi har valgt litteratur av nyere dato. Vi har også forkastet litteratur av nyere dato på bakgrunn av metodekapitler som ikke gjengir studiedesignen og forskningsprosessen.

Vi har benyttet primærkilder som går direkte til kilden, slik at informasjonen ikke er bearbeidet eller tolket av andre. Ved at vi har benyttet primærkilder, har vi unngått at andre omskriver eller tolker det som forfatteren ville få frem i sin tekst.

Funnet av rapporten «Effekter av seksualterapeutiske intervensjoner for seksuelle problemer», (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2012) påvirket videre søk etter artikler. Vi har fått forståelse av, etter å ha lest «slik oppsummerer vi forskning» (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2013) at rapporten som vi bruker i oppgaven er faglig god. Vi begrunner dette ved forfatterne utarbeidet rapporten ved bruk av sjekklistor hvor de vurderte kvaliteten av de randomiserte og kontrollerte studier som de fant. De utarbeidet også en del egne metaanalyser for å sammenligne funn. Dette tolker vi til å være en sterk faglig og godt vurdert sammenstilling av litteratur, og ut fra dette har vi ikke søkt litteratur før etter 2007.

Vi har benyttet åpen web til innhenting av noe litteratur som vi har vurdert i forhold til kvalitet. I en slik sammenheng er det viktig å inneha bearbeidelseskompetanse for å utvise skjønn og evne til å bearbeide og gjenbruke informasjon fra internett (Dalland, 2012, s. 66-

---

81). Hovedsakelig er internett sidene til onkolex, kreftforeningen, Wikipedia og store norske leksikon [snl] benyttet for orddefinisjoner. Bruk av internettsiden Wikipedia anses som «generell allmennkunnskap», og er ikke benyttet for å faglig begrunne oppgaven.

Derimot finnes det trolig mer relevant forskning enn det som er presentert her av oss, noe som tilsier at vi trolig ikke har fått belyst oppgaven vidt nok. Ettersom oppgaven har ordbegrensning som nevnt over, er det dessverre ikke mulig å ta med alt som kan være relevant for oppgaven, men vi har søkt å få med det mest essensielle.

## 2.6 Ethiske vurderinger

Vi vil i oppgaven anvende egne erfaringer i forståelse av litteraturen og benytte det erfaringsgrunnlaget vi har som sykepleiere når vi tolker litteraturen vi leser. Vi følger retningslinjer fra HIHM og benytter APA - standard som er anbefalt fra skolen (HIHM, 2014). Litteraturen vi har benyttet oppgir vi i litteraturlisten i sin helhet. Vi er tro mot de kildene vi har anvendt og viser redelighet i forhold til kildehenvisninger og sitater.

Forskningslitteraturen på engelsk, kan være mulig vi har feiloppfattet språkets nyanser eller feiltolket budskapet til forfatter. Dette ber vi i så måte om beklagelse for.

Vi er klar over utfordringen med forforståelse. Forforståelse er at vi innehar en viss oppfatning av hva det dreier seg om før vi har søkt kunnskap om temaet. Dette kan bevisst eller ubevisst påvirke oppfatningen og holdningen vi har omkring temaet (Thornquist, 2003). Det er viktig at vi er klar over dette med egen forforståelse, slik at vi kan legge den litt til side, for å åpne opp for nye kunnskaper.

---

### 3. Hoveddel – teori, litteratur og forskning

Seksuell latens eller fravær av libido er en vanlig bivirkning etter gjennomgått medisinsk og operativ behandling etter testikkelkreft. På bakgrunn av dette kan en stille spørsmål om seksualitet og seksuell helse - hva er det?

#### 3.1 Det historiske bilde av mannens kjønnsrolle og seksualitet

*Ethvert begrep om helse og sykdom viser tilbake på sosiale normer om hva vi anser for å være normalt eller ønskelig. Disse normative vurderingene er bygget inn i selve sykdomsoppfatningen, og de er formet av sosiale og kulturelle kjennetegn ved det samfunn de oppstår i og inngår i. Hva som regnes som helse og sykdom varierer derfor mellom ulike kulturer, og oppfatningene endres over tid. (Lian, 2006. s. 65)*

Vi oppfatter at mannsidealet gjennom tidene ofte har vært avbildet som den muskuløse og sterke. I kunsthistorien ble menn som konkurrerte i Olympia ofte avbildet nakne. Det ble gjerne unnlatt å avbilde hele mannens kropp, uten armer eller ben, derimot ble mannens kjønnsorgan gjerne vist. Sandberg, Larsen & Pedersen (2004) beskriver at det fortsatt er en forventning til mannen at han skal prestere og ha begjær.



Bilde: Skulpturbilde av naken mann. Colourbox 2014.

---

«Det kan synes som om den kvinnelige seksualitet forbindes med frihet, modernitet og varme, mens mannlige seksualitet oftere forbindes med noe reaksjonært, tradisjonsbundethet, med kulde og endog kriminalitet» (Sandberg et al., 2004, s.305).

I følge Sandberg et al. (2004), hevdes det at kvinnen gjennom historien har hatt det ukontrollerbare begjæret, og mannen skal stå for fornuften og den som ikke gir etter, da fornuften skal overstyre begjæret. Mannen har ofte blitt stilt mellom forføreriske kvinner og sin Gud/Allah. De hevder videre at disse typer studie setter spørsmålsteget ved essensielle oppfatninger av maskulinitet og kjønnsroller. Det som ser ut til å være nytt, er studier fra nyere tid som viser at kvinners seksualitet og initiativ ikke er moralsk fordømt slik den var i eldre tider.

## 3.2 Seksuell helse

WHO sin definisjon på seksuell helse:

*...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) [egen kursivering]*

Ut fra dette forstår vi at seksuell helse er en tilstand av fysisk, psykisk og sosialt velvære i forhold til seksualitet. Dette krever en positiv og respektfull tilnærming til seksualitet og seksuelle relasjoner, samt muligheten for å ha behagelige og trygge seksuelle erfaringer, uten tvang, diskriminering og vold.

I følge Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2012) sin rapport «Effekter av seksualterapeutiske intervensjoner for seksuelle problemer», er seksuell helse en kjernedimensjon i det å være menneske. Seksualitet innebærer seksuelle handlinger, kjønnsroller, identitet, intimitet, bekreftelse, nærhet, kjærlighet og reproduksjon. For å ivareta seksualitet og seksuelle relasjoner, samt muligheten for å ha behagelige og trygge seksuelle erfaringer uten tvang eller vold, kreves det en positiv og respektfull tilnærming.



---

### 3.3 Sexologi

Ordet sex kan for de fleste gi assosiasjoner som går til flere ting enn filosofi og forplantning. Sexus er latin og betyr kjønn, kjønnsliv eller seksualitet, er antatt å være avledet fra ordet secare, som betyr skille, skjære eller dele i to (seksjonere). Slik Platon i Aristofanes tale om kjærlighet i "Drikkegildet i Aten" beskriver som samsvar til greske myter, blir mann og kvinne sett på som to halvdeler som søker gjenforening. Sexologi betyr kort sagt læren om kjønnnet/kjønnslivet (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2012).

Klinisk sexologi handler om å kunne forstå og veilede, hjelpe og behandle de som har seksuelle problem og funksjonshinder. Som vitenskap og terapi har sexologi utviklet seg til en egen profesjon siden slutten av 1800-tallet. Det fantes sexologiske fagmiljø i Europa med pionerer i Berlin, Amsterdam og København. I mellomkrigstiden og med nazistene ved makten i Tyskland, medførte dette forfølgelse av sexologer. Biblioteket til seksualforskningsinstituttet i Berlin ble i 1933 brent og sexologene, der mange var tyske jøder, flyktet fra landet. Dette utgjorde et stort tilbakeslag for sexologien i Europa og det tok mange år for fagmiljøene å bygges opp igjen. På 1930-tallet i Norge startet et felttog for seksualopplysning med helsedirektør Karl Evang (1902-81) i tet. Han var med på å utgi «Tidsskrift for Seksuell Opplysning» og dette kom ut på 1930-tallet. Her gikk han til kamp mot den "store uvitenhet om kjønnslivet" med begrunnelse at kunnskapsmangelen førte til dårlig seksualliv, kjønns sykdommer og skyldfølelse. De første som systematisk utførte direkte observasjon av human seksuell respons i laboratorier og beskrev de fysiologiske kjennetegnene på seksuell respons var det amerikanske paret, psykologen Virginia Johnson og legen William Masters (1915-2001). Studiene satte begreper på seksuell respons og formidlet seksualitet som en sunn og naturlig aktivitet. De viste blant annet at mennesker er født seksuelle, har seksuell respons hele livet, at seksualliv ikke forsvinner ved alderdom og beskrev normale aldersforandringer ved seksuell respons. Studiene deres og den seksuelle revolusjonen sammenfalt. Parets studier har hatt stor innflytelse på behandling av seksuelle problemer (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2012).

### 3.4 Cancer testis

Cancer testis er en diagnose som vanligvis inntreffer hos menn mellom 15 – 40 år. For menn som ikke er kommet i puberteten eller for menn over 70 år så kan denne diagnosen

---

forekomme, men det er svært sjeldent. Som et paradoks, så har Norge og Danmark de høyeste registrerte insidenstillene i verden. Siden 1950 er insidensraten tilnærmet doblet i disse to landene. Insidensraten er ca 11 menn pr 10 000 menn i Norge som vil oppleve å få en cancer testisdiagnose. Til sammenligning er insidensen i Danmark ca 14 av 10 000. Omtrent 95 % av norske pasienter med denne krefttypen lever i minst fem år etter diagnostisering av testikkelkreft og behandlingen av denne typen kreft anses som en onkologisk suksesshistorie. Til tross for metastaser blir ca. 80 % av disse pasientene helbredet. Bivirkninger etter behandling og hvordan disse kan begrenses har fått en økende oppmerksomhet de siste årene (Oldenburg et al., 2008).

I USA er det også en stigning i antallet som diagnostiseres med cancer testis. I 1975 var raten 2,4 menn pr 100 000 menn som fikk denne sykdommen. I årene frem mot 2004 var det en stigning til 5,1 pr 100 000. "The American Cancer Society" oppgir at testikkelkreft er den kreftdiagnosen som er aller best kurabel og at 5 års overlevelsen er på 96 %. Ved publikasjonen til Kim, McGlynn, McCorkle, Li, Erickson, Ma, Niebuhr, .... & Zhang (2012) er det estimert at ca 140 000 amerikanere lever etter endt behandling av cancer testis, men med ulike seksuelle utfordringer.

