



# BACHELOROPPGÅVE

Testikkelkreft må fram i lyset – informasjonsbehovet til pasientar med testikkelkreft

Testicular cancer must come into the light - the information needs of patients with testicular cancer

**Kandidatnummer: 106**

Bachelor i sjukepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap/Institutt for helse- og omsorgsvitenskap/Campus Førde

Innleveringsdato 19.12.23

## **Samandrag**

**Tittel: Testikkelkreft må fram i lyset – informasjonsbehovet til ein pasient med testikkelkreft**

**Bakgrunn for val av tema: Eit ønskje om å setje søkelys på testikkelkreft og bidra til at menn opnar seg om sjukdomen.**

**Problemstilling: Korleis kan sjukepleiaren ved hjelp av kommunikasjon og relasjonsbygging ivareta informasjonsbehovet til ein pasient med testikkelkreft?**

**Metode: Litterær oppgåve basert på eksisterande forskning, faglitteratur frå pensum, anna relevant litteratur.**

**Funn: Pasientar med testikkelkreft har eit stort behov for informasjon om diagnose og behandling, og om biverknader av behandling, i tillegg til behov for informasjon om vanlege krise- og stressreaksjonar.**

**Konklusjon: Ved hjelp av kommunikasjon og relasjonsbygging kan sjukepleiaren ta i bruk ulike teknikkar for korleis ein kan gje informasjon til pasienten på ein god måte, og sikre at pasienten sitt informasjonsbehov blir ivaretatt.**

**Nøkkelord: Testikkelkreft, informasjon, kommunikasjon, diagnose og behandling, biverknader, sjukepleie.**

## **Abstract**

**Title: Testicular cancer must come into the light - the information needs of a patient with testicular cancer**

**Background: A desire to highlight testicular cancer and contribute to encouraging men to open up about the disease.**

**Issue: How can a nurse, with the help of communication and relationship building, take care of the information needs of a patient with testicular cancer?**

**Method: Literary assignment based on existing research, academic literature from the curriculum, and other relevant literature.**

**Result: Patients with testicular cancer have a great need for information about diagnosis and treatment, and about the side effects of treatment, in addition to the need for information about normal crisis and stress reactions.**

**Conclusion: With the help of communication and relationship building, the nurse can use different techniques for how he can give information to the patient in a good way, and ensure that the patient's information needs are taken care of.**

**Key words: Testicular cancer, information, communication, diagnosis and treatment, side effects, nursing.**

## Innholdsliste

1 Innleiing .....	1
1.1 Testikkelkreft.....	1
1.2 Kvifor er testikkelkreft samfunns- og sjukepleiefagleg relevant? .....	1
1.3 Bakgrunn for val av tema .....	1
1.4 Problemstilling .....	2
1.5 Avgrensing.....	2
1.6 Teoretisk grunnlag .....	2
1.7 Testiklane og cancer testis .....	2
1.8 Informasjon .....	4
1.9 Kommunikasjon .....	5
1.10 Relasjon .....	7
1.11 Offentlege dokument, yrkesetiske retningslinjer og lovverk .....	7
2 Metode .....	8
2.1 Litteraturstudie som metode.....	8
2.2 Søkord og databasar .....	9
2.3 Kritisk vurdering av kjeldene.....	10
3 Funn frå forskning .....	11
3.1 Diagnosen er ei påkjenning.....	11
3.2 Informasjonsbehovet er stort .....	12
3.3 Mangelfull informasjon kan få konsekvensar .....	13

4 Drøfting.....	14
4.1 Den kreftsjuke pasienten .....	14
4.2 Informasjon ved hjelp av kommunikasjon.....	15
4.3 Konsekvens av mangelfull informasjon .....	17
4.4 Diskusjon av metode.....	19
5 Konklusjon .....	19
Litteraturliste.....	21
Vedlegg 1: PICO-skjema .....	23
Vedlegg 2: Litteraturmatrise .....	1

# 1 Innleiing

Denne litterære oppgåva handlar om pasientar med testikkelkreft og pasientar sitt behov for informasjon gjennom eit kreftforløp. Oppgåva vil ta for seg korleis sjukepleiaren kan nytte kommunikasjon og relasjonsbygging for å ivareta informasjonsbehovet til pasienten.

## 1.1 Testikkelkreft

Testikkelkreft er den hyppigaste kreftforma blant unge menn i Norge. Det blir registrert over 300 nye tilfelle kvart år, som er ei dobling over dei siste 50 åra. Testikkelkreft førekjem sjeldan før puberteten, og rammar oftast menn i alderen 20-40 år (Berg, 2017, s. 567). Den som blir diagnostisert med kreft står overfor mange utfordringar. Den må forholde seg til store mengder informasjon om diagnose og behandling. Gjennomgå avansert behandling, handtere biverknader og seinskadar. I tillegg risiko for tilbakefall av sjukdom, og nokre må i verste tilfelle førebu seg på døden i nær framtid (Reitan, 2017, s. 34). Sjølv om testikkelkreft er den hyppigaste kreftforma blant unge menn i Norge, har den gode prognosar takka vere cisplatinbasert kjemoterapi. Av dei pasientane som er metastasefrie ved diagnosetidspunkt overlever nesten 100% (Berg, 2017, s. 570).

## 1.2 Kvifor er testikkelkreft samfunns- og sjukepleiefagleg relevant?

Som regel er pasienten som får testikkelkreft i ein alder der dei ønskjer å stifte familie og få barn (Gjessing, 2017, s. 577). Dette påverkar ikkje berre enkeltindividet, men også samfunnet som ein heilskap, då det omfattar ei demografisk gruppe i sin mest produktive alder.

## 1.3 Bakgrunn for val av tema

Bakgrunn for val av tema er basert på fleire ting. Gjennom sjukepleiestudiet har eg høyrte og sett mykje om kreft, spesielt kreft hjå eldre pasientar. Det har vore lite mindre fokus på

kreftsjukdomar som oftast rammar yngre folk. Testikkelkreft er også ein kreftsjukdom som sikkert fleire forbinder med at det gjerne kan vere litt tabubelagt å snakke om, men dei siste åra har eg sett fleire kjende profilar i Norge som har stått fram med sjukdomen i media. Mitt håp med denne oppgåva er at eg kan bidra til at menn som blir diagnostisert med testikkelkreft vågar å opne seg og at temaet skal vere heilt normalt å snakke om.

#### 1.4 Problemstilling

Korleis kan sjukepleiaren ved hjelp av kommunikasjon og relasjonsbygging ivareta informasjonsbehovet til ein pasient med testikkelkreft?

#### 1.5 Avgrensing

Eg har valt å avgrense problemstillinga til å handle om menn med testikkelkreft i alderen 20-40 år, sidan det er hjå denne gruppa sjukdomen oftast rammar (Berg, 2017, s. 567). Problemstillinga vil eg avgrense til at eg som sjukepleiar møter pasienten på sjukehus, utan å avgrense spesifikt til ei stadium i pasienten sitt kreftforløp, ettersom behovet for informasjon vil vere til stades uavhengig av kor i forløpet pasienten er.

#### 1.6 Teoretisk grunnlag

I den følgjande delen vil eg presentere teori som seinare i oppgåva, saman med forskning, vil legge til grunn for drøftingsdelen. I denne delen av oppgåva kjem teori om testiklane og cancer testis, informasjon, kommunikasjon og relasjon og korleis ein kan anvende det i praksis. I tillegg vil eg presentere kva nokre offentlege dokument, yrkesetiske retningslinjer og lovverk seier om tema.

#### 1.7 Testiklane og cancer testis

Testiklane si hovudoppgåve er produksjon av kjønnsceller, *spermier* og produksjon av mannlege kjønnsormon, *androgenar* (Sand et al., 2018, s. 593).

Testiklane produserer spermier som har sin funksjon ved å overføre mannens genmateriale til kvinna sin reproduksjonskanal. Testiklane produserer 100-200 millionar spermier dagleg (Sand et al., 595-596). Testiklane produserer også mannlege kjønnsormon, i Leydig-cellene. Det viktigaste mannlege kjønnsormonet er testosteron, som stimulerer utviklinga av dei sekundære kjønnskarakterane (Sand et al., 598-599).

Histologisk skil ein mellom seminom og ikkje-seminom testikkelkreft. Pasientar med seminom type er i gjennomsnitt 8 år eldre enn dei med ikkje-seminom type. Begge oppstår i germinalcellene, som vil seie det vevet som dannar spermier, altså sædceller. Ikkje-seminom kan utvikle seg i ulike retningar og blir då klassifisert etter det histologiske biletet, som teratom, embryonalt karsinom, kariokarsinom og endodermal sinustumor. Same tumor kan ha ein eller fleire av desse variantane, også med innslag av seminom (Berg, 2017, s. 568).

Av årsaker og risikofaktorar ved testikkelkreft synest mangelfull utvikling av testiklane (testishypoplasi) å vere ein vesentleg faktor. Denne feilutviklinga byrjar oftast i fosterstadiet. Derfor er redusert fertilitet eller infertilitet hyppig førekomande hjå pasientar med testikkelkreft. I tillegg er kryptorkisme ein risikofaktor. Vidare trur ein arv spelar inn, ettersom testikkelkreft i familien er ein viktig risikofaktor (Berg, 2017, s. 568).

Ofte oppdagar pasienten ein klump eller hardheit på testikkelen. Andre kan kjenne på ei tyngdefornemmelse i skrotum eller vage smerter. Ved tumornekrose og bløding kan akutt innsettande smerte førekome. Tumor kan produsere *humant choriongonadotropin* (HCG), som kan medføre utvikling av bryst (Berg, 2017, s. 568). Somme tider kan ryggmerter frå lymfeknutemetastatar på bakre bukvegg vere det første symptomet som pasienten merkar. I slike tilfelle kan diagnostikken bli forsinka fordi ein ikkje nødvendigvis forbinder ryggsmertene med kreft (Berg, 2017, s. 568).

Testikkelkreft blir behandla ved at den affiserte testikkelen blir fjerna kirurgisk, i eit inngrep kalla orkiektomi. Gjennom lysken blir heile skrotalinnhaldet på affisert side fjerna saman



med sædstrengen opp til indre lyskeopning. Etter operasjonen skal pasientane behandlast ved onkologisk avdeling i henhold til histologi og utbreiing (Berg, 2017, s. 569). Som det blei nemnt i innleiinga har testikkelkreft gode prognosar takka vere cisplatinbasert kjemoterapi. Cisplatin blei tatt i bruk i 1978 og har blitt ein viktig faktor i behandlinga mot testikkelkreft. Kombinasjonen cisplatin, etoposid og bleomycin (BEP-kur) er i dag standardbehandling av metastaserande sjukdom, altså der kreftsjukdomen har spreia seg i kroppen (Berg, 2017, s. 570).

## 1.8 Informasjon

God informasjon er formidling av kunnskap som pasienten har behov for, gitt på ein slik måte at pasienten kan ta i mot og dra nytte av informasjonen han får. Dette gjeld uansett kva situasjon pasienten står i, og uansett korleis ein møter pasienten (Eide & Eide, 2017, s. 217). Pasienten står i ein krevjande situasjon, og det er ikkje nødvendigvis gitt at han oppfattar alt som blir sagt, på grunn av at evna til å ta i mot og hugse informasjon kan vere redusert. Det krevst omtanke å tilpasse informasjon til pasientens behov. Dette gjeld også sjølve formidlinga av informasjonen (Eide & Eide, 2017, s. 218). Den som blir sjuk eller hjelpetrengande har ofte eit stort behov for informasjon og kunnskap om ei rekke ulike forhold, det vere seg sjukdomen, prognosar, behandling, biverknader av behandling og medisinar m.m. Å gje god informasjon er ei av sjukepleiarens viktigaste kommunikative oppgåver. Skal informasjonen bli gitt på ein god måte forutset det at det skjer i dialog og på pasienten sine vilkår (Eide & Eide, 2017, s. 218). Sjukepleiaren si oppgåve blir å undersøke kva informasjon pasienten treng, skaffe informasjonen og formidle den på ein god måte. Det kan ein gjere ved å planlegge i forkant og informere på ein god måte gjennom dialog og samhandling (Eide & Eide, 2017, s. 218).

Informasjonen bør vere så fullstendig som mogleg, utan at det blir så mykje på ein gong at pasienten ikkje klarar å ta innover seg og hugse det som blir sagt. For mykje informasjon på same tid kan ha ein belastande effekt på pasienten og fort bli gløymt, og dermed blir verdien av informasjonen som blir gitt ikkje like god (Eide & Eide, 2017, s. 219). Pasientar oppfattar

ofte best informasjon når den blir gitt med full merksemd frå sjukepleiaren. Det blir lagt vekt på at ein ikkje utfører undersøking eller prosedyrar, eller er i ein stell situasjon, når informasjonen blir gitt. Då er ofte pasienten opptatt med det som skjer med kroppen, og gjerne ikkje like mottakeleg for informasjonen som blir gitt (Eide & Eide, 2017, s. 219).

## 1.9 Kommunikasjon

I boka si *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* skriv Joyce Travelbee (1926-1973) om mellommenneskelege forhold i sjukepleie og korleis ein kan finne meining i sjukdom og liding (Travelbee, 1999). Ho peikar på kor viktig det er å sjå det som ligg bak sjukdomen, alt som følgjer med det psykologiske aspektet av å vere sjuk, og hjelpe pasienten med å finne meining med sjukdomen på lik linje med å hjelpe dei å bli friske frå den (Travelbee, 1999, s. 37). Eide & Eide omtalar kommunikasjon som noko djupt naturleg og at alle har ei medfødd evne til å kommunisere. God profesjonell kommunikasjon er personorientert og fagleg fundert. At kommunikasjonen er personorientert, vil seie at ein ikkje ser den andre utelukkande som pasient, men ein heil person (Eide & Eide, 2017, s. 16). Dette samsvarar med synet til Travelbee, som ønskte å sjå mennesket som ei heilheit.

Kommunikasjon er ein prosess som gjer sjukepleiaren i stand til å etablere eit menneske-til-menneske-forhold. Uttrykket referer i sjukepleie til ei eller fleire erfaringar mellom den som er sjukepleiar og den som er sjuk, eller den som har behov for sjukepleiaren sine tenester. Hovudkjenneteiknet ved erfaringane er at individet sitt sjukepleiebehov blir ivaretatt (Travelbee, 1999, s. 135-136).

Kommunikasjon er også ein kontinuerleg prosess – ei overføring av meiningar eller budskap mellom individ. Desse meiningane blir overførte gjennom verbale og non-verbale uttrykksmiddel (Travelbee, 1999, s. 138). Verbal kommunikasjon er kommunikasjon ved hjelp av ord – skriftleg eller munnleg.

Non-verbal kommunikasjon er overføring av budskap utan bruk av ord. Non-verbal

kommunikasjon går føre seg ved bruk av gestar, ansiktsuttrykk og kroppsbevegelsar, og følgjer alltid den verbale kommunikasjonen når to menneske er i samtale (Travelbee, 1999, s. 138). Det underliggende motivet tilfører innhaldet i det som blir sagt, fleire dimensjonar. Gestar kan eksempelvis bli brukt til å understreke eller illustrere eit poeng. Non-verbal kommunikasjon føregår også når partane teier. Ved å observere teikn frå den andre parten oppfattar og/eller kommuniserer dei kjensler og inntrykk til kvarandre (Travelbee, 1999, s. 138-139). Avhengig av sensitiviteten og mottakelegheita hjå dei involverte individida, gjeld denne oppfatninga og tolkinga av tankar og kjensler som vekslast i løpet av ein interaksjon, truleg også evna til å registrere eller oppfatte den andre sine grunnleggande intensjonar forklarar Travelbee vidare. Tankar, idear, inntrykk, kjensler og intensjonar som blir overførte mellom partane i løpet av ein interaksjon blir først oppfatta, og deretter tolka. Dersom budskapet blir oppfatta og tolka korrekt, kan ein seie det har føregått kommunikasjon (Travelbee, 1999, s. 139).