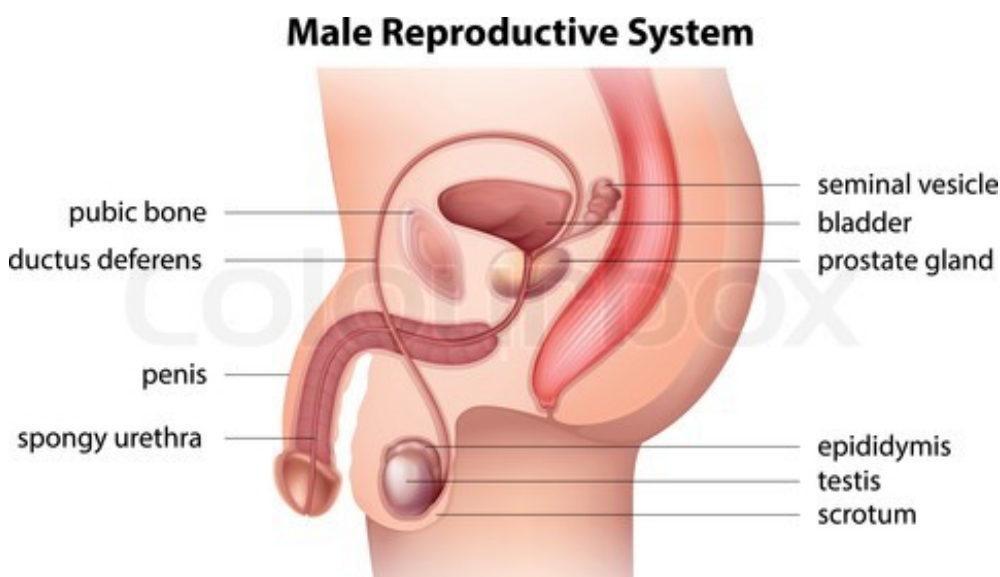
*Sexual dysfunction varied by treatment modality. Combined chemotherapy and surgery treatment showed a greater risk of decreased libido or ejaculatory dysfunction, while a combination of radiation and surgery treatment was more closely associated with erectile dysfunction. Additionally, nonseminoma histologic subtype noted a greater risk of erectile dysfunction, ejaculatory dysfunction, and problem assessment. (Kim et al., 2012)*

Etter behandlingen av cancer testis kan menn oppleve ulike seksuelle utfordringer. Ettersom ulik type behandling ser ut til å gi ulike utfordringer for mannen, er det viktig at man vurderer nøye hva slags type behandling som bør gis. Cellegift kombinert med operasjon ser ut til å gi større risiko for nedsatt seksuell lyst og ejsksjons problem mens stråleterapi kombinert med operasjon ser ut til å gi større grad av ereksjonsproblem (Kim et al., 2012).

I følge Oldenburg et al. (2008) så er det å velge den optimale behandlingen for hver enkelt pasient er ofte like krevende som selve behandlingen. Etter nøye informasjon om fordeler og ulemper ved de ulike behandlingsoppleggene, anbefales det at de pasientene som har klinisk stadium 1 bør få muligheten til å være med på å bestemme sitt eget behandling. For pasienter som har god prognose er det sannsynlig å minimere behandlingsintensitet for å redusere bivirkningene. Hos de som har dårlig prognose trengs mer effektiv behandling.

### 3.5 Symptomer og diagnostisering

Den klassiske presentasjonen av cancer testis er at den ene testikkelen blir smertefull og større en den andre. Likeledes bør nyoppståtte rygg smerter utredes, eventuelt for å utelukke cancer testis. Testikkelkreft diagnostiseres oftest ved bruk av ultralyd, men det kan også gjøre frysesenitt for å fastslå diagnosen der det er tvil. Dersom det stadfestes testikkelkreft, så fjernes testikkelen umiddelbart via orkiektomi. I Norge benyttes det i hovedsak en stadielinndeling, utviklet av Royal Marsden Hospital, hvor man undersøker og grupper inndeler etter hvor raskt alfaføtoprotein og /eller serum HCG-verdier, som er viktige tumormarkører ved testikkelkreft, faller etter en orkiektomi. Om verdiene på resultatene ikke faller så raskt som det forventes, kan ikke metastaser utelukkes (Oldenburg et al., 2008).



Bilde: Colourbox, 2014.

Testikkel kreft eller cancer testis kan deles inn i to hovedgrupperinger:

#### 3.5.1 Seminomer

Seminomer utgjør cirka 50 % av alle germinalcelletumorer i testikkelen. Germinalcellene er bygget opp av uniforme celler med lyst eller tett glykogenholdig cytoplasma med stor regelmessig kjerne, med en eller flere nukleoli og tydelige cellegrenser. Den forekommer uhyre sjelden hos barn, ungdommer eller hos pasienter over 70 år. Rene seminomer utgjør

---

cirka halvparten av alle germinalcelletumorer i testikkelen. De øvrige typer er tumorer som kan oppstå i testikkelen er embryonalt karsinom, plommesekkumor, koriokarsinom og teratom (Abeler, 2014).

### 3.5.2 Non- seminomer

I følge Abeler, 2014 så er de fleste non-seminomatøse tumorer er blandingstumorer av flere forskjellige typer der seminom kan være en av komponentene. Non-seminom utgjør den andre halvdel av type testikkelkreft med cirka 50 % av alle germinalcelletumorer i testikkelen. Litt over 10 % er rene former. Hvis det er både seminom og non-seminom i samme tumor, behandles pasienten som om han har en non-seminom tumor, på grunn av at det er den mest aggressive typen.

## 3.6 Behandling og prognose

Ofte kombineres cellegift og kirurgi, ved noen tilfeller også strålebehandling.

Strålebehandling som adjuvant behandling er ikke standard ved testikkelkreft, men kan være aktuelt ved seminom ved klassifisert til stadium I eller II A. Ved spredning gis nesten alltid cellegift i kombinasjonskurer som er basert på tre ulike type medikamenter, Cisplatin, Etoposid og Bleomycin. Den såkalte BEP - kuren gis over 6 dager, med opphold i 8 dager med blodprøvekontroll. Deretter er det oppstart av ny kur etter 7 dager, som igjen skal pågå over 6 dager. Strålebehandling anbefales ikke som standard behandling, men det foretrekkes cellegift fordi behandlingen er enklere å gjennomføre, gir mindre akutte bivirkninger og gir ikke de samme sen- effektene som strålebehandling (Lehne, 2011). Strålebehandling er kun aktuelt ved noen former og stadier av testikkelkreft. Helsedirektoratet (2013) fastslår at strålebehandling har god effekt på seminomer og reduserer risikoen for tilbakefall. Det er utarbeidet «Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av testikkelkreft» (Onkolex, 2014).

Seminomer og non-seminomer kan metastasere først og fremst til retroperitoneale, det vil si til bukhinnen som kler bukens bakvegg, lymfeknuter og langs ductus thoracicus, som er den store samleåren for lymfen. Spredning fra cancer testis kan også være hematogen, særlig ved non-seminom. Kreftregistrering viser at ca. 20 % av pasientene med seminom har metastaser ved diagnosetidspunktet, som oftest til lymfeknuter eller til retroperitoneum. Hos menn med

---

non-seminomer vises ofte rask spredning der ca 50 % av pasientene har metastaser ved diagnosetidspunktet (Lehne, 2011).

### 3.7 Bivirkninger av behandling

Hendelser i livet, som å få testikkelkreft, kan redusere den seksuelle funksjonsevnen i en slik grad at det påvirker mannen slik at han ikke klarer å delta i seksuell aktivitet på den måten han ønsker. Seksuelle funksjonsproblemer kan innebære vanskeligheter i en eller flere faser hos den enkelte eller hos de som er par. Dette kan føre med seg negative opplevelser, som frustrasjon eller unngåelsesadferd. Strålebehandling mot testikler kan ha forskjellig effekt på mannens seksualfunksjon. Disse problemene kan føre til grader av fortvilelse, problemer i parforholdet og redusert livskvalitet (Simonsen, 2013).

I tiden pasienten er innelagt på sykehus, er det viktig at pasienten kartlegges ved en fullstendig anamnese. Ved innleggelse i sykehus benyttes ofte ESAS – Edmonton symptom Assessment Scale, et skjema for å avdekke pasientens symptomer og tilstand. Dette er det mest brukte kartleggingsskjemaet som også er med på å måle pasientens livskvalitet og benyttes i det norske helsevesen. Andre typer kartleggingsskjemaer, som eksempel ”*European Organization for Research and Treatment Quality of Life Questionnaire*” (EORTC QLQ- C30) er et av de mest brukte og standardiserte sykdomspesifikke skjemaene for måling av ulike symptomer hos kreftpasienter. Disse skjemaene benyttes vanligvis sammen der det er behov for utbredt kartlegging, og de er anerkjente og standardiserte måleredskaper (Ribu, 2010). Ved å benytte et slikt måleredskap kan vi på en systematisk måte fremskaffe nødvendig informasjon over pasientenes plager, samt hvordan disse påvirker pasientens livskvalitet.

Simonsen (2013) sier at seksuelle problemer, blant de som behandles for testikkel kreft, ofte forblir et skjult tema for omverdenen og behandlingsapparatet rundt. Seksuelle problemer vies lite oppmerksomhet og forblir oftest hos den enkelte. Cellegift og strålebehandling kan gi mange ulike bivirkninger. De vanligste er kvalme, oppkast og diaré, vekttap, hårtap, sår hud, endringer i smak og luktesans og fatigue. Noen av plagene forsvinner når behandlingen avsluttes, men noen sliter med en eller flere av plagene resten av livet. Redusert yteevne og tretthet, såkalt fatigue, kan vedvare i lang tid etter behandling er avsluttet. Hos noen gir cellegift langtidsplager som påvirkning av hørsel i form av øresus eller nedsatt hørsel, og

---

nedsatt lunge- og nyrefunksjon. Ikke uvanlige langtidsplager etter cellegiftbehandling er nedsatt libido og fertilitetsproblemer, samt nevrologiske bivirkninger som nummenhetsfølelse og prikking i fingre og tær.

### 3.8 Seksuelle utfordringer

Helsedirektoratet (2013) har i «Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk behandling og oppfølging av testikkelkreft» innrapportert at grupper menn med testikkelkreft har uttrykt nedsatt lyst og økt erektil dysfunksjon sammenlignet med tidligere rapporter. Totalt 39 % av testikkelkreft-overlevende [TCS] hadde seksuelle problemer sammenlignet med 36 % av kontrollgruppen. Om noe uventet, var det for menn i aldersgruppen 20-39 år større grad av seksuell tilfredsstillelse blant TCS enn i kontrollgruppen. De kunne konstatert at par etablert før mannen fikk testikkelkreftdiagnosen, hadde større grad av seksuell tilfredsstillelse enn par etablert etter diagnosen ble stilt.

Cellegiften hemmer dannelsen av sædceller slik en ikke er befruktningsdyktig en periode på opp til 2 år før sædcelleproduksjonen tar seg opp igjen. Det er likevel vanlig prosedyre at menn får fryst ned sæd i forkant av behandlingen, ettersom behandlingen kan føre til sterilitet eller dårlig sædkvalitet. Rikshospitalet, Haukeland universitetssykehus, St. Olav hospital og universitetssykehuset i Nord-Norge har andrologiske laboratorier som gir tilbud om nedfrysning av sæd. Tilbudet gjelder de som har en sykdom eller skal gjennomgå en behandling som kan redusere eller helt ødelegge pasientens fruktbarhet. Dette er et tilbud som avgjøres i samråd med behandlende lege og ansvarlig overlege ved laboratoriet. Det kreves skriftlig samtykke av pasienten dersom den lagrede sæden skal brukes. I tillegg skal det attesteres av institusjonen der behandling av assistert befruktning skal foretas. Selv om tilbudet om frysing og lagring av sæd er til stede, gir ikke dette automatisk rett til behandling med assistert befruktning. Denne avgjørelse tas av behandlende lege etter gitte retningslinjer i lov om assistert befruktning. Pasienten har mulighet til å fryse ned inntil tre prøver som bør tas med et par dagers mellomrom. Manglende sexlyst, ereksjonsproblemer, svingninger i humøret og tretthet, kan tyde på lavt testosteronnivå. Redusert energinivå og yteevne kan hos veldig mange gå ut over seksuallivet (Simonsen, 2013).