Travelbee beskriv tre mål ein ønskjer å oppnå i ein interaksjon; *å lære den sjuke å kjenne, å fastslå og ivareta den sjuke sitt sjukepleiebehov og å oppfylle sjukepleie sitt mål og hensikt.* For å nå desse måla må visse føresetnader vere til stades frå sjukepleiaren si side. Føresetnadane Travelbee legg til grunn er at sjukepleiaren må ha innsikt i kva ein skal oppnå i interaksjonen (etablering av eit menneske-til-menneske-forhold for å kunne oppfylle sjukepleiaren sitt mål og hensikt). Sjukepleiaren må også ha innsikt i kvifor sjukepleie sitt mål og hensikt skal oppfyllast (det underliggende teoretiske grunnlaget for sjukepleie sitt mål og hensikt, altså menneske sin natur og kva sjukdom, liding og helse er). Til slutt må sjukepleiaren ha innsikt i korleis ein kan samhandle og kommunisere slik at ein kan oppfylle sjukepleie sitt mål og hensikt (ved å ha dei kommunikasjonsferdigheiter – og evner som er nødvendige for etablering av menneske-til-menneske-forhold, og kunnskapen som ligg til grunn for desse ferdigheitene) (Travelbee, 1999, s. 139-140). Travelbee presiserer at kommunikasjon ikkje er eit mål i seg sjølv, men eit middel for å nå interaksjonsprosessen sitt mål, nemleg å oppfylle sjukepleie sitt mål og hensikt. Ein kan sjå kommunikasjon som ein prosess sjukepleiaren kan ta til hjelp for å nå måla.

### 1.10 Relasjon

Eit særtrekk ved profesjonell, hjelpande kommunikasjon er at helsepersonellet responderer på det sentrale i pasienten sin bodskap, det som pasienten har behov for at blir sett og akseptert. Dette er gjerne det beste utgangspunktet for å skape ein god relasjon. Når ein responderer på det sentrale viser ein at ein ser den andre. Sjølv når det sentrale ikkje kjem tydeleg fram, er det viktig å vise at ein har høyrte og sett den andre. Det kan gjerast ved for eksempel eit nikk eller ein anerkjennande bruk av ordlyd (Eide & Eide, 2017, s. 37-38).

Viktige element i ein samtale mellom sjukepleiar og pasient er at den er prega av venlegheit, respekt, hjelpsamheit, kompetanse, forståelegheit og samanheng. Skal sjukepleiaren lukkast i å skape ein god dialog og relasjon til pasienten må han også vere i stand til å sette seg inn i og anerkjenne pasienten sitt perspektiv, og uttrykke seg enkelt og direkte. Dette kan gjerast ved å legge fagsjargong til side og legge sitt eige språk så tett opp til pasienten som det er naturleg og mogleg (Eide & Eide, 2017, s. 39). Ved å ta i bruk slik kompetanse kan ein skape ein god relasjon og tillit hjå pasienten.

### 1.11 Offentlege dokument, yrkesetiske retningslinjer og lovverk

Pasientens helseteneste frå Stortingsmelding nr 13 handlar om å sjå pasienten som ein likeverdig samarbeidspartar, organisere tenester basert på pasientens sitt behov, og fremje aktiv deltaking. Målet er å bidra til betre meistring og auka livskvalitet, sjølv om ikkje alle pasientar kan bli friske. Involvering, god informasjon og kommunikasjon er nøkkelfaktorar (Meld. St. 13 (2016-2017), s. 56). Nasjonal kreftstrategi 2018-2022 *Leve med kreft* frå Helse- og omsorgsdepartementet, legg grunnlaget for at den gode kvaliteten i norsk kreftomsorg skal bli endå betre. Strategien er ei vidareføring og oppdatering av Nasjonal kreftstrategi 2013-2017 – *Saman mot kreft*. For mange er det avgjerande at dei får informasjon, kunnskap og moglegheit til bistand frå helsepersonell, og at informasjonen kjem i rett tid. For mange kreftpasientar vil behandling, biverknader og effektar av den, påverke og endre livet, inkludert seksuell helse (Leve med kreft, 2018-2022, s. 37). Slik det står beskrive i NSF sine yrkesetiske retningslinjer for sjukepleie, har sjukepleiaren ansvar for å yte omsorgsfull

sjukepleie og lindre lidning. Sjukepleiaren skal ivareta den enkelte sitt behov for heilskapleg omsorg og understøttar mennesket sine ressursar, meistring, håp og livsmot. Sjukepleiaren sikrar at pasienten mottar informasjon, rettleiing og opplæring på ein måte som er tilpassa deira kultur, språkferdigheiter, kognitive funksjon og psykiske behov. Sjukepleiaren skal sikre at informasjonen er forstått (Norsk sjukepleieforbund, 2023). I desse dokumenta blir det blant anna framheva kor viktig det er å sikre informasjonsbehovet til pasienten og kva betydning det vil ha for han. Samtidig har ein sjukepleiar også plikt etter lova å sikre informasjon til pasienten. I Helsepersonellova (1999, § 10) heiter det at den som yt helse- og omsorgstenester, skal gje informasjon til den som har krav på det etter reglane i lova om pasient- og brukarrettigheiter (1999, §§ 3-2 til 3-4). I pasient- og brukarrettigheitslova heiter det i §3-2 at pasienten skal ha den informasjonen som er naudsynt for at han kan få innsikt i sin helsetilstand og i innhaldet i helsehjelpa. Pasienten skal også bli informert om moglege risikoar og biverknader jamfør § 3-2.

## 2 Metode

### 2.1 Litteraturstudie som metode

Eg har valt litteraturstudie som metode for å svare på problemstillinga i oppgåva mi, som betyr at data blir samla inn frå eksisterande fagkunnskap, forskning og teori (Dalland, 2017, s. 207). Thidemann beskriv seks trinn ein kan nytte seg av for å lukkast med å gjere ein god litteraturstudie. Desse trinna går ut på å skimlese artikkelar for å vurdere relevans, grundig lesing av inkluderte artikkelar samt kritisk vurdering av artikkane. Neste trinna vil vere analysing og tolking av resultat og funn, utarbeiding av ei litteraturmatrise og til sist samanfatte resultatata og presentere (Thidemann, 2019, s. 90-96). Det vil bli omtalt i ein forskingsartikkel kva metode som har blitt brukt i forskinga. Som regel er det snakk om enten kvalitativ eller kvantitativ metode. Ein kan også finne studiar som nyttar metodetrianglering, altså kombinasjon av kvalitativ og kvantitativ metode (Thidemann, 2019, s. 77). Kvalitativ metode har som hensikt å få fram kunnskap om menneskelege eigenskapar som meiningar, opplevingar, erfaringar, tankar, forventingar, motiv og haldningar, og å få fram nyansar (Thidemann, 2019, s. 76). Kvantitativ metode har ein fordel

ved at den gir data som er mogleg å talfeste (Dalland, 2017, s. 52). Kvantitativ metode og datainnsamling er hensiktsmessig når ein ønskjer objektive data for å få representative oversiktar, fordelingar eller frekvensar. Den er også hensiktsmessig dersom ein ønskjer årsak-verknads-forhold, for å teste ut hypotesar og teoriar, vite korleis fleire forhold samvarierer, og for å foreta samanlikningar og finne tydelege mønster slik at kunnskapen kan generaliserast (Thidemann, 2019, s. 76).

## 2.2 Søkeord og databasar

For å operasjonalisere problemstillinga slik at den skulle bli presis og søkbar, har eg nytta rammeverket PICO (Thidemann, 2015, s. 82), sjå vedlegg 1. Oppgåva har ikkje som mål å samanlikne to tiltak, difor er ikkje C /comparison brukt i PICO-skjemaet (Thidemann, 2019, s. 83). For å få eit betre og breiare treff på artiklane har eg i hovudsak valt å bruke engelske søkeord, med unntak av eit søk gjort i sykepleien.no. Søkeorda eg tok i bruk var «testicular cancer», «information», «communication», «young adults», «testikkelkreft». For å få kombinere fleire søkeord brukte eg ``AND``, eller ``OR`` for å velje anten det eine eller andre søkeordet. Eg brukte søkemotoren Academic Search Elite for å søkje etter relevant forskning til oppgåva mi. Ved å bruke Academic Search Elite har ein moglegheit å søkje i fleire databasar på same tid. Databasane eg søkte i ved bruk av Academic Search Elite var Cinahl og Medline, samt Academic Search Elite sin eigen database i søkemotoren.

I tillegg var det avgjerande at artiklane er fagfellevurdert og knytt til helse- og sosialfag. Dei inkluderte artiklane måtte også følgje IMRaD struktur, som er ei norm for oppbygging av forskingsartiklar. IMRaD er ei forkorting for introduksjon, metode, resultat og diskusjon som gjer det enklare å orientere seg i ukjente tidsskrift og lesinga går raskare (Dalland, 2017, s. 163). Søk etter artiklar som inneheldt informasjonsbehovet til testikkelkreftpasientar gav nokså tilfredsstillande resultat, men eg også har valt å inkludere ein studie som inkluderte testikkelkreft i tillegg til andre krefttypar. Derimot var dette ein studie retta mot unge vaksne med kreft og omhandla korleis eit udekt informasjonsbehov påverka helsa. Grunna kvaliteten på studien og at den elles er veldig relevant, har eg valt å inkludere den i oppgåva

på tross av at den ikkje avgrensa spesifikt til testikkelkreft.

I tillegg til forskning har eg tatt i bruk relevant litteratur frå pensum, og bøker som eg fann passande til oppgåva ved hjelp av HVL biblioteket sin eigen database ORIA, der eg søkte etter litteratur ved hjelp av søkeord som «testikkelkreft», «informasjon», «kommunikasjon». I tabellen nedanfor har eg systematisert inklusjon- og eksklusjonskriterier for søk

Inkludere	Ekskludere
Testikkelkreft	Inneheld ikkje testikkelkreft
Forsking frå land samanliknbart med Norge	Ikkje samanliknbart med Norge
Ikkje eldre enn 10 år	Eldre enn 10 år
IMRAD struktur	Ikkje IMRAD struktur
Kvantitativ, kvalitativ og blandingsstudie	Inneheld ingen av delane
Informasjonsbehov	Ikkje nemnt informasjon
Kommunikasjon	Ikkje nemnt kommunikasjon

Tabell for inklusjon og eksklusjons-kriterier

### 2.3 Kritisk vurdering av kjeldene

Kjeldekritikk tar for seg nøyaktig vurdering av litteraturen eg har teke i bruk, slik at problemstillinga kan belyst på best mogleg måte. Ved å utføre ei kritisk vurdering av kjeldene kan også lesar ta del i dei refleksjonane eg har gjort på det eg meiner er truverdig og relevant data, og det kan få fram sterke og svake sider ved litteraturen eg har brukt (Dalland, 2017, s. 158). Databasane eg har brukt er desse som er anbefalt av HVL, og blir dermed sett som pålitelege søkemotorar for forskning til oppgåva. Forskinga eg har funne er både på engelsk og norsk, noko eg ser som ei styrke då det gjev forskingsresultata mine

samanheng med både nasjonal og internasjonal målestokk. Likevel kan det under oversetjinga frå engelsk til norsk ha oppstått feiltolkingar, men eg har nytta engelsk-norsk ordbok og lest artiklane systematisk og presist og ser denne framgangsmåten som forsvarleg. Å finne relevant forskning til oppgåva var til tider utfordrande, ettersom eg har valt ei veldig spesifikk pasientgruppe og problemstilling. På ei anna side er eg godt nøgd med alle dei fem inkluderte artiklane og meiner dei gir meg den djupna eg treng i oppgåva.

Forskinga eg har nytta er datert seinast 10 år tilbake i tid, ettersom sjukepleiefaget er i stadig utvikling og det er viktig å vurdere om kunnskapen som blir tatt i bruk er oppdatert (Dalland, 2017, 162). Ved å ta i bruk desse avgrensingane er det derimot ein risiko at ein kan ha gått glipp av relevant litteratur.

## 3 Funn frå forskning

I denne delen av oppgåva vil eg presentere dei viktigaste funna frå forskingsartiklane. I søka etter forskning blei det sett etter artiklar som skulle belyse korleis menn opplevde kreftdiagnosen og om informasjonsbehovet blei tilfredsstillande møtt. Resultata frå forskinga er tematisert i dei følgjande avsnitta. Oversikt over alle dei inkluderte forskingsartiklane er utarbeidd i ei litteraturmatrise i vedlegg 2.

### 3.1 Diagnosen er ei påkjenning

Pasientane i studien til Håland et al. (2016) synest tida fram mot diagnosen og å vere under utredning var vanskeleg. Diagnosen kom som eit sjokk, sjølv om dei hadde mistanke om testikkelkreft (Håland et al., 2016). Mange pasientar rapporterte at dei hadde opplevd ei krise på grunn av diagnosen. For dei fleste menn var krisa på sitt verste ved diagnostisering og behandling (Skoogh et al., 2013). Menn som blei behandla kirurgisk opplevde minimal innverknad på den mentale helsa i forhold til dei som hadde kjemoterapi eller strålebehandling som del av behandlingsforløpet. Seksuell dysfunksjon forårsaka av



kjemoterapi var skadeleg for menns livskvalitet, og kjemoterapi var ei påkjenning både fysisk og psykisk (Alexis et al., 2020; Håland et al., 2016).

### 3.2 Informasjonsbehovet er stort

I studien til Skoogh et al. (2013) rapporterte ein av sju deltakarar at dei fekk informasjon om vanlege stress- og krisereaksjonar. Ein av tre deltakararar rapporterte at dei fekk tilbod om rådgjeving i forbindelse med kreftdiagnosen sin. Av pasientane som ikkje fekk anten informasjon om vanlege stress- og krisereaksjonar eller tilbod om rådgjeving, ønskte respektivt sju av ti og seks av ti deltakarar at dei fekk det. Deltakarane som rapporterte at dei ønskte informasjon eller eit tilbod om rådgjeving var ikkje betydeleg forskjellig avhengig av sivilstatus, alder ved diagnosetidspunkt eller sjukdomsstadium (Skoogh et al., 2013).

I studien til Håland et al. (2016) fant ein i resultatata at pasientane opplevde tida mellom stadfesting av diagnosen og informasjon om behandlinga var mest utfordrande. I det pasientane fekk god informasjon frå ein lege dei fekk tillit til, blei uroa erstatta med ro og tru på at dei kom til å bli friske. Det kom også fram at fagleg informasjon, som blei formidla på ein god måte, ikkje måtte undervurderast. Pasientar som opplevde å mangle informasjon eller som sjølv måtte purre for å få denne informasjonen relaterte dette til at sjukehuset ikkje hadde nok kunnskap om diagnose og behandling (Håland et al. 2016).

I studien til Shen et al. (2016) fann ein i resultatata at pasientane ofte opplevde mangelfull informasjon frå helsepersonellet. Det blei gjort utspørjingar av fokusgruppe og intervju av pasientane på telefon. Her følgjer nokre eksempel på kva som blei rapportert av pasientane.

Mangel på førebuing for kva ein kan forvente (fokusgruppe og telefonintervju): Ofte ikkje informert om kva ein kan forvente i etterbehandlingsfasen. Dei fekk ikkje realistiske tidsrammer for tilfriskning eller informasjon om moglege biverknader. Pasientane blei ofte

berre fortalt å gå tilbake til det "normale" livet (Shen et al., 2016).

Pasientane opplevde vanskar med å få tilgang til informasjon og ressursar (fokusgruppe og telefonintervju): Pasientane måtte skaffe informasjon og ressursar frå internett, noko som var overveldande og skremmande. Informasjon vart gitt reaktivt heller enn proaktivt.

Ansvaret låg på pasienten for å skaffe seg informasjon. Pasientane ønska påliteleg informasjon om kreft, behandlinga dei hadde fått, mogleg biverknader og kontaktinformasjon frå helsepersonell levert på papir og personleg (Shen et al., 2016).