Det er studier som viser at testikkelkreft har gitt senplager hos TCS, også seksuelle plager både på fysisk - og psykisk plan.

---

Dahl et al. (2007) sin studie «Is the Sexual Function Compromised in Long-Term Testicular Cancer Survivors» inkluderte 1084 menn i alderen 20-59 år som ble fulgt opp i gjennomsnittlig 11,1 år. De benyttet en sammenligningsgruppe (NORM) på 929 friske menn for å kvalitetssikre resultater de fikk i studien.

Compared with NORM, TCSs had significantly worse scores on ejaculatory and sexual problems in both young (20–39 yr) and middle-aged (40–59 yr) groups. In the young group, sexual satisfaction was significantly better in TCSs versus NORM. Overall sexual problems were expressed by 38.8% of the TCSs versus 35.5% in NORM. (Dahl et al, 2007)

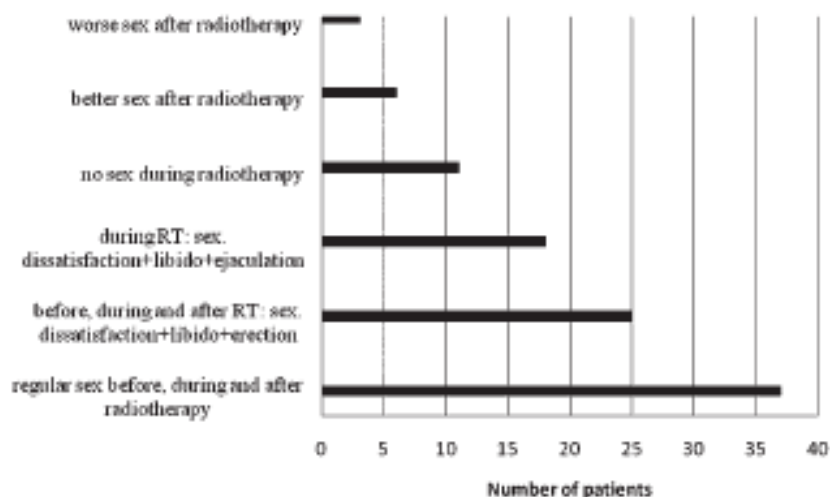
Flere av de samme forskerne, men med annen førsteforfatter gjennomførte en ytterligere studie i 2009. I følge studien til Grov et al. (2009), har de i studien «The personality trait of neuroticism is strongly associated with long-term morbidity in testicular cancer survivors» som mål å undersøke om det er ulike sammenhenger mellom nevrotisk, psykisk og somatisk sykkelighet hos langtidsoverlevende etter testikkelkreft. Artikkelen fremsetter at nevrotisme var en av de mest plagsomme bivirkningene etter behandlingen.

Som definisjon på nevrotisme støtter vi oss til:

Nevrotisme, personlighetstrekk kjennetegnet ved tendens til å bli lett bekymret, til å gruble, til å bli sårbar overfor kritikk fra andre og usikker på seg selv. Personer med høy grad av nevrotisme vil ofte reagere med søvnproblemer og ukarakteristiske kroppslige symptomer og plager under påkjenninger og belastninger (psykosomatiske symptomer). (Malt, 2014)

Nevrotisme vil påvirke mannens hverdag, både med fysiske og psykiske symptomer. Studien til Cecil et al (2008), viser at det å «være mann» hovedsakelig er forbundet med aktiviteter i vår kultur. Det å være i jobb og sørge for familien, delta i idrett, å være seksuelt aktiv, utføre praktiske oppgaver med hus, hage og bil, ble enten tatt bort eller sterkt begrenset som følge av å ha kreft. Denne livsstilen ble til en viss grad byttet ut med behovet for å utføre mer positiv helseatferd, som for eksempel bruk av hudkremer for å ta vare på huden etter strålebehandling. Dette anså mange menn å være feminint, og de følte at dette rokket ved deres kjønnsbilde som den maskuline mannen. Disse endringene kan være vanskelig å akseptere, som den kommentaren en mann i denne situasjon indikerer: " It's hard to take, because I am a man's man".

I følge Gamulin et al. (2011) oppga menn som var under og etter behandling med stråleterapi, alt fra verre opplevelse med samleie til bedre opplevelse av samleie.



Bilde: Gamulin et al. (2011). Søylediagram over antall menn som rapporterte seksuell funksjonsproblem ved det å kunne gjennomføre samleie under og etter behandlingen for sin cancer testis.

Videre har Gamulin et al. (2011) listet opp flere bieffekter av behandlingen. Det som de fant ut, var at kun 4 % av de som ble behandlet opplevde fatigue som følgetilstand. Derimot oppgav hele 32 % av pasientene at de følte seg bekymret, engstelig og deprimerte under og etter behandlingen. Andre tall som vi merker oss, er at de fysiske plager ser ut til å være mindre plagsomme enn de psykososiale utfordringer som pasientene oppgir å ha. Hele 23 % oppgir at de har sosiale problemer, som det å gå ut på sosiale tilstelninger, og 21 % oppgir at de har visse økonomiske utfordringer ved at de ikke lengre er på arbeid.

Det er utført sykepleieforskning på seksuelle problemer i forbindelse med testikkelkreft. Studien «Barriers and facilitators for oncology nurses discussing sexual issues with men diagnosed with testicular cancer» (Moore et al., 2013) tar opp temaet «samtalet om seksuelle problemer».

«Testicular cancer assaults an organ associated with sexuality and reproduction and occurs in a period of life which is characterised by major social life changes and when sexual desire and performance, sense of masculinity, body image and fertility can be central issues». (Moore et al., 2013)

Det fremsettes i Moore et al. (2013) at sykepleiere som ikke arbeider spesielt med pasienter med testikkelkreft, ofte viser inkonsekvent arbeidspraksis i forhold til samtale om seksuell



---

veiledning. Begrunnelsen for dette er oftest at sykepleierne ikke viser overfor pasientene at de er tilgjengelig for samtale om seksuelle problemer. Sykepleiernes personlige følelse med hensyn til egen forfengelighet og eget ubehag for å samtale om seksuelle problemer, blir oppgitt som årsak til at de ikke tar opp denne samtalen med pasienten. Dersom kreftsykepleieren skal snakke med pasienten om seksuelle problemer, så forventer sykepleier at pasienten selv bør innlede til slike samtaler. Men annen forskning, eksempelvis More et al. (2013), viser at pasienten faktisk forventer at kreftsykepleieren tar opp dette spørsmålet.

---

## 4. Kreftsykepleierens funksjons - og ansvarområder

En kreftsykepleier er i utgangspunktet en autorisert sykepleier som har minimum to års klinisk praksis etter endt grunnutdanning. Etter dette er det to års spesialisert utdanning som gir tittelen kreftsykepleier. Kreftsykepleieren har som ansvar i samsvar med helselovgivningens krav til yrkesutøvelse å utøve helhetlig sykepleie til pasienter med en kreftsykdom, og deres pårørende. En kreftsykepleier skal utøve faglige kunnskaper og verdier (Reitan, 2010).

### 4.1 Kreftsykepleierens teoretiske forankring

Som sykepleiere har vi en teoretisk forankring i grunnleggende sykepleietenkning og ulike teorimodeller. I denne oppgaven har vi valgt å benytte Thorbjørnsen (1999) sin tolkning av Joyce Travelbee's filosofi og sykepleietenkning, som retter seg mot de mellommenneskelige aspektene i sykepleien, hvor kommunikasjon er beskrevet som et av sykepleierens viktigste redskaper. Joyce Travelbee uttalte at det som kjennetegner en profesjonell sykepleier, er evnen til å bruke seg selv terapeutisk. Hun vektlegger menneske- til- menneske forholdet i sykepleien og sier at kommunikasjon er en gjensidig prosess. Travelbee hevder at sykepleieren kommuniserer for å motivere det syke mennesket. Hun presiserer at kommunikasjonen ikke er målet i seg selv, men at det er et middel til å nå et mål. På grunn av dette mener hun at kommunikasjon kan betraktes som en prosess som hjelper sykepleieren. Travelbee mener at alle sykepleiere har en viss ferdighet til å bruke kommunikasjonsprosessen målrettet, og at sykepleieren kan benytte seg av sine ferdigheter med kommunikasjonsprosessen for å planlegge, styre og evaluere sykepleieintervensjoner. Travelbee understreker at mennesket har en evne til å tilpasse seg, og at sykdom og lidelse gir anledning til personlig vekst og utvikling.

Sykepleieteoretikerne Patricia Benner og Judith Wrubel bygger sitt menneskesyn på omsorgsteori ut fra Heideggers fenomenologiske virkelighetsforståelse. De har fokus på fire sentrale begreper i sin omsorgsteori som beskriver samspillet mellom mennesket og faktorer i omgivelsene: Omsorg, kroppslig kunnskap, bakgrunnsforståelse og spesielle anliggender. Benner og Wrubel mener at mennesket er en helhet der sykdom og helse må forstås som *levd erfaring*. De sier at helse og velvære må forstås helhetlig, der personen er en del av helheten.

---

Slik vi forstår det, mener de at sykepleieren ved å ta utgangspunkt i pasientens opplevelse av situasjonen, skal tilpasse sykepleien på en helhetlig måte uten å skille mellom det fysiske, psykiske og sjelelige. De peker på sykepleierens ansvar for å kartlegge pasientens egen opplevelse av sin situasjon. På denne måten mener de at sykepleieren kan identifisere hva som står på spill for enkeltmennesket og hva som er utfordringen for sykepleieren. Det hevdes at sykepleieren kun med innsikt i enkeltindividet, kan hjelpe pasienten. Benner og Wrubel tar for seg sykepleieren som de mener må ha spesielle anliggender som står nært knyttet opp mot hvem hun er, med personlig bakgrunn og personlige omsorgsverdier. Det er dette som i konkrete situasjoner, hevdes det, vil knytte sykepleieren til pasientens situasjon og personlighet (Kristoffersen, 2002).

## 4.2 Kreftsykepleierens kliniske kompetanse

I følge Reitan (2010), er kompetanse evnen til å utvikle seg både kognitivt, sosialt og atferdsmessig. En kreftsykepleiers funksjon og ansvar kan defineres i direkte tilknytning til pasienten og pårørende, eller til indirekte pasientrettet arbeid som innebærer koordinering av tjenesten. Kreftsykepleierens ansvar og funksjon styres av helsepersonelloven, yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, pasientrettighetsloven og spesialhelsetjenesteloven med juridiske, etiske og faglige retningslinjer.

I rammeplanen for videreutdanning i kreftsykepleie beskrives det hvilke oppgaver det forventes at kreftsykepleier skal mestre. Dette gjelder direkte pasient og pårørendekontakt, kreftsykdom og -behandling, etiske og juridiske forhold, samarbeid og pedagogisk virksomhet, samt forebyggende og fagutviklende arbeid (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005).

Reitan (2010) mener at kunnskap erverves over tid og at det er forutsetningen for at den skal kunne anvendes. Kunnskapen må ha blitt til personlig kompetanse før den kan brukes på en faglig forsvarlig måte. Sykepleiens grunnlag for all sykepleie skal være basert på respekten for enkeltmenneskets liv og iboende verdighet. Sykepleien skal bygges på menneskerettighetene og skal vise barmhjertighet, omsorg og respekt. I tillegg skal den være kunnskapsbasert. Kreftsykepleierens yrkesutøvelse styres også av overordnede etiske retningslinjer.

---

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere beskriver hvordan vi skal ivareta hvert enkelt individ med verdighet og respekt. Blant annet skal sykepleieren fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig og tilpasset informasjon, samt forsikre seg om at informasjonen er forstått (Norsk sykepleier forbund, 2011).

### 4.3 Kunnskapsbasert sykepleie

I følge rapporten «Foretaksprosjektet: Mot kunnskapsbasert praksis i spesialisthelsetjenesten» er en akseptert internasjonal definisjon av kunnskapsbasert praksis å integrere den beste tilgjengelige forskningskunnskapen med klinisk erfaring i samsvar med pasientens verdier og preferanser (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2011).

Å anvende kunnskapsbasert sykepleie mener Nortvedt et al.(2012) innebærer å ta avgjørelser som er basert på anerkjent forskning, sammen med personlig og praktisk kompetanse, samt behov og ønsker som pasienten har i den enkelte situasjonen.

Kreftsykepleieren skal sikre kontinuitet for pasienten ved å anvende kunnskapsbasert praksis i sitt arbeide. Dette innebærer at en kreftsykepleier kan ha flere ansvarsområder med blant annet forebyggende helsearbeid hvor det legges vekt på primær-, sekundær og tertiærforebygging mot kreft. Dette vil kort sagt si at det handler om å fremme det friske der det er risiko for å få kreft, forebygge videre utvikling av kreft hos de som allerede er rammet, eller ha som mål å minske de plager som følge av kreftsykdom og for å gi økt livskvalitet. Kreftsykepleierens behandlende funksjon retter seg mot sykdom, behandling, komplikasjoner og bivirkninger, undersøkelser og å delta aktivt i lindrende pleie og behandling. Den rehabiliterende funksjonen kreftsykepleieren har, er rettet mot pasienter som har behov for veiledning og ny kunnskap (Reitan, 2010).

#### 4.3.1 Kreftsykepleierens kommunikasjonsferdigheter

Kreftsykepleieren må vurdere hva slags informasjon pasienten har behov for. Det stilles krav til sykepleierens evne til å praktisere kommunikative ferdigheter. Ferdigheter som å vise at en "ser og forstår" pasienten, oppmuntre og gi anerkjennelse, i tillegg å reformulere og sammenfatte innholdet i samtalen. Disse ferdighetene er med på å fremme kommunikasjonen mellom sykepleieren og pasienten. Gjennom å undervise og veilede kan kreftsykepleieren bidra til at pasienten får styrket sin mestring av hverdagen (Reitan, 2010).

---

I Gammersvik & Larsen (2012) sies det at man gjennom løsningsfokuserede nøkkelspørsmål kan finne strategier som fungerer for å fokusere på det som er en ressurs, og fjerne seg fra det som man vet ikke fungerer. Travelbee (Kristoffersen, 2002) mener at kommunikasjonen mellom sykepleieren og pasienten står helt sentralt for at de tiltakene som iverksettes skal være i samsvar med pasientens behov.

#### 4.4 Kreftsykepleierens kompetanse om empowerment og salutogenese

Empowerment innebærer støtte og styrking i forhold til å påvirke sin egen livssituasjon (Reitan, 2010). Hvilken ressurs, muligheter og begrensninger har pasienten selv som kan benyttes? Økt kunnskap om sin egen situasjon kan gi et strukturert grunnlag for intervensjonen og motvirke en oppgitt holdning hos pasienten, der pasienten lett kan la seg prege av begrensninger i stedet for muligheter og heller bidra til dårligere livskvalitet enn sykdommen skulle tilsi. I noen tilfeller kan dette gi unødvendig lang restitusjonstid og kreftsykepleieren må lete etter strategier som kan bidra til at pasienten i større grad bruker egne ressurser. Empowerment er at pasientens egne verdier og ressurser står i fokus. Forutsetningen for at kreftsykepleieren kan bidra til empowerment er å ta rollen som anerkjennende støttespiller og informant, og dessuten beherske ferdigheter i kommunikasjon preget av gjensidig respekt (Gammersvik & Larsen, 2012). Kreftsykepleieren må ha kjennskap til seg selv for å unngå å blande inn egne følelser og behov. Det er pasientens egne verdier og ressurser som må stå i fokus. Kreftsykepleieren må også passe på at ikke pasienten sitter igjen med skyldfølelse eller mindreverdigetskomplekser av å mislykkes eller ikke å være «flink nok» til å ta kontroll over eget liv og helse (Walseth & Malterud, 2004).

Gammersvik & Larsen (2012) sier at helsefremmende arbeid er å myndiggjøre den som er involvert. Dette er en prosess som gjør at pasienten blir i bedre i stand til å ha økt kontroll over, forbedrer og bevare sin helse, som igjen vil bidra til å opprettholde livskvaliteten. Dette bygger på en helhetstenkning for å oppnå at den enkelt skal være i stand til å virkeliggjøre sine forhåpninger, tilfredsstillende sine behov og endre eller mestre situasjonen.

Gjennom undervisning og veiledning kan kreftsykepleieren lære kreftpasienten å delta i helsefremmende tiltak for å styrke sitt eget selvbylde. Det forutsetter at kreftsykepleieren har

---

kunnskaper om salutogenese og dens betydning for pasientens situasjon til å mestre sin seksuelle helse videre. Salutogenese er læren om hva som gir god helse og retter oppmerksomheten mot faktorer som bidrar til at vi opprettholder god helse. Ut fra livsvilkår har alle ulik holdninger til hvordan nye situasjoner påvirker, er forutsigbare og overkommelige. Dette gir ulikt pågangsmot i møte med sykdom. Helse skal i følge Gammersvik & Larsen (2012) ikke begrenses til å rette oppmerksomheten på risikofaktorer eller symptomer på lidelse, men helsebringende faktorer skal bidra direkte til helse.

---

## 5. Drøfting: «You are still a man's man»

I følge Dalland (2012), er det gjennom drøftingen man skal vise hva man har lært underveis i prosjektet. Kunnskapen man har funnet fram til, henger sammen med de teoretiske perspektivene, man har da evner til systematisk og kritisk refleksjon. Vi vektlegger kreftsykepleierens kompetanse og ferdigheter med kommunikasjon til menn, som på grunn av testikkelkreft, møter utfordringer med seksuell helse. Vi ønsker å bidra til at mannen skal opprettholde sitt selvbilde for å bevare sin kjønnsrolle.

### 5.1 Samfunn og kjønnsrolle

Sandberg et al.,(2004) sier at gamle forestillinger om kjønnsroller fremdeles står sterkt, selv om det i dagens samfunn er en brytning mellom nytt og tradisjonsbundet. De hevder at nyere forskning viser at seksualitet veves inn i en rekke dimensjoner av livet. Ut fra ulike kulturer, og fra et historisk perspektiv, anses ofte mannens oppgave å være familiens forsørger. I tillegg har mannen vært sett på som den sterke, den virile, som skaffer seg familie og barn. Mannen skal ha god helse og holde seg frisk, slik at han kan gjennomføre oppgavene som gjennom historien har tegnet han som et mannsideal. Trekk som ofte blir forbundet med maskulinitet, har sine røtter i arv, men blir støttet, påvirket og ofte forsterket av strukturer i kulturen og samfunnet. Maskulinitet kan ha varierende betydning i ulike kulturer, men likevel være sammenfallende i sin definisjon på tvers av kulturer. At kvinner er mer aktive og formulerer egen interesse, gir konsekvenser for mannen. Sandberg et al.,(2004) sier det fremdeles foreligger en gammel forventning om mannens permanente seksuelle lyst og tilgjengelighet, men at unge menn befinner seg i grenselandet av en veletablert kjønnsrollediskusjon på den ene siden og en feministisk diskusjon på den andre. Kvinnenes krav om likestilling gjør at kvinnen er blitt mer aktiv, mens den mannlige kjønnsrollen fortsatt representerer det tradisjonelle.

### 5.2 Kreftsykepleieren, pasient og samfunn

En kreftsykepleier som viser pasienten at hun, i sin rolle som kreftsykepleier, er åpen for å snakke om seksuelle utfordringer, innbyr til tillitt og viser forståelse med en profesjonell holdning. Samtidig viser kreftsykepleieren kunnskaper om seksuelle utfordringer som kan

---

oppstå ved testikkelkreft og behandling av dette. Vår profesjonalitet er en sammensatt helhet. Personlig egnethet har sterk forbindelse med vår personlige væremåte eller egnethet å gjøre, og har stor betydning for kvaliteten på det arbeidet som skal utføres (Reitan, 2010).

Seksualitet er, i følge Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2012), komplekst og en biologisk del av menneskers liv. Dette involverer en rekke psykologiske og fysiologiske faktorer, samt relasjonelle og sosiale forhold, som kan oppleves når man får en cancer testis diagnose. Kreftsykepleierens kunnskap om pasientens fysiske og psykiske tilstand blir uvurderlig for å fange opp hvem som trenger ekstra støtte, for å ivareta seksuell helse etter behandling for cancer testis. Det kan være avgjørende å foreta en anamnese for å kartlegge pasientens situasjon. En utfyllende anamnese forutsetter en tillitsfull kontakt mellom kreftsykepleieren og pasienten, som Travelbee (Thorbjørnsen, 1999) kaller et «menneske - til – menneske» forhold, for å utveksle kunnskaper om sosiale og psykologiske forhold. En anamnese består i å kartlegge problemer og ressurser for å iverksette meningsfulle tiltak. Ved å kartlegge forhold til familie, status, arbeidsplass og lokalsamfunn, kan kreftsykepleieren vite en del om pasientens ressurser og belastninger, og på den måten vite hvordan han sannsynligvis vil møte den nye situasjonen. For at kreftsykepleieren skal kunne bidra for alle innbyggere i et flerkulturelt samfunn, må hun inneha en kulturellevistisk holdning. Dette vil si at kreftsykepleieren må uttrykke forståelse og inneha kunnskap og holdninger om ulike kulturer for å møte hver enkelt ut fra en forståelse om at alle er forskjellige. For pasienter med testikkelkreft, er det viktig at kreftsykepleieren har både kunnskaper og kommunikative ferdigheter til å snakke om seksuell helse. Videre må kreftsykepleier spørre pasienten om han har noen form for seksuelle utfordringer. Dersom pasienten ikke har utfordringer med seksuell helse der og da, har kreftsykepleieren synliggjort at dette er et tema som det er trygt å snakke om. Det er nå skapt en relasjon til å ta opp igjen seksuelle utfordringer senere (Walseth & Malterud, 2004).

Moore et al. (2013) rapporterte i sin studie at hele 39 % av sykepleierne følte ubehagelighet rundt det å snakke med pasienter om å undersøke egne testikler. Sykepleierne som deltok i undersøkelsen understreker viktigheten av utdanning for å styrke kunnskap og komfortnivåer rundt det å diskutere seksualitet i samtalen med pasienten. I følge Cecil et al. (2008) så var informasjon det tiltak som viste seg å fungere best. Kreftsykepleier må merke seg at menn ikke ber om informasjon om seksuelle utfordringer, men tar imot relevant informasjon. Veiledning i form av å snakke med profesjonelle er virkningsfullt.



---

Man skulle kanskje tro at det å snakke med likesinnede, som for eksempel gruppeterapi kunne ha god effekt, men dette så ut til å komme i konflikt med «mannsrollen». Man bør heller satse på tiltak som bevarer mannens kjønnsidentitet og evne til å ”takle dette selv” da det styrker hans maskulinitet.