Pasientane opplevde vanskar i kommunikasjon med helsepersonell (berre fokusgruppe): Helsepersonell hadde ikkje nok tid til å gi informasjon og trygghet. Pasientane ønska eit spesifikk tildelt helsepersonell for oppfølging som kunne handtere bekymringar når dei oppstod (Shen et al., 2016).

Dei pasientane som hadde ein partner, var i jobb og hadde barn hadde betre føresetnader for å tilpasse seg etter behandlinga enn dei som ikkje hadde dette. Transparent og ærleg informasjon etter behandling hjelpte overlevande å kome tilbake til sitt normale liv (Alexis et al., 2020).

### 3.3 Mangelfull informasjon kan få konsekvensar

Studien til DeRouen et al. (2015) tok føre seg korleis eit udekt informasjonsbehov påverka livet til pasienten. Studien hadde som hensikt å undersøke kva negative effektar eit udekt informasjonsbehov ville få for pasienten si fysiske og psykiske helse. To tredjedelar av ungdom og unge vaksne kreftpasientar rapporterte eit middels eller høgt nivå av udekt informasjonsbehov, og halvparten (47 %) rapporterte ein negativ innverknad av kreft på kontroll over eige liv. Større udekt informasjonsbehov var assosiert med lågare mental og fysisk helsesrelatert livskvalitet. Ein negativ innverknad på kontroll over livet var assosiert med lågare mental helsesrelatert livskvalitet så vel som lågare helsesrelatert livskvalitet. I multivariable analyser var opplevd kontroll og udekt informasjonsbehov uavhengig assosiert med svekka helsesrelatert livskvalitet (DeRouen et al., 2015).

## 4 Drøfting

I denne delen av oppgåva vil eg drøfte problemstillinga mi ved å knytte saman det eg har funne av forskning og teori. Før drøftinga vil eg gjenta problemstillinga mi: Korleis kan sjukepleiaren ved hjelp av kommunikasjon og relasjonsbygging ivareta informasjonsbehovet til ein pasient med testikkelkreft?

### 4.1 Den kreftsjuke pasienten

Den som blir diagnostisert med kreft står overfor mange utfordringar. Den må forholde seg til store mengder informasjon om diagnosen og behandling, den skal gjennom avansert behandling, handtere biverknader og seinskadar, kan risikere tilbakefall av sjukdom, og nokon må i verste tilfelle førebu seg på døden i nær framtid (Reitan, 2017, s. 34).

Testikkelkreft har derimot veldige gode prognosar, av dei pasientane som er metastasefrie ved diagnosetidspunkt overlever nesten 100% (Berg, 2017, s. 570). Likevel rapporterte mange pasientar at dei hadde opplevd ei krise på grunn av diagnosen. Ei krise som var på sitt verste ved diagnostisering og behandling (Skoogh et al., 2013). For mange er det avgjerande at dei får informasjon, kunnskap og moglegheit til bistand frå helsepersonell, og at informasjonen kjem til rett tid (Leve med kreft, 2018-2022, s. 37). Korleis ein pasient reagerer på dårleg nytt er veldig individuelt og vanskeleg for helsepersonell å forutsjå. Likevel kan helsepersonell hjelpe pasientar med testikkelkreft å oppleve meistring i sjukdomen. Måten dei kan gjere dette på er ved å gje tidleg og oppdatert informasjon, opptre støttande, bidra til håp og motivere pasientane til openheit og fysisk aktivitet (Håland et al., 2016). Som meistringsressurs var ektefelle eller sambuar mest støttande, men også arbeidsgjevar, kollegaer og helsepersonell var til hjelp (Håland et al., 2016).

Testikkelkreft blir behandla ved at den affiserte testikkelen blir fjerna i eit kirurgisk inngrep kalla oriektomi (Berg, 2017, s. 569). Forskinga eg har funne viser at menn som blei behandla kirurgisk opplevde minimal innverknad på den mentale helsa i forhold til dei pasientane som hadde kjemoterapi eller strålebehandling som ein del av behandlingsforløpet. Pasientane

som blei behandla med kjemoterapi rapporterte at behandlingsforma var ei påkjenning for både den psykiske og fysiske helsa (Alexis et al., 2020; Håland et al., 2016). I tillegg til dette rapportere pasientane at ein av dei mest utbreia biverknadane var seksuell dysfunksjon forårsaka av behandling med kjemoterapi (Alexis et al., 2020; Håland et al., 2016).

#### 4.2 Informasjon ved hjelp av kommunikasjon

God informasjon er formidling av kunnskap som pasienten har behov for, gitt på ein slik måte at pasienten kan ta i mot og dra nytte av informasjonen han får. Dette gjeld uansett kva situasjon pasienten står i, og uansett korleis ein møter pasienten (Eide & Eide, 2017, s. 217). Forskinga viser at pasientar med testikkelkreft har eit stort informasjonsbehov. Pasientane treng informasjon om diagnose og behandling, men dei treng også informasjon om vanlege krise- og stressrelaterte reaksjonar som kan dukke opp. I studien til Skoogh et al. (2013) rapporterte ein av sju deltakarar at dei fekk informasjon om vanlege stress- og krisereaksjonar. Ein av tre deltakararar rapporterte at dei fekk tilbod om rådgjeving i forbindelse med kreftdiagnosen sin. Av pasientane som anten ikkje fekk informasjon om vanlege stress- og krisereaksjonar eller tilbod om rådgjeving, ønskte respektivt sju av ti og seks av ti deltakarar at dei fekk det. Pasientane som rapporterte at dei ønskte informasjon eller eit tilbod om rådgjeving var ikkje betydeleg forskjellig avhengig av sivilstatus, alder ved diagnosetidspunkt eller sjukdomsstadium (Skoogh et al., 2013). Pasientane rapporterte, uavhengig om kor i kreftforløpet dei var komne, om eit psykososialt behov som ikkje blei tilfredsstillande møtt av helsetilbodet (Skoogh et al., 2013). Pasientens helseteneste frå Stortingsmelding nr 13 handlar om å sjå pasienten som ein likeverdige samarbeidspartnar, organisere tenester basert på pasienten sitt behov, og fremje aktiv deltaking. Målet er å bidra til betre meistring og auka livskvalitet, sjølv om ikkje alle pasientar kan bli friske. Involvering, god informasjon og kommunikasjon er nøkkelfaktorar (Meld. St. 13 (2016-2017), s.56).

Joyce Travelbee var lidenskapleg opptatt av mellommenneskelege forhold i sjukepleie og korleis ein kan finne meining i sjukdom og liding (Travelbee, 1999). Travelbee omtalar

kommunikasjon som ein prosess som gjer sjukepleiaren i stand til å etablere eit menneske-til-menneske-forhold. Uttrykket refererer innanfor sjukepleiefaget til ei eller fleire erfaringar mellom sjukepleiar og den som er sjuk, eller som har behov for sjukepleiaren sine tenester. Hovudkjenneteiknet ved erfaringane er at den individuelle sitt sjukepleiebehov blir ivaretatt (Travelbee, 1999, s. 135-136). Slik det også står skrive i NSF sine yrkesetiske retningslinjer for sjukepleie, har sjukepleiaren ansvar for å yte omsorgsfull sjukepleie og lindre lidning. Sjukepleiaren skal ivareta den enkelte sitt behov for heilskapleg omsorg og understøttar menneskets ressursar, meistring og håp og livsmot. Skal sjukepleiaren lukkast med å ivareta det psykososiale behovet til pasienten er det viktig å hugse på at NSF sine yrkesetiske retningslinjer er der som ei rettesnor sjukepleiaren kan ta i bruk. Ved å praktisere sjukepleie etter yrkesetiske retningslinjer sikrar sjukepleiaren pasienten god sjukepleie, men også sikrar at sjukepleiar sjølv handlar i kraft av essensielle punkt innanfor sjukepleiefaget.