Mannen trenger ikke kun informasjon om den medisinske diagnosen. Som kreftsykepleiere krever det at vi også har kunnskap om forløpet og behandling for testikkelkreft. Et tverrfaglig samarbeid med andre faggrupper i helsevesenet kan bestå av eksempelvis spesialisthelsetjenesten, kreftsykepleier, fastlege og sosionomtjenester, og kan være nødvendig for at pasienten skal oppnå helhetlig sykepleie fra kreftsykepleieren. Alle aktørenes samspill skal bidra til at tjenesten blir så godt sammensatt og tilrettelagt etter pasientens behov som mulig (Kristoffersen, 2002).

### 5.3 Kreftsykepleier – pasient og selvbylde

I følge Moore et al. (2013) viser forskning at menn med testikkelkreft kan føle seg mindre seksuelt attraktive, mindre virile og på grunn av dette ha en lavere selvfølelse. Dette kan videre resultere i at seksuell glede, aktivitet og interesse minsker. I tillegg kan de menn som har fjernet sine testikler, og som er opptatt av sitt fysiske utseende, opplever sosial isolasjon ved at de unngår visse aktiviteter som de tidligere deltok i. Opplevelse og påkjenning ved sykehusinnleggelse og behandling kan, for enkelte, være belastende for samlivet med partner.

Kreftsykepleieren må besitte kompetanse innenfor sitt fagfelt både på det medisinske, men også inneha god kompetanse om empowerment, salutogenese og helsefremmende arbeide. For å være en kompetent kreftsykepleier kreves gode kommunikasjonsevner for å klare å få frem hele pasientens opplevelse av sykdommen. Reaksjonen på motgang og sykdom er individuell og avhenger av tidligere livshendelser (Reitan, 2010).

Benner og Wrubel (Kristoffersen, 2002) hevder at det er avgjørende at kreftsykepleieren har kompetanse til å kartlegge pasienten, slik at det på et tidlig tidspunkt kan iverksettes sykepleietiltak opp mot det pasienten selv opplyser som plager. Reitan (2010) sier, at om pasienten skal kunne ta de rette valgene for seg selv, må kreftsykepleieren hjelpe pasienten slik at han blir i stand til å definere problemene ut fra sin egen situasjon. Dette krever at

---

kreftsykepleieren har kunnskaper, og ikke minst evne, til å sette seg inn i pasientens situasjon.

Salutogenese er teorien om fysisk og psykisk helse som har fokus på holdningen til livet, holdninger til å takle stress og uventede ting. Dette innebærer at kreftsykepleieren må ha kunnskaper om hva som gir god helse og bruke salutogenese i sitt kliniske arbeid. I en del situasjoner kan kreftsykepleierens kunnskaper om salutogenese være avgjørende slik at pasienten får økt fokus på det friske, og på den måten får motivasjon til å håndtere den delen av livet som er preget av sykdom. Kreftsykepleierens kunnskap om pasientens kreftsykdom og helheten i pasientsituasjon, vil hjelpe for å se hvem som trenger ekstra støtte, slik at tiltak kan iverksettes. Pasientstyrking er avhengig av intervensjon med salutogenese og empowerment, for å kunne gi pasienten større styrke til å mestre sykdom (Walseth & Malterud, 2004).

I følge Travelbee, er målet med sykepleien å hjelpe den enkelte med å forebygge eller mestre opplevelser som er knyttet opp mot sykdom, om nødvendig hjelpe til med å finne en mening med opplevelsen med sykdommen (Thorbjørnsen, 1999). De fleste definisjoner av livskvalitet har fokus på positive opplevelser, noe som er viktig i samhandlingen i sykepleien til den kreftrammede. En målsetting kan være å flytte fokuset bort fra problemer og begrensninger, og over til muligheter og ressurser (Gudbergsson, 2010).

I studien til Dahl et al. (2007) viste resultatet at de yngste mennene som var rammet av cancer testis faktisk opplevde sin seksualitet noe bedre enn den generelle sammenlignbare gruppen av friske menn. Likevel var det totalt sett en merkbar økning på seksuelle plager etter testikkelkreft der 38,8 % oppga at de hadde seksuelle problemer etter sin sykdom. I den generelle NORM - gruppen oppga 35,5 % at de hadde seksuelle problemer. Studien påpekte at for de som hadde hatt testikkelkreft, var økende alder, mangel på partner og angst som signifikante årsaker til seksuelle problemer. Problemer med ejakulasjon var tydeligst hos de som ikke hadde noen partner, noe som kunne sees på som en trend etter kjemoterapi og nevrologiske effekter. Studien til Grov et al. (2009) viste at nevrotisme var betydelig til stede ved blant annet somatiske plager, redusert fysisk funksjon, ulike nevrotoniske bivirkninger som tinnitus, samt også bekymringer om ikke å kunne få barn, og seksuelle problemer. Ut fra disse to norske forskningsartiklene, kan man se at det er betydelige

---

seksuelle utfordringer for de som har hatt testikkelkreft. Studiene viser at det er et stort psykisk aspekt som resulterer i seksuelle plager.

Som Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2012) tar opp i sin systematiske forskningsrapport, er det flere studier som bygger opp under at menn i større eller mindre grad opplever seksuelle utfordringer i forbindelse med behandling av cancer testis.

Kreftsykepleier må utøve god kunnskapsbasert sykepleie til pasienten. For å kunne gi helhetlig og god sykepleie, må kreftsykepleier besitte kompetanse innenfor sitt fagfelt. Vår profesjonalitet er en sammensatt helhet. Reitan (2010) fremsetter at personlig egnethet har med vår personlige væremåte eller egenskaper å gjøre, og har stor betydning for kvaliteten på det arbeidet som skal utføres.

## 5.4 Anerkjennelse av seksuell helse

Vi mener det er viktig at kreftsykepleieren informerer om at behandlingen kan gi nedsatt seksuell lyst, og at det kan oppleves problemer med ereksjon og ejakulasjon. At det blir gitt informasjon om bivirkningene bidrar til at pasienten er forberedt, slik at han kan venne seg til tanken og bearbeide følelser. På denne måten åpnes det for samtale og kreftsykepleieren kan gi psykisk støtte (Reitan, 2010).

Ribu (2010) sier at i en situasjon med testikkelkreft og behandling, må vi som kreftsykepleiere være bevisste på å se på seksualitet som kilde til både glede og nytelse. Som tjenesteytere bør vi innlemme seksualiteten som en del av helheten når vi skal samarbeide med pasienten for tilrettelegging. Det handler om å anerkjenne seksualiteten og ikke minst se på den som en ressurs for videre rehabilitering og livskvalitet. Seksualitet og forplantning står i sammenhengen med både personlig og sosiale forhold, og er forankret i etisk og en verdimeisig grunnholdning. Seksualitet er, som vi har skrevet tidligere, en del av vår utvikling og personlighet (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2012). Seksualiteten er avhengig av hva som skjer i menneskets liv, hvordan den enkelte har det og hva vi gjør. Derfor må vi tenke helhetlig og se sammenhengen mellom mennesket og situasjonen med cancer testis.

Kreftsykepleierens rolle vil blant annet være å gi pasienten informasjon om cellegift, kirurgi, fertilitet, og bivirkninger av behandlingen. Som kreftsykepleiere er det viktig å ha

---

kunnskaper om hvordan vi skal møte disse pasientene og bidra til at mannen kan håndtere disse utfordringene ved å være ivaretatt med god informasjon om det som kan oppstå. Som ett av flere kunnskapsområder bør kreftsykepleieren vite hvordan hun skal bidra for å informere og motivere der dette kan være tema. Kreftsykepleierens kommunikative ferdigheter og grunnleggende fagkunnskaper må ligge til grunn for informasjonen og veiledningen som blir gitt (Reitan, 2010). Som Travelbee omtaler er kommunikasjon et middel til å hjelpe pasienten til å mestre den situasjonen den er i og nå et mål (Thorbjørnsen, 1999).

Når vi sammenligner resultatene til Walseth & Malterud (2004) med studien til Moore et al (2013), tar begge opp den viktige rollen kreftsykepleier har til pasienter med testikkelkreft, i forhold til kommunikasjon om eventuelle seksuelle utfordringer som disse pasienter kan oppleve, både under og i ettertid av behandlingen. Kreftsykepleier har fortløpende kontakt med menn under sykehusoppholdet når de behandles for sin testikkelkreft, og har muligheter til å ta opp emnet der og da. Under denne kontakten har kreftsykepleier en ideell mulighet til å gi pasienten informasjon, veiledning og støtte i forhold til seksualitet. Å gjennomgå behandling for testikkelkreft kan påvirke mannens syn på hans seksualitet. Behandlingen kan også påvirke personens seksuelle identitet og gi et endret kroppsbilde.

Slik vi tolker Cecil et al. (2008), er det å føle seg som en «virkelig mann» forbundet med opplevelsen av god livskvalitet. Ribbu, (2010, s. 48) sier så at livskvalitet er et begrep som er svært individuelt. Når livskvalitet skal defineres i relasjon til helse, sykdom og behandling, brukes ofte begreper som *helserelatert livskvalitet*.

Walseth & Malterud (2004) sier at sexologisk bistand dreier seg om å kunne forstå, veilede og hjelpe de som opplever seksuelle problemer og funksjonsforstyrrelser etter kreftbehandlingen, så vel hos single som hos de som er i parforhold.

På grunn av kreftsykepleierens stadige kontakt med pasienten, er kreftsykepleieren i en ideell posisjon til å gi informasjon, støtte og veiledning i forhold til seksualitet. Moore et al.(2013) antyder at til tross for fremskritt i bruken av kunnskapsbasert praksis innen sykepleie, er det fortsatt en skarp kontrast mellom sykepleiernes positive oppfatninger av sin rolle og det som er praksis i henhold til spørsmål omkring seksualitet. Studien viser at sykepleiepraksis i forhold til seksualitets rådgivning er inkonsekvent. Sykepleierens personlige følelser av forlegenhet og ubehag når man diskuterer seksuelle problemer med pasienter er en mulig årsak til sykepleiernes motvilje til å engasjere seg.

---

Som Walseth & Malterud (2004) fremsetter, bør kreftsykepleiere ha kunnskaper om veiledning og hvordan man kan fremme god helse. Det er en forutsetning at kreftsykepleier anvender kunnskapsbasert praksis i sitt arbeid.

---

## 6. Konklusjon

Lite forskning har vært rettet mot cancer testis, kreftsykepleie og hvordan de som er blitt rammet av dette i etterkant ivaretar sin seksuelle helse. Dette er antageligvis på grunn av at de fleste blir kurert og friske, og derved ikke har kontakt med helsevesenet igjen. Deres seksuelle helse forblir privat selv om de kunne hatt behov for hjelp og veiledning.

Kreftsykepleieren må bidra til å fremme seksuell helse, kunnskap og åpenhet i møte med pasienter med seksuelle utfordringer etter endt kreftbehandling. Seksuelle utfordringer er ganske vanlig hos denne pasientgruppen, men mange søker ikke hjelp hos kreftsykepleieren eller annet helsepersonell. Mange av mannens seksuelle utfordringer kommer som følge av mannens selvoppfattelse av egen rolle og generelle opplevelse av hverdagen. Seksuelle problemer blir ofte skjult for omverdenen og behandlingsapparatet. Hvis problemene ikke vies oppmerksomhet, forblir de underdiagnostisert, ubehandlet og de erkjennes ikke.

Vi har sett at det er noe forskjell på hvordan økonomiske belastninger påvirker mannens selvoppfattelse og livskvalitet. De studiene som er gjort i Norge kontra studien til Gamulin et al. (2011), hvor menn i Zagreb oppgir et betraktelig større psykososialt problem ved tanke på økonomi, viser at sykdom naturligvis påvirker mannens selvoppfattelse som en av husholdningens forsørgere og av den grunn påvirker mannens selvbylde. Dette kan trolig skyldes at menn i Norge har en tryggere og mer forutsigbar økonomi ved at det er bedre trygdeytelser og forsikringer enn vi antar at er i Zagreb. Vi har dessverre ikke noe forskning som beviser denne påstanden, men vi ser at forskningen gir et differensiert bilde av at menn med cancer testis svarer ulikt på dette området ut fra nasjonalitet.

Vi har brukt tittel «You are still a man's man» på oppgaven. Etter å ha søkt litteratur og vurdert de funn som er fremkommet i forskning, så anser vi det som høyst relevant at kreftsykepleieren styrker mannens selvoppfatning ved at han fortsatt er en «ekte mann». Når vi i tillegg vet at Norge ligger på «verdenstoppen» i antall nye tilfeller pr år, er det viktig at vi som kreftsykepleiere tilegner oss kompetanse om de ulike seksuelle utfordringer som menn kan oppleve under og etter behandlingen av cancer testis. Kreftsykepleier bør anvende sine kunnskaper slik at hun bidrar til mannen oppfatter sitt eget kjønnsbilde til fortsatt å kunne si: «I am still a man's man»

---

## Etterord

*Arbeidsprosessen har til tider vist seg å være interessant, men utfordrende, på grunn av geografisk avstand og ulike hverdagsrutiner. Mesteparten av kommunikasjonen mellom oss har foregått per telefon og via mail. Likevel har vi noen ganger møttes for samarbeid og planlegging.*

*Stort sett har en av oss arbeidet med oppgaven, for deretter å maile den for videre skriving hos den andre. På denne måten har innholdet i oppgaven blitt "eltet" og "knadd", ved at vi sammen har kommentert og redigert hverandres arbeid. Hver for oss har vi forskjellig utgangspunkt og ulik klinisk kompetanse, noe som har bidratt til at vi har tilegnet oppgaven individuelle verdier og fagkunnskap.*

*Samarbeidet har vært morsomt og stilt store krav til oss på det faglige plan. Vi har så godt det har latt seg gjøre forsøkt å imotekomme hverandres meninger, innslag, vurderinger og kritikk. Begge sitter vi igjen med en opplevelse av at den andre var en god samarbeidspartner og støttespiller.*

*Vi kjente hverandre ikke før vi startet på videreutdanningen, men det tette samarbeidet vi har hatt i denne oppgaven, og tidligere oppgaver, har ført oss sammen som venner i tillegg til relasjonen som studenter. Vi har følt oss trygge på hverandre, og gitt hverandre konstruktiv kritikk under skriveprosessen. Dette for å gjøre hverandre bedre. Oppgaven som helhet føler vi oss stolte av, vi har lagt ned mye arbeide i oppgaven og for å tilføre oss kompetanse som vi vil dra nytte av i vår arbeidshverdag.*

*Vi vil tilslutt takke hverandre for samarbeidet.*

---

## Referanseliste

Selvvalgt litteratur er merket med \* og det settes på antall sider på enden av hver kilde som. Dette følger ikke APA-standard. HIHM krever at selvvalgt litteratur skal merkes med \*, og avvik nr 2 fra APA-standard har vi utført for at leser enklere kan se sideantallet som er benyttet i selvvalgt pensum.

\*Abeler, V. (2014) Histologi ved testikkelkreft. Sider: 1. Lokalisert 04.05.14 på

<http://www.oncolex.no/no/Testikkel/Bakgrunn/Histologi.aspx> Antall sider: 1

APA-standard referanser, henvisninger og sitater: Eksempelsamling. (2013). (6. Utg.).

Høgskolen I Hedmark: Høgskolebiblioteket. Lokalisert på

<http://www.hihm.no/Hovedsiden/Bibliotek/Studiehjelp>

Berg, A. & Fosså, S.D. (2010). Kreft i mannlige kjønnsorganer. I Reitan, A.M., Schølberg T. Kr. (Red.), *Kreftsykepleie pasient – utfordring – handling*. (3. utg., s 511-514) Oslo: Akribe AS.

Borg, T. (2010). Seksualitet. I Reitan, A.M., Schølberg T. Kr. (Red.), *Kreftsykepleie pasient – utfordring – handling*. (3. utg., s 121-130) Oslo: Akribe AS

\*Cecil, R., McCaughan, E. & Parahoo, K. (2008). It's hard to take because I am a man's man': an ethnographic exploration of cancer and masculinity. *European journal of cancer Care*, 19(4). 501-509. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2354.2009.01085.x> Antall sider: 8

\*Dahl, A.A., Bremnes, R., Dahl, O., Wist, E. & Fosså, S.D. (2007). Is the Sexual Function Compromised in Long-Term Testicular Cancer Survivors? *European Association of Urology*, 52(5). 1438-1447. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eururo.2007.02.046> Antall sider: 9

Dalland, O. *Metode og oppgaveskriving*, 2012, (5.utg.), Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

\*Frøen, H., Brennhovd, B., Madsbu U.E., & Lehne, G. (2012). Ung mann med sterke ryggsmertner. *Den norske legeförening*, 132(14).1626-9. <http://dx.doi.org/10.4045/tidsskr.11.1059> Antall sider: 3



---

Gammersvik, Å. & Larsen, T., *Helsefremmende sykepleie- i teori og praksis*, 2012, Bergen: Fagbokforlaget.

\*Gamulin, M., Grgic, M. & Bisóf, V. (2011). Side effects of adjuvant radiotherapy in men with testicular seminoma stage 1, *Archives of Industrial Hygiene and Toxicology*, 62(3). 235-241. <http://dx.doi.org/10.2478/10004-1254-62-2011-2127> Antall sider: 6

\*Grov, E.K., Fosså, S.D., Bremnes R.M., Dahl, O., Klepp, O., Wist, E. & Dahl, A.E. (2009). The personality trait of neuroticism is strongly associated with long-term morbidity in testicular cancer survivors. *Acta Oncologica*, 48(6). 842-849. Lokalisert på 27.01.14 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19412812> Antall sider: 7

Gudbergsson, S.B. (2010). Rehabilitering av pasienter med kreft. I Reitan, A.M., Schølberg T. Kr. (Red.), *Kreftsykepleie pasient – utfordring – handling*. (3. utg., s 317-329) Oslo: Akribe AS

\*Helsedirektoratet (2013). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk behandling og oppfølging av testikkelkreft*. (IS 2119.) Oslo: Direktoratet. Antall sider:129

Høyskolen i Hedmark. Retningslinjer for sykepleiefaglig fordypningsoppgave i kreftsykepleie.

\*Kim, C., McGlynn, K.A., McCorkle, R., Li, Y., Erickson, R.L., Ma, S., Niebuhr, D.W.,... & Zhang, Y. (2012). Sexual Functioning among Testicular Cancer Survivors: A Case-Control Study in the U.S. PMC US National Library of medicine. S.68-73. Lokalisert 05.05.14 på <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3374934/> Antall sider: 5

\*Kristoffersen N.J. (2002). Teoretiske modeller i sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 1* (s.437-444). Oslo: Gyldendal Akademisk. Antall sider: 7

\*Kreftregisteret. (2014). *Antall nye tilfeller fordelt på primær lokalisasjon og kjønn – 2012*. Lokalisert 20.05.14 på <http://www.kreftregisteret.no/no/Registrene/Kreftstatistikk/>

\*Lehne, G., (2011). Stråleterapi ved testikkel kreft. Lokalisert 04.05.14 på <http://www.oncolex.no/no/Testikkel/Prosedyekatalog/BEHANDLING/Straleterapi/Straleter>

---

[api%20ved%20testikkelkreft.aspx?chapter=1&procedureSearchText=testikkel%20kreft](http://api%20ved%20testikkelkreft.aspx?chapter=1&procedureSearchText=testikkel%20kreft)

Antall sider: 1

\* Leonardo da Vinci, (s.a). I Wikipedia. Lokaliser 05.05.14 på

[http://no.wikipedia.org/wiki/Leonardo\\_da\\_Vinci](http://no.wikipedia.org/wiki/Leonardo_da_Vinci) Antall sider: 1

\*Lian, O.S. (2006). Den moderne Eos-myten. Om medikalisering som modernitetsfenomen. Sosiologisk tidsskrift, 01/2006. s. 66-87. Lokalisert 06.04.14 på

[http://www.idunn.no.ezproxy.hihm.no/ts/st/2006/01/den\\_moderne\\_eos-myten\\_om\\_medikalisering\\_som\\_modernitetsfenomen](http://www.idunn.no.ezproxy.hihm.no/ts/st/2006/01/den_moderne_eos-myten_om_medikalisering_som_modernitetsfenomen) Antall sider: 21

Lindseth, O.H. (2012). SAFT Skrivning av faglige tekster En guide for studenter. (5. Utg.)

Lokalisert 26.11.13 på <http://www.hihm.no/Hovedsiden/Bibliotek/Studiehjelp>

\*Malt, U. (s.a.). Nevrotisisme. I A. M. Godal (Red), *Store norske leksikon*. Lokalisert

26.05.14, på <http://sml.snl.no/nevrotisisme> Antall sider: 1

\*Moore, A., Higgins, A. & Sharek, D. (2013). Barriers and facilitators for oncology nurses discussing sexual issues with men diagnosed with testicular cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(4). 416-422. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2012.11.008> Antall sider: 7

\*Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2011). *Foretaksprosjektet: Mot kunnskapsbasert praksis i spesialisthelsetjenesten*. Rapport nr 16-2011. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Antall sider: 73

\*Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2012). *Effekt av seksualterapeutiske intervensjoner for seksuelle problemer*. Rapport nr 2-2012. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Antall sider: 105

\*Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2013) *Slik oppsummerer vi forskning. Håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten*. 3.2. reviderte utg. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjeneste. Antall sider: 70.