Å gje god informasjon er ei av sjukepleiaren sine viktigaste kommunikative oppgåver. Skal informasjonen bli gitt på ein god måte, føreset det at det skjer i dialog og på pasienten sine vilkår (Eide & Eide, 2017, s. 218). I studien til Håland et al. (2016) rapporterte pasientane om eit informasjonsbehov som var størst i tida mellom stadfesting av diagnosen og informasjon om behandlinga var mest utfordrande. Den som blir sjuk eller hjelpetrengande har ofte eit stort behov for informasjon og kunnskap om ei rekke ulike forhold, det vere seg generelt om sjukdomen, prognosar, behandling, biverknader av behandling og medisinar m.m. Sjukepleiaren si oppgåve blir dermed å undersøke kva informasjon pasienten treng, skaffe informasjonen og formidle den til pasienten på ein god måte. Det kan han gjere ved å planlegge i forkant og informere på ein god måte gjennom dialog og samhandling (Eide & Eide, 2017, s. 218). Studien til Håland et al (2016) viser også til kor viktig tillit er mellom helsepersonellet og pasienten. Viktige element i ein samtale mellom helsepersonell og pasient er at den er prega av venlegheit, respekt, hjelpsamheit, kompetanse, forståelegheit og samanheng. Skal helsepersonellet lukkast i å skape ein god dialog og relasjon til pasienten må han også vere i stand til å sette seg inn i og anerkjenne pasienten sitt perspektiv, uttrykke seg enkelt og direkte og legge fagsjargong til side, ved å legge sitt eige språk så tett opp til pasienten som det er naturleg og mogleg (Eide & Eide, 2017, s. 39). Travelbee beskriv kommunikasjon i ein samtale som ein kontinuerleg prosess, at det til ei kvar tid føregår

overføringer av meninger eller budskap mellom individ. Ein sjukepleiar som har ferdigheiter innafor korleis ein kan skape ein meningsfull relasjon til pasienten vil ha større forutsetningar for å få fram budskapet i informasjonen den formidlar.

Ved å ta i bruk slik kompetanse kan ein skape ein god relasjon og tillit hjå pasienten. Pasientane i studien til Håland et al (2016) rapporterte som nemnt at det var ei krevjande ventetid mellom stadfesting på diagnosen og informasjon om behandling. Derimot så snart pasientane fekk god informasjon av ein lege dei fekk tillit til blei uroa erstatta med ro og tru på at dei kom til å bli friske frå testikkelkreft-sjukdomen. Informasjon om nøyaktig behandlingsplan vil sjølvstund vere eit spørsmål som i høgste grad vedkjem legane. Det tek derimot ikkje vekk i frå det faktum at sjukepleiaren også må vere i stand til å gje informasjon om behandling sidan det i mange tilfelle er sjukepleiaren som tek seg av den nøyaktige utføringa av behandlinga, for eksempel ved å administrere kjemoterapi til ein pasient etter ordinasjon av lege. Det kom også fram i studien til Håland et al. (2016) at dei pasientane som opplevde å mangle informasjon eller som sjølv måtte purre for å få denne informasjonen relaterte dette til at sjukehuset ikkje hadde nok kunnskap om diagnose og behandling. Fagleg informasjon, formidla på ein god måte, måtte ikkje undervurderast (Håland et al., 2016). Pasientar oppfattar ofte best informasjon når den blir gitt med full merksemd frå sjukepleiaren. Det blir lagt vekt på at ein ikkje utfører undersøking eller prosedyrar når informasjonen blir gitt. Då er ofte pasienten opptatt med det som skjer med kroppen, og gjerne ikkje like mottakeleg for informasjonen som blir gitt (Eide & Eide, 2017, s. 219).

#### 4.3 Konsekvens av mangelfull informasjon

Informasjon frå helsepersonell bør vere så fullstendig som mogleg, utan at det blir så mykje på ein gong at pasienten ikkje klarar å ta innover seg og hugse det som blir sagt. For mykje informasjon på same tid kan ha ei belastande effekt på pasienten og lett prelle av, og verdien av informasjonen som blir gitt kan bli redusert (Eide & Eide, 2017, s. 219). Pasientar oppfattar ofte best informasjon når den blir gitt med full merksemd. Derimot blei det i studien til Shen et al. (2016) rapportert om fleire ulike høve der pasientar opplevde å ikkje få

informasjonsbehovet sitt tilstrekkeleg møtt. Det blei blant anna rapportert om manglande førebuing på kva pasienten kunne forvente seg i etterbehandlingsfasen. Pasientane fekk ikkje realistiske tidsrammer for tilfriskning eller informasjon om moglege biverknader. Pasientane rapporterte også at om at dei sjølv måtte ta i bruk internett for å skaffe seg informasjon og ressursar, noko som var overveldande og skremmande. Informasjon blei gitt reaktivt heller enn proaktivt og det blei pasienten sitt ansvar å skaffe seg tilstrekkeleg informasjon (Shen et al., 2016). I Norsk Sykepleierforbund sine yrkesetiske retningslinjer blir det understreka at sjukepleiaren skal sikre at pasienten mottar informasjon, rettleiing og opplæring på ein måte som er tilpassa deira kultur, språkferdigheiter, kognitive funksjon og psykiske behov. Sjukepleiaren sikrar at informasjonen er forstått (NSF, 2023). Så vel som å følge NSF sine yrkesetiske retningslinjer har sjukepleiarar i Norge også plikt etter lova å sikre informasjon til pasientane. I pasient- og brukarrettighetslova heiter det i §3-2 at pasienten skal ha den informasjonen som er naudsynt for at han kan få innsikt i sin helsetilstand og i innhaldet i helsehjelpa. Pasienten skal også bli informert om moglege risikoar og biverknader jamfør § 3-2. Likevel ser ein i resultatet frå studien at nokre pasientar rapporterte om eit informasjonsbehov som ikkje blei møtt på tilfredsstillande måte. Ei av årsakene til dette kan vere at helsepersonell ikkje hadde nok tid, slik pasientane også rapporterer (Shen et al., 2016).

DeRouen et al. (2015) undersøkte korleis eit udekt informasjonsbehov påverka livet til pasienten. To tredjedelar av ungdom og unge vaksne kreftpasientar rapporterte eit middels eller høgt nivå av udekt informasjonsbehov, og halvparten (47 %) rapporterte ein negativ innverknad av kreft på kontroll over eige liv. Høgare udekt informasjonsbehov var assosiert med lågare psykisk og fysisk helserelatert livskvalitet. Å gje god informasjon er ei av sjukepleiaren sine viktigaste kommunikative oppgåver, og skal informasjonen bli gitt på ein god måte føreset det dialog og på pasienten sine vilkår (Eide & Eide, 2017, s. 218). I studien kjem det fram at eit udekt informasjonsbehov er uavhengig assosiert med svekka helserelatert livskvalitet (DeRouen et al., 2015). Resultata eg fann i denne studien fortsett å understreke kor viktig det er at sjukepleiar følgjer opp informasjonsbehovet til pasienten.

#### 4.4 Diskusjon av metode

Når ei undersøking er gjennomført, må forskaren ta metodespørsmålet opp til ny drøfting. Noko som inneberer sjølvkritikk (Dalland, 2017, s. 55). Eg har nytta litteraturstudie som metode for å svare på problemstillinga i oppgåva mi. Dette betyr at dataet blir samla inn frå eksisterande fagkunnskap, forskning og teori (Dalland, 2017, s. 207). Eg vurderte det til å vere eit fornuftig val av metode ettersom ein kan bruke fagkunnskap som allereie eksisterer i staden for at ein samlar inn eigen data. Ved å nytte litteraturstudie som metode har eg funne relevant forskning og teori som eg meiner har hjelpt meg med å svare på problemstillinga i oppgåva som vil legge til grunn for konklusjonen av oppgåva i avsnittet under. På ei anna side kan det også vere ei svakheit å samle inn data frå eksisterande litteratur ettersom den kan gje eit avgrensa utval som nødvendigvis ikkje treng å vere representativt.

## 5 Konklusjon

Problemstillinga i oppgåva er: Korleis kan sjukepleiar ved hjelp av kommunikasjon og relasjonsbygging ivareta informasjonsbehovet til ein pasient med testikkelkreft? Ein pasient som blir diagnostisert med testikkelkreft står overfor mange utfordringar. Han må forholde seg til store mengder informasjon om diagnose og behandling, gjennomgå avansert behandling og handtere biverknader og seinskarar av desse.

Testikkelkreft har gode prognosar og av pasientar som er metastasefrie ved diagnosetidspunkt overlever nesten alle. Mange pasientar rapporterte at dei hadde opplevd ei krise, som var verst ved diagnosetidspunkt og behandling. For mange pasientar er det avgjerande at dei får god informasjon av helsepersonell og at den kjem i rett tid. Det blir lagt vekt på at pasienten blir sett på som ein likeverdig samarbeidspartnar og at tenester er organisert basert på pasienten sine behov. Involvering, god informasjon, og kommunikasjon er nøkkelfaktorar. Å gje god informasjon er ein av sjukepleiaren sine viktigaste kommunikative eigenskapar, og dersom den skal bli gitt på ein god måte forutset det at det



skjer i dialog og på pasienten sine vilkår.

Enkelte opplever at informasjonsbehovet dei har ikkje blir tilfredsstillande møtt av helsetilbodet, og at dei sjølv måtte ta ansvar for å skaffe seg informasjon og ressursar, og at ei av årsakene var at helsepersonellet ikkje hadde god nok tid. Pasientar som hadde eit udekt informasjonsbehov var assosiert med lågare psykisk og fysisk helserelatert livskvalitet. Yrkesetiske retningslinjer og teori legg vekt på at sjukepleiar skal sikre pasientane sitt informasjonsbehov. Dette er også lovfesta i den norske grunnlova, som seier at pasienten skal ha den informasjonen som er naudsynt for at han kan få innsikt i sin helsetilstand og innhaldet i helsehjelpa. Sjukepleiaren si oppgåve, å undersøke kva informasjon pasientar treng, skaffe informasjonen og formidle den på ein god måte kan han gjere ved å planlegge i forkant og informere på ein god måte gjennom dialog og samhandling. Forsking viser at tillit mellom helsepersonell og pasient kan vere ein avgjerande faktor når ein ved hjelp av kommunikasjon og relasjonsbygging skal ivareta ein pasient sitt informasjonsbehov.

## Litteraturliste

- Alexis, O., Adeleye, A. O., & Worsley, A. J. (2020). Men's experiences of surviving testicular cancer: an integrated literature review. *Journal of Cancer Survivorship*, 14(3), 284–293. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1007/s11764-019-00841-2>
- Berg, A.S. (2017). Kreft i mannlige kjønnsorgan. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie pasient – utfordring – handling* (4. utg., 1 opplag, s. 561-574). Cappelen Damm
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal Akademisk.
- DeRouen, M. C., Smith, A. W., Tao, L., Bellizzi, K. M., Lynch, C. F., Parsons, H. M., Kent, E. E., & Keegan, T. H. M. (2015). Cancer-related information needs and cancer's impact on control over life influence health-related quality of life among adolescents and young adults with cancer. *Psycho-Oncology*, 24(9), 1104–1115. <https://doi.org/10.1002/pon.3730>
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Gyldendal Akademisk
- Gjessing, R. (2017). Sykepleieutfordringer ved kreft i mannlige kjønnsorgan. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie pasient – utfordring – handling* (4. utg., 1 opplag, s. 575-587). Cappelen Damm
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Håland, H., Bentsen, S. & Berland, A. (2016). Erfaringer med diagnostisering og behandling av testikkelkreft. *Sykepleien Forskning*. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.59327>
- Meld. St. 13 (2016-2017). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2015*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/34c3f7bd6e264046b4fac371aad8bc32/n o/pdfs/stm201620170013000dddpdfs.pdf>

Nasjonal kreftstrategi (2018-2022). *Leve med kreft*. Helse- og omsorgsdepartementet.

[https://www.regjeringen.no/contentassets/266bf1eec38940888a589ec86d79da20/regjeringens\\_kreftstrategi\\_180418.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/266bf1eec38940888a589ec86d79da20/regjeringens_kreftstrategi_180418.pdf)

Norsk sjukepleieforbund. (2023, 21 nov.) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*.

<https://www.nsf.no/sites/default/files/2023-11/yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleie.pdf>

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

Reitan A.M. (2017). Kreftsykepleie. I A. M. Reitan & T. K. Schjøllberg (Red.), *Kreftsykepleie pasient – utfordring – handling* (4. utg., 1 opplag, s. 33-49). Cappelen Damm

Sand, O., Sjaastad, Ø., Haug, E. & Bjålie, J. (2018). *Menneskekroppen: fysiologi og anatomi* (3. utg.). Gyldendal Akademisk

Shen, A. H., Howell, D., Edwards, E., Warde, P., Matthew, A., & Jones, J. M. (2016). The experience of patients with early-stage testicular cancer during the transition from active treatment to follow-up surveillance. *Urologic Oncology*, 34(4), 168.e11-168.e20. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1016/j.urolonc.2015.09.016>

Skoogh, J., Steineck, G., Johansson, B., Wilderäng, U., & Stierner, U. (2013). Psychological needs when diagnosed with testicular cancer: findings from a population-based study with long-term follow-up. *BJU International*, 111(8), 1287–1293. <https://doi.org/10.1111/j.1464-410X.2012.11696.x>

Thidemann, I-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2 utg.). Universitetsforlaget

Travelbee, Joyce. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal Akademisk.

## Vedlegg 1: PICO-skjema

<b>P</b>	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>O</b>
Pasientar med testikkelkreft	Informasjon		Tilgang på informasjon
Testicular cancer patients	Information		Access to information

## Vedlegg 2: Litteraturmatrise

Forfattar (-ar) (år)	Hensikt	Metode	Resultat	Studiens konklusjon
Alexis, O., Adeleye, A. O., & Worsley, A. J. (2020).	Belyse erfaringane til menn som har overlevd testikkelkreft og fastslå deira livskvalitet etter behandlinga.	Ved hjelp av ei tematisk analyse blei data, henta på tvers av sju databasar ved bruk av eit nøkkelordsøk, trekt ut og aggregert i kategoriar.  To kvalitative, tolv kvantitative og to blanda metodestudier blei vurdert passande	Menn opplevde fysiske, emosjonelle og seksuelle utfordringar. Nokre menn trudde dei var infertile, på tross av at fertilitet ikkje blir påverka på lang sikt. Psykologiske tilhøve kunne forverrast av kulturelt press og kulturelle oppfatningar om mannleg identitet. Pasientane som hadde gjennomgått oriektomi rapportere om minimal påverking på deira mentale helse samanlikna med dei pasientane som hadde kjemoterapi eller strålebehandling som ein del av behandlingsforløpet. Seksuell dysfunksjon forårsaka av biverknader	Bevis materialet tydar på at sjukdomsbyrda for overlevande av testikkelkreft er generelt låg. Pasientar som blei behandla kirurgisk opplevde minimal påverking på den mentale helsa samanlikna med pasientar som hadde kjemoterapi eller strålebehandling som ein del av behandlinga. Studien konkluderer med at det er behov for å gje adekvate henvisingar til relevante tenester, inkludert psykososial støtte, og utvikle meir eigna kommunikasjonsressursar for