Norsk sykepleierforbund: Yrkesetiske retningslinjer (revidert 2011)

<http://www.sykepleierforbundet.no>

---

Nortvedt, P., *Omtanke- en innføring i sykepleiens etikk*, 2012, Oslo: Gyldendal Akademiske

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L.V. & Reinart, L.M. *Jobb kunnskapsbasert*, 2012, Oslo: Akribe AS

\*Oldenburg, J., Lehne, G. & Fosså, S.D. (2008). Testikkelkreft. *Den norske lægeforening*, 128(4). 457-60. Lokalisert 27.01.14 på <http://tidsskriftet.no/article/1656613>  
Antall sider: 3

Reitan, A.M (2010). Kreftsykepleie. I Reitan, A.M., Schølberg T. Kr. (Red.), *Kreftsykepleie pasient – utfordring – handling*. (3. utg., s 17-33) Oslo: Akribe AS

Reitan, A.M. (2010). Krise og mestring. I Reitan, A.M., Schølberg T. Kr. (Red.), *Kreftsykepleie pasient – utfordring – handling*. (3. utg., s 72-101) Oslo: Akribe AS

Reitan, A.M. (2010). Kommunikasjon. I Reitan, A.M., Schølberg T. Kr. (Red.), *Kreftsykepleie pasient – utfordring – handling*. (3. utg., s 102-119) Oslo: Akribe AS

Ribu, L. (2010). Livskvalitet. I Reitan, A.M., Schølberg T. Kr. (Red.), *Kreftsykepleie pasient – utfordring – handling*. (3. utg., s 48-61) Oslo: Akribe AS

\*Sandberg, S., Larsen, C.J. & Pedersen, W. (2004). «Hvis hun er fornøyd, så blir jeg det også» - Unge menn, maskulinitet og seksualitet. *Sosiologisk tidsskrift* 04/2004. s.299-322. Lokalisert 06.05.14 på [http://www.idunn.no.ezproxy.hihm.no/file/pdf/33213215/Hvis\\_hun\\_er\\_fornoeyd\\_saa\\_bli\\_r\\_je\\_g\\_det\\_ogsaa\\_Unge\\_menn\\_ma.pdf](http://www.idunn.no.ezproxy.hihm.no/file/pdf/33213215/Hvis_hun_er_fornoeyd_saa_bli_r_je_g_det_ogsaa_Unge_menn_ma.pdf) Antall sider: 23

\*Simonsen, V. J. (2013) Testikkelkreft. *Kreftforeningen*. Lokalisert 09.04.14 på: <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/testikkelkreft/> Antall sider: 1

\*Thorbjørnsen, K. M. (1999). *Joyce Travelbee, Mellommenneskelige forhold i sykepleien* Oslo: Gyldendals Akademiske. Antall sider: 287

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

Utdannings- og forskningsdepartementet. (2005). *Rammeplanen for videreutdanning i Kreftsykepleie*. Lokalisert 01.12.13 på

---

[https://fronter.com/hihm/links/files.phtml/748615931\\$414021703\\$/Studieinfo/Planer/Rammeplan+for+videreutdanning+i+kreftsykepleie](https://fronter.com/hihm/links/files.phtml/748615931$414021703$/Studieinfo/Planer/Rammeplan+for+videreutdanning+i+kreftsykepleie)

\*Verdens Helse Organisasjon, (WHO) 2006. sider: 1. Lokalisert på:

[http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual\\_health/sh\\_definitions/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/) Antall

sider: 1

\*Walseth, L.T. & Malterud, K. (2004) salutogenese og empowerment i allmennt medisinsk perspektiv. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, (124)65 – 6. Lokalisert 08.04.14 på:

<http://tidsskriftet.no/article/953695> Antall sider: 1

Antall sider selvvalgt pensum: 770

## Vedlegg 1 PICO-skjema

«PICO representerer en måte å dele opp spørsmålet på, slik at det struktureres på en hensiktsmessig måte. Hver bokstav i PICO betegner nedstemte elementer som ofte er med et klinisk spørsmål».

**P: patient /problem.** Pasientgruppe eller hvilken type pasient spørsmålet omhandler. I denne oppgaven er det pasienter med cancer testis som det settes søk på.

**I: Intervention.** Ulike tiltak som man ønsker å vurdere, herunder alt fra råd, forebyggende tiltak eller dagligdagse tiltak som vi gjør i pasientrelatert arbeide. I denne oppgaven er det råd som kreftsykepleier kan gi i forhold til testikkelkreft og seksuell helse. Derfor er nurse og oncologic nurse ordene som er satt opp i intervention.

**C: Comparison.** Sammenligning av ulike tiltak. I denne oppgaven er ikke de ulike tiltakene satt opp mot hverandre for å vurdere effekten av det.

**O: Outcome.** Hvilke utfall har man ønske å finne ut mer av setter man opp under outcome (Nordtvedt et al., 2012). I denne oppgaven har vi hatt fokus på seksuell helse som vi har villet finne ut mer om. Som søkeord ble da sexu med trunkering benyttet.

Det å sette inn søkeord i PICO -skjema hjelper oss med å dele opp spørsmålet vi stiller i oppgavens problemstilling på, slik at arbeidet med å søke litteratur struktureres på en hensiktsmessig måte (Nordtvedt et al., 2012). Det å finne de gode søkeordene har vi gjort ved å lete opp MeSH-termer.

Pasient/Problem.	Intervention	Comparison.	Outcome.
Cancer testis	Oncologic nurse		Sexu*
Testicular neoplasms	Nurse		Seksuell helse
Testikkelkreft	Kreftsykepleier		
Database: ORIA søketreff.			

---

Dato for søk: 27.01.14. Fagfellevurdert litteratur, forskning etter 2007.

Antall treff: 44. Antall lest igjennom: 12 Inkludert: 5 artikler.

Begrunnelse for eksklusjon: flere av artiklene hadde ikke fokus tydelig nok på seksuelle utfordringer og de hadde ikke testikkelkreft som hoveddiagnose. Noen av studiene var på fransk og tysk, som ikke er foretrukket språk for oss å lese.

## Vedlegg 2 Artikkelmatrise

Over de mest relevante forskningsartiklene for oppgaven:

<b>Referanse</b>	Ung mann med sterke rygg smerter. ( Frøen, H., Brennhovd, B., Madsbu U.E., & Lehne, G. 2012).
<b>Hensikt/Problemstilling og/eller forskningsspørsmål</b>	Søkeord benyttet: cancer testis og sexu*.  Tar opp ulike smerter som man bør utrede videre, for å diagnostisere testikkelkreft og videre hva bør man overveie slags problemstillinger når man har ung mannlig pasient med sterke rygg smerter.
<b>Metode og utvalg:</b>	Er en originalartikkel. Tar opp en kasuistikk, og sammenfatter ulik forskning for å belyse problemstillingen
<b>Resultat/ diskusjon/konklusjon:</b>	Beskriver kasuistikk smerter i rygg, som lege bør vurdere om hvorvidt kan være cancer testis. Grundig anamnese er påkrevd, og henvisning for å diagnostisere. Gir medisinsk beskrivelse av funn og behandling.
<b>Styrke/svakheter:</b>	Stryke: gir god medisinsk beskrivelse av behandling og undersøkelse. God som beskrivende for det medisinske.  Svakhet: lite fokus på sykepleiefaglig fokus.

<b>Referanse</b>	Testikkelkreft. (Oldenburg, J., Lehne, G. & Fosså, S.D. 2008).
<b>Hensikt/Problemstilling og/eller forskningsspørsmål</b>	Søkeord benyttet: cancer testis og sexu*  Spørsmål om hva slags cellegiftbehandling som er å foretrekke i forhold til seminomer og non-seminomer.
<b>Metode og utvalg:</b>	Er en oversiktsartikkelen. Baserer seg på en gjennomgang av

	skjønnsmessig utvalg av relevante publikasjoner, forfatternes egne forskningsresultater og deres kliniske erfaringer.
<b>Resultat/ diskusjon/konklusjon:</b>	Beskriver diagnostikk, behandling og oppfølging av cancer testis. Tar opp epidemiologi i Norden. Viser at opptil 95 % av de som diagnostiseres med testikkelkreft overlever.
<b>Styrke/svakheter:</b>	Styrke: tar opp seminomer og ikke-seminomer og beskrivelse av ulikheter ved dette.  Svakhet: har lite fokus på sykepleiefaglig fokus.

<b>Referanse</b>	The personality trait of neuroticism is strongly associated with long-term morbidity in testicular cancer survivors. (Gro, E.K., Fosså, S.D., Bremnes R.M., Dahl, O., Klepp, O., Wist, E. & Dahl, A.E. 2009).
<b>Hensikt/Problemstilling og/eller forskningsspørsmål</b>	Søkeord benyttet: cancer testis og sexu*  Stiller spørsmål om hvorvidt nevrotisme er betydelig tilstede ved testikkelkreft, og hvordan dette vil påvirke menn i sin hverdag, da spesielt også hvordan det påvirker seksuell helse.
<b>Metode og utvalg:</b>	Er en originalartikkel. Stor norsk studie som tar for seg alle som er behandlet for testikkelkreft fra 1980 frem til 1994, da med totalt 1824 personer som innlemmes i studien.
<b>Resultat/ diskusjon/konklusjon:</b>	Viste at nevrotisme er betydelig tilstede ved blant annet somatiske plager, redusert fysisk funksjon, ulike nevrotiske bivirkninger som tinnitus, samt også bekymringer om ikke å kunne få barn og seksuelle problemer.
<b>Styrke/svakheter:</b>	Styrke: viser god dokumentasjon, og at det er pasientenes selvopplevde plager som blir satt inn i forskernes analyse.



	Svakhet: faglig legefokus. Har mye tallmateriale og analyse inn i tekst.
--	--

<b>Referanse</b>	Is the Sexual Function Compromised in Long-Term Testicular Cancer Survivors? (Dahl, A.A., Bremnes, R., Dahl, O., Wist, E. & Fosså, S.D. 2007).
<b>Hensikt/Problemstilling og/eller forskningsspørsmål</b>	Søkeord benyttet: cancer testis og sexu*.  Stiller spørsmål om seksuell funksjon påvirkes av testikkelkreft og hvordan menn opplever egen seksuell helse under og etter behandling av testikkelkreft.
<b>Metode og utvalg:</b>	Er en originalartikkel. Bred norsk studie, som viser samarbeide mellom de norske onkologiske avdelinger. Har 1084 i sitt pasientgrunnlag,. Studien viser godt dokumentert tallmateriale og oversiktlig oversikter.
<b>Resultat/ diskusjon/konklusjon:</b>	Resultatet viste at de yngste mennene som var rammet av cancer testis faktisk opplevde sin seksualitet noe bedre enn den generelle sammenlignbare gruppen av friske menn. Totalt sett så var det en merkbar økning på seksuelle plager etter testikkelkreft der 38,8 % oppga at de hadde seksuelle problemer etter sin sykdom.
<b>Styrke/svakheter:</b>	Styrke: Er en stor norsk studie, som viser resultater som baserer seg på vår etniske- og kultur-oppfatning.  Svakheter: har ikke sykepleiefaglig fokus, men resultater er godt overførbare til sykepleietenkning og tiltak.