			<p>knytt til kjemoterapi var skadeleg for livskvaliteten til menn. Dei pasientane som hadde ein partner, var i jobb og hadde barn hadde betre forutsetningar for å tilpasse seg etter behandlinga enn dei som ikkje hadde dette. Transparent og ærleg informasjon etter behandling hjalp overlevande å kome tilbake til sitt normale liv.</p>	<p>menn som har gjennomgått behandling for testikkelkreft.</p>
<p>DeRouen, M. C., Smith, A. W., Tao, L., Bellizzi, K. M., Lynch, C. F., Parsons, H. M., Kent, E. E., &amp; Keegan, T. H. M. (2015).</p>	<p>Ungdom og unge vaksne diagnostisert med kreft mellom 15 og 39 år rapporterer ofte behov for større mengder kreftrelatert informasjon og oppfattar at kreft har hatt en negativ innverking på</p>	<p>Data frå 484 ungdom og vaksne kreftoverlevande rekruttert frå populasjonsbaserte kreftregistre i 2007-2008 blei undersøkt. Deltakarane fullførte undersøkingar ein median på 11 månader etter diagnosen.</p>	<p>To tredjedelar av ungdom og unge vaksne rapporterte eit middels eller høgt nivå av udekt informasjonsbehov, og halvparten (47 %) rapporterte ein negativ innverknad av kreft på kontroll over eige liv. Større udekt informasjonsbehov var assosiert med lågare mental og fysisk helserelatert livskvalitet. Ei negativ innverking på</p>	<p>Ungdom og unge vaksne pasientar med kreft har høge nivå av udekt kreftrelaterte informasjonsbehov og opplevd negativ innverking av kreft på kontroll over livet; begge var uavhengig assosiert med lågare helserelatert livskvalitet. Å adressere udekt informasjonsbehov blant ungdom</p>

	kontrollen over livet deira. Studiens hensikt var å undersøke om udekt informasjonsbehov og opplevd kontroll over livet er assosiert med helserelatert livskvalitet (HRLK).	Multivariabel lineær regresjon analyser estimerte assosiasjonar til udekt kreftrelaterte informasjonsbehov og innverking av kreft på kontroll over livet på helserelatert livskvalitet	kontroll over livet var assosiert med lågare mental helserelatert livskvalitet. I multivariable analyser var opplevd kontroll og udekt informasjonsbehov uavhengig assosiert med svekka helserelatert livskvalitet.	og unge vaksne kreftoverlevande og finne måtar å auke kjensla av kontroll på kan bidra til å forbetre helserelatert livskvalitet i denne understuderte gruppa.
Håland, H., Bentsen, S. & Berland, A. (2016).	Utforske korleis menn opplevde og meistra utfordringane ved å bli diagnostisert med testikkelkreft.	Studien omfattar fem individuelle kvalitative intervju av tidlegare pasientar med testikkelkreft.	Deltakarane syns tida fram mot diagnosen og det å vere under utredning var vanskeleg. Diagnosen kom som eit sjokk, sjølv om dei hadde mistanke om testikkelkreft. Dei opplevde operasjon som ukomplisert, medan behandlinga med cellegift var ei påkjenning både fysisk og psykisk. Som	Deltakarane syns det var utfordrande å få diagnosen og gjennomgå cellegiftbehandling. Støtte, fysisk aktivitet og håp bidreg til betre meistring, helse og velvære, og er difor viktig. Helsepersonell kan hjelpe pasientar med testikkelkreft å oppleve meistring. Dei kan gje

			<p>meistringsressurs var ektefelle eller sambuar mest støttande, men også arbeidsgjevar, kollegaer og helsepersonell var til hjelp. Å få oppdatert informasjon, vere i fysisk aktivitet, ha håp og vere open om sjukdomen var sentralt for å mestre den vanskelege tida. Pasientane opplevde tida mellom stadfesting av diagnosen og informasjon om behandlinga var mest utfordrande. Men i det pasientane fekk god informasjon av ein lege dei fekk tillit til blei uroa erstatta med ro og tru på at dei kom til å bli friske. Det kom også fram at fagleg informasjon, som blei formidla på ein god måte, ikkje måtte undervurderast. Pasientar som opplevde å mangle informasjon eller som sjølv måtte purre for å få denne</p>	<p>tidleg og oppdatert informasjon, opptre støttande, bidra til håp og motivere pasientane til openheit og fysisk aktivitet.</p>
--	--	--	---	--



			informasjonen relaterte dette til at sjukehuset ikkje hadde nok kunnskap om diagnose og behandling.	
Shen, A. H., Howell, D., Edwards, E., Warde, P., Matthew, A., & Jones, J. M. (2016).	Å få ei betre forståing av erfaringane til pasientar med tidleg stadium av testikkelkreft under overgangen frå aktiv kreftbehandling til oppfølgingsbehandling.	Kryss -seksjonsbasert multimetodestudie (spørjeskjema, fokusgrupper og telefonintervju).  Kvalitative resultat (fokusgrupper og intervju) blei analysert med kvalitativ innhaldsanalyse.	Mangel på førebuing for kva ein kan forvente (fokusgruppe og telefonintervju): Ikkje informert om kva ein kan forvente i etterbehandlingsfasen. Fekk ikkje realistiske tidsrammer for tilfriskning eller informasjon om moglege etterverknader. Pasientane blei ofte berre fortalt å gå tilbake til det "normale" livet  Vanskar med å få tilgang til informasjon og ressursar (fokusgruppe og telefonintervju).: Måtte skaffe informasjon og ressursar frå internett, noko som var overveldande og skremmande.	Pasientar med testikkelkreft fortsett å slite i overgangen til etterbehandling. Kvaliteten på omsorga må legge vekt på et skifte frå ei reint sjukdomsfokusert tilnærming til ein velværesentrert tilnærming som gir koordinert, pasientsentrert og heilskapleg omsorg for å optimalisere livskvaliteten for desse overlevande.

			<p>Informasjon vart gitt reaktivt heller enn proaktivt. Ansvarret låg på pasienten for å skaffe seg informasjon. Pasientane ønska påliteleg informasjon om kreft, behandlinga dei hadde fått, mogleg etterverknader, og kontaktinformasjon for helsepersonell (levert på papir og personleg)</p> <p>Vanskar i kommunikasjon med helsepersonell (berre fokusgruppe): Helsepersonell hadde ikkje nok tid til å gi informasjon og forsikring. Pasientane ønska eit spesifikk tildelt helsepersonell for oppfølging som kunne handtere bekymringar når dei oppstod.</p>	
--	--	--	---	--

<p>Skoogh, J., Steineck, G., Johansson, B., Wilderäng, U., &amp; Stierner, U. (2013).</p>	<p>Undersøke psykologiske behov hjå pasientar diagnostisert med testikkelkreft.</p>	<p>Identifisert 1192 kvalifiserte menn diagnostisert med ikkje- seminom testikkelkreft, behandla i henhald til dei binasjonale kreftomsorgsprogramma SWENOTECA I–IV mellom 1981 og 2004.</p>	<p>Informasjon frå 974/1192 (82 %) testikkelkreftpasientar diagnostisert med eit gjennomsnitt på 11 år før oppfølging. 63 % rapporterte at dei hadde opplevd ei krise på grunn av diagnosen. For dei fleste menn (76 %) var krisa på sitt verste ved diagnostisering og behandling. Mellom 1981 og 2004 rapporterte 145 menn (15 %) at dei fekk informasjon om vanlege stress- og krisereaksjonar og 348 (36 %) rapporterte at dei fekk tilbod om rådgiving. Av mennene som ikkje blei informert om stress- og krisereaksjonar og ikkje tilbudd rådgiving, skulle respektivt 353/514 (69 %) og 251/403 (62 %) ønske at dei hadde vore det. Delen som rapporterte at dei ønska dei hadde</p>	<p>Det store fleirtalet av overlevande svenske menn med testikkelkreft rapporterte at dei opplevde ei krise på grunn av si kreftdiagnose. Dessutan, uavhengig av sjukdomsstadium, rapporterte dei fleste om behov for psykologisk støtte ved diagnosetidspunktet og behandling som ikkje blei tilfredsstillande møtt av helsetilbodet.</p>
---	---	--	---	--

			blitt informert eller tilbudd rådgiving, var ikkje betydeleg forskjellig avhengig av sivilstatus, alder ved diagnose eller sjukdomsstadium.	
--	--	--	--	--





# Høgskulen på Vestlandet

## Innlevering av Bacheloroppgave

SYKF390

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	17-12-2023 09:00 CET	<b>Termin:</b>	2023 HØST
<b>Sluttdato:</b>	19-12-2023 14:00 CET	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>Flowkode:</b>	203 SYKF390 1 O 2023 HØST		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	106
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	6394
----------------------	------

**Sett hake dersom besvarelsen kan brukes som eksempel i undervisning?:**

Nei

**Jeg bekrefter innlevering til biblioteket \*:**

Ja

**Egenerklæring \*:** Ja  
**Inneholder besvarelsen konfidensielt materiale?:** Nei

**Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt \*:**

### Gruppe

<b>Gruppenavn:</b>	(Anonymisert)
<b>Gruppenummer:</b>	39
<b>Andre medlemmer i gruppen:</b>	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \*

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \*

Nei