<b>Referanse</b>	It's hard to take because I am a man's man': an ethnographic exploration of cancer and masculinity. (Cecil, R., McCaughan, E. & Parahoo, K. 2008).
<b>Hensikt/Problemstilling og/eller forskningsspørsmål</b>	Søkeord benyttet: cancer testis og sexu*  Tar opp spørsmålet om hvordan menn opplever seg selv etter å ha blitt syke. Føler seg mindre maskuline ved at kroppen er ikke like sterk, at de orker ikke arbeide og gjøre "mannesysler" som før?
<b>Metode og utvalg:</b>	Er en originalartikkel
<b>Resultat/diskusjon/konklusjon:</b>	<p>Studien viser at det å «føle seg som en mann» hovedsakelig er forbundet med aktiviteter i vår kultur - å være i jobb og sørge for familien, delta i idrett, å være seksuelt aktiv, gjør de praktiske oppgavene som er involvert i å ta vare på huset, hagen og bil, - ble enten tatt bort eller sterkt begrenset som følge av å ha kreft.</p> <p>Mange menn opplever at de etter å ha blitt syke føler seg mindre maskuline. Kroppen er ikke like sterk, de orker ikke arbeide og gjøre "mannesysler" som før.</p> <p>Økonomi er viktig for menn opplyses det om. Det kan føles som et nederlag å komme på trygd, de er ukjent med alle slike ordninger, og lite flinke til å be om hjelp.</p> <p>Tiltak som har vist seg å fungere best er informasjon – menn ber ikke om den, men tar imot relevant informasjon. Veiledning i form av å snakke med profesjonelle er også virkningsfullt.</p> <p>Praktiske tiltak som bedrer økonomi, levevilkår og ytelser er viktig.</p>

<b>Styrke/svakheter:</b>	<p>Styrke: tar opp i dybden hvordan «opplevelse menn har av det å føle seg som den mannen de var» før de ble diagnostisert med testikkelkreft.</p> <p>Svakhet: studien er fra utlandet, og får et annet fokus på økonomisk opplevelse av trygghet en det man kan anta om studien var gjennomført blant norske menn. Dette antar vi skyldes at Norge økonomisk støtteapparat i form av stønader, sykepenger og lignende som andre and ikke har like godt.</p>
--------------------------	--

<b>Referanse</b>	Side effects of adjuvant radiotherapy in men with testicular seminoma stage 1. (Gamulin, M., Grgic, M. & Bisóf, V. 2011).
<b>Hensikt/Problemstilling og/eller forskningsspørsmål</b>	<p>Søkeord benyttet: cancer testis og sexu*</p> <p>Er en originalartikkel. Stiller spørsmål om fysiske skader under og etter behandlingen ved stråleterapi av testikkelkreft kan oppleves mindre enn psykososiale vansker.</p>
<b>Metode og utvalg:</b>	Studie fra Zagreb. En studie med 115 pasienter som behandles for seminoma stadium 1. Gjennomsnittsalder er 34 år, og de følges i
<b>Resultat/diskusjon/konklusjon:</b>	Studien viser at de fysiske bieffektene ofte oppleves mindre enn de psykososiale vansker etter kreftbehandlingen. Menn oppgav alt fra verre opplevelse av samleie til bedre opplevelse av samleie under den tiden de mottok strålebehandlingen.
<b>Styrke/svakheter:</b>	<p>Styrke:</p> <p>Har godt tallmateriale, og systematisk gjennomgang</p> <p>Svakhet: informerer ikke godt nok om de økonomiske ordninger som kan hjelpe menn i Kroatia ved sykdom.</p>

<b>Referanse</b>	Barriers and facilitators for oncology nurses discussing sexual issues with men diagnosed with testicular cancer  (Moore, A., Higgins, A. & Sharek, D. 2013)
<b>Hensikt/Problemstilling og/eller forskningsspørsmål</b>	Oncology nurses, testicular cancer AND sexu*  Hovedspørsmålet i studien kan sies å være om kreftsykepleier har manglende kunnskaper om mannlig seksualitet og hvor stor andel av kreftsykepleiere som oppgir manglende kompetanse som årsak for at de ikke snakker med menn om seksuell helse.
<b>Metode og utvalg:</b>	Er gjennomført i Irland og publisert i 2013. Studien er gjennomført ved spørreundersøkelse til kreftsykepleiere ved 5 tilfeldig valgte onkologiske avdelinger. Det ble sendt ut 200 spørreskjemaer. 109 skjemaer ble returnert. 16 skjemaer ble ekskludert fra studiet pga mangelfull utfylling.
<b>Resultat/diskusjon/konklusjon:</b>	Nesten alle sykepleiere oppgir at de vil diskutere emnet seksuelle utfordringer hvis pasienten tar det opp. Sykepleiere føler det er å invadere pasientens private sfære å ta dette opp. Pasientene ønsker i stor grad ønsker at initiativet skal komme fra sykepleieren.  En annen årsak oppgis av sykepleiere til å være mangel på private rom for samtaler, lite tid, mange andre arbeidsoppgaver og ingen tilrettelegging fra ledelsen. Alt dette er rammefaktorer som kan være en unnskyldning, der sykepleieren føler seg ukomfortabel med emnene.  Det å bli sett på av kolleger og ledelse som ”for frampå og direkte” viser seg å være et hinder for sykepleiere som ØNSKER å snakke med pasientene. Kulturen på arbeidsplassen må derfor

	<p>oppmuntre til åpenhet og være romslig.</p> <p>Andre hindre er pasientens kjønn, religion, kultur, alder, sivilstatus men dette er faktorer som påvirker i mindre grad, og som heller ikke er lett å endre. Nytt i denne undersøkelsen er at det også undersøkes om pasientens evt mentale problemer har betydning, og det oppgir sykepleierne at er et hinder for samtaler (de føler seg mer ukomfortable).</p>
<b>Styrke/svakheter:</b>	<p>Styrke: er en sykepleiefaglig artikkel, som går i dybden på kreftsykepleiers rolle i behandlingen av menn med testikkelkreft.</p> <p>Svakhet: er gjennomført i Irland, hvor den katolske trosretningen kan tenkes å ha påvirket samtalen om seksuelle problemer.</p>

<b>Referanse</b>	Foretaksprosjekt: Mot kunnskapsbasert praksis i spesialisthelsetjenesten. (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2012).
<b>Hensikt/Problemstilling og/eller forskningsspørsmål</b>	Foretaksprosjekt, et samarbeid mellom Kunnskapssenteret og Sykehus Innlandet HF. Kunnskapshåndtering i spesialisthelsetjenesten med et rammeverk med fire hovedområder: kompetanse, teknologi, infrastruktur og verktøy for kunnskapsstøtte.
<b>Metode og utvalg:</b>	Systematisk oversiktsartikkel.
<b>Resultat/diskusjon/konklusjon:</b>	Det illustreres praktisk bruk av verktøy for å tilrettelegge for helsearbeidere og pasienter med anvendelig forskningsbasert kunnskap og beslutningsstøtte. Helsebiblioteket, kunnskapspyramiden, systemer for beslutningsstøtte, kunnskapsbaserte retningslinjer og e- læringssystemer er tilrettelagt for kompetanseheving.

---

	<p>En egen avdeling for kunnskapsstøtte som legger til rette for videre implementering. Etablering av nettverk regionalt og nasjonalt, samt internasjonalt samarbeid innen metodeutvikling og forskning. Mangel på systematisk evaluering av tiltakene og det er uvisst om økt kompetanse har endret praksis hos den enkelte helsearbeider. Det praktiske forbedringsarbeidet er i liten grad blitt fulgt opp.</p> <p>Implementering av kunnskapsbasert praksis i spesialisthelsetjenesten er i startgropa. En rask utvikling av verktøyer og systemer for kunnskapsstøtte vil gi Norge gode muligheter til å ligge i front i Europa. Forskningsbasert kunnskap skal bli en naturlig og integrert del av hverdagen i sykehus.</p>
<b>Styrke/svakheter:</b>	<p>Styrke: Fagfellevurdert. Gjennomført i Norge. Bestillingsverk og samarbeidsprosjekt mellom Helseforetak og Kunnskapscenteret. Prosjektlederen er lege og kliniker og godt kjent med helsepersonells behov for enkel tilgang til kunnskapsstøtte. Sykepleiere har vært med å utviklet kunnskapsbaserte behandlingslinjer.</p> <p>Svakhet: Ikke evaluert hvordan kunnskapsstøtten fungerer i praksis.</p>

<b>Referanse</b>	Sandberg, S., Larsen, C.J. & Pedersen, W. (2004). «Hvis hun er fornøyd, så blir jeg det også» - Unge menn, maskulinitet og seksualitet. Sosiologisk tidsskrift 04/2004. s.299-322.
<b>Hensikt/Problemstilling og/eller forskningsspørsmål</b>	Unge menn, maskulinitet og seksualitet.  Hvordan kan unge menn forholder seg til spenningen mellom tradisjonell kjønnsdiskurs og dens feministisk kritikk i sin seksualitet?
<b>Metode og utvalg:</b>	En studie basert på tidligere forskning og intervjuer med flere menn i alderen 20 til 25 år.
<b>Resultat/ diskusjon/konklusjon:</b>	<p>Informantene er opptatt av seksuell ytelse, spesielt når det gjelder kvinners orgasme. De som blir intervjuet ser som sitt ansvar at kvinnene blir tilfredsstillt. Dette drøftes i lys av Robert W. Connell teori om hegemonisk maskulinitet, og som de mener har opprinnelse i diskursen av feminisme. Seksuelt ”aggressive” menn representerer det som er unnfanget i feministisk diskurs som gammeldags og undertrykkende. Studien tyder på at unge menn kan være seksuelt passive i sitt forhold til kvinner. Basert på intervjuene, kan den vise seg at unge menns følelse av prestasjon er endret fra seksuell erobring til å tilfredsstillende kvinnelige partnere. De som er intervjuet svare på den feministiske kritikken samtidig som de konstruerer en praksis som bekrefter deres maskulinitet. Det er å nå et kompromiss der hegemonisk maskulinitet er bekreftet i en ny, men fortsatt tradisjonell måte .</p> <p>Ut fra studien konkluderes det med at unge menn trolig forholder seg til den feministiske kritikken fordi denne representerer det moderne, «nye», og dermed attraktive. Derfor vil det være rasjonelt for</p>

	menn å kompromisse med feminismen selv om det ikke er en materiell interesse involvert.
<b>Styrke/svakheter:</b>	<p>Styrke: Norsk studie gjort av fagfolk. Inneholder deler av samtalen/intervjuet som er gjort med enkelte som deltok. Sammenlignes med andre tidligere studier.</p> <p>Svakheter: Studien har ikke sykepleiefaglig fokus.</p>

<b>Referanse</b>	<p>Effekter av seksualterapeutiske intervensjoner for seksuelle problemer.</p> <p>Rapport fra Kunnskapssenteret nr 2–2012</p>
<b>Hensikt/Problemstilling og/eller forskningsspørsmål</b>	<p>Seksuell dysfunksjon, seksuelle problemer og seksualterapi.</p> <p>Effekter av behandling for seksuelle problemer</p>
<b>Metode og utvalg:</b>	<p>Systematisk oversikt. 2805 identifiserte unike titler i søket i 2008. Titler og sammendrag ble vurdert opp mot inklusjonskriteriene der 320 artikler ble innhentet i fulltekst. De vurderte artiklene opp mot kvalitets- og inklusjonskriterier og inkluderte ni oversiktsartikler og 34 randomiserte, kontrollerte studier.</p> <p>Det er resultater fra én systematisk oversikt og fire randomiserte kontrollerte studier som har vurdert effekten av seksualterapeutiske intervensjoner hos menn.</p>
<b>Resultat/diskusjon/konklusjon:</b>	<p>Utgangspunktet for rapporten er for at Helsepersonell skal bidra med å fremme seksuell helse, kunnskap og åpenhet i møte med pasienter med seksuelle problemer. Seksuelle problemer er ganske vanlig, men mange søker ikke hjelp hos helsepersonell. Oppsummeringen skulle besvare spørsmål om effekt av seksualterapeutiske behandling for personer med ulike seksuelle</p>



---

	<p>problemer. Resultatene viste at seksualterapeutiske behandlinger kunne ha positiv effekt for personer med seksuelle problemer. Dette er gjennomgående for et bredt spekter av populasjoner, og et bredt spekter av seksuelle problemer.</p> <p>For kvinner og menn uansett seksuelt problem viste det seg at hadde god effekt av selvhjelp i form av skriftlig eller audiovisuell informasjon en samlet moderat positiv effekt.</p> <p>For menn med kreftdiagnoser ble det ikke klart om tiltakene hadde positiv effekt. Det er usikkert om det er skadelig for denne gruppen.</p>
<b>Styrke/svakheter:</b>	<p>Styrke: Norsk oversikts studie. Aktuell for sykepleiere.</p> <p>Svakheter:</p>