



MALMÖ HÖGSKOLA
Hälsa och samhälle

ATT LEVA MED TESTIKELCANCER

EN LITTERATURSTUDIE I
COPINGSTRATEGIER

SARA ALSTERBERG
KLAS LANTHÉN

Examensarbete i omvårdnad
Nivå 61-90 p
Sjuksköterskeprogrammet
Juni 2010

Malmö högskola
Hälsa och samhälle
205 06 Malmö

ATT LEVA MED TESTIKELCANCER

EN LITTERATURSTUDIE I
COPINGSTRATEGIER

SARA ALSTERBERG
KLAS LANTHÉN

Alsterberg, S & Lanthén, K. Att leva med testikelcancer. En litteraturstudie i copingstrategier. *Examensarbete i omvårdnad 15 högskolepoäng*. Malmö högskola: Hälsa och samhälle, Utbildningsområde omvårdnad 2010.

Testikelcancer är den vanligaste cancerformen hos svenska män i åldrarna 25-40. Trots risk för metastaser överlever mer än 95%. Fysiska och psykosociala bieffekter försvårar dessa mäns livssituation efter diagnosen. Syftet med denna studie var att belysa copingstrategier hos män med testikelcancer. En litteraturstudie grundad på kvalitativa och kvantitativa studier genomfördes. Resultatet mynnade ut i två huvudteman och fem underteman. Huvudteman var: upprätthålla ett normalt liv och förhålla sig till omgivningen. Underteman var: blicka framåt och eftersträva normalitet, dölja förändrad anatomi, söka omgivningens stöd, förvärva och dela med sig av kunskap samt isolera sig.

Nyckelord: coping, copingstrategier, omvårdnad, testikelcancer.

LIVING WITH TESTICULAR CANCER

A LITERATURE STUDY OF COPING
STRATEGIES

SARA ALSTERBERG
KLAS LANTHÉN

Alsterberg, S & Lanthén, K. Living with testicular cancer. A literature study of coping strategies. *Degree paper in nursing 15 credits*. Malmö Högskola: Health and Society, Department Nursing, 2010.

Testicular cancer is the most common type of cancer among Swedish men between the ages of 25-40. 95% survive despite the risks of metastases. The daily life for these men is complicated by the physical and psychosocial side effects. The aim of this study was to describe illuminated different coping strategies used by men with testicular cancer. A literature study of qualitative and quantitative studies was implemented. The result ended in two main themes and five subthemes. The main themes were: maintaining a normal life and relating to the surroundings. The subthemes were looking forward and searching for normality, hiding the transformed anatomy, seeking support from those around him, acquire and sharing knowledge, along with isolating himself.

Keywords: coping, coping strategies, nursing, testicular cancer.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	5
BAKGRUND	5
Definitioner	5
Incidens	5
Etiologi och patofysiologi	5
Symtom	5
Diagnos	6
Stadieindelning	6
Behandling och prognos	6
Bieffekter	6
Bieffekter av behandling	7
Psykosociala bieffekter	7
Copingstrategier	8
Coping och cancer	8
Sjuksköterskans roll	9
SYFTE	10
METOD	10
Problemprecisering	10
Definition av inklusions-och exklusionskriterier	10
Plan för litteratursökning	10
Identifiering av resurser	10
Identifiera relevanta källor	11
Avgränsa forskningsproblemet	11
Anpassa sökvägar efter söksystem	11
Litteratursökning	11
Databaser och sökord	11
Sökstrategi och resultat	12
Tolka bevis från de individuella studierna	13
Kvalitetsgranskning	13
Tolkning av bevisen	14
Sammanställning av bevisen	14
RESULTAT	15
Upprätthålla ett normalt liv	15
Blicka framåt och eftersträva normalitet	15
Dölja förändrad anatomi	16
Förhålla sig till omgivningen	17
Söka omgivningens stöd	17
Förvärva och dela med sig av kunskap	17
Isolera sig	18
Konfrontation vs. passivitet	18
DISKUSSION	19
Metoddiskussion	19
Resultatdiskussion	22
SLUTSATS	27
REFERENSER	28
BILAGOR	310
Bilaga 1: Matris över artiklar	32
Bilaga 2: Protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvantitativ metod	38
Bilaga 3: Protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvantitativ metod	39
Bilaga 4: Protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod	40

INLEDNING

Testikelcancer är en cancerform som kan debutera hos män i unga åldrar (Socialstyrelsen, 2010). Faktumet att män med denna diagnos finns i författarnas omgivning var en anledning till valet att beskriva aktuell forskning inom området coping och testikelcancer. Vid möten med en av dessa personer verkade det som att mannen helst inte ville kännas vid att han varit sjuk. Frågor väcktes kring huruvida detta berodde på att det var just testikelcancer eller cancer i allmänhet, liksom frågor om hur män med testikelcancer lever med sin sjukdom. Med denna litteraturstudie vill författarna belysa problem och copingmetoder för denna patientgrupp i syfte att öka sjuksköterskans kännedom om dessa. Kunskapen om hur patienterna upplever sjukdomen, vilka konsekvenser den medför samt hur de väljer att bemöta dessa kan ge sjuksköterskan ökade möjligheter att på bästa sätt vårda och stödja männen i sitt liv med cancer.

BAKGRUND

Mot bakgrund av testikelcancer och dess behandling beskrivs för litteraturstudien valda definitioner av copingstrategier samt hur copingmetoder kan variera för personer som drabbats av cancer. Dorothea Orem's egenvårdsteori (Orem, 1995) och Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för sjuksköterskor (2005) presenterar sjuksköterskans funktion för patienter med testikelcancer.

Definitioner

Testikelcancer: förkortningen GCT kommer att användas enligt Olsson (1996).

Cancerstadium: förkortningen CS kommer att användas enligt Olsson (1996).

Coping: kognitiv/beteendemässig strävan att hantera problem som orsakar stress enligt Lazarus & Folkman (1984).

Incidens

Testikelcancer kan debutera hos män från 15 års ålder (Socialstyrelsen, 2010). Det är den vanligaste cancersjukdomen hos unga svenska män i ålder 25-40 år. Trots hög risk för metastaser botas mer än 95 % (SWENOTECA, 2009).

År 2008 var incidensen i Sverige, oavsett tumörtyp, 286 insjuknade, att jämföra med 1988 då incidensen låg på 186 nya fall (Socialstyrelsen, 2008).

Etiologi och patofysiologi

Orsaken till testikelcancer, även kallad germinalcellstumör (GCT), är delvis känd. Exempel på kända riskfaktorer är ärftlighet, tidigare inte nedvandrad testikel, vattenbräck i pungen och ljumskbräck. Cancertumören finns i två typer; *seminom* och *icke-seminom*, vilket innebär med eller utan käriltillväxt. De utgår från samma typ av omogen könscell men vävnadsstrukturen utvecklas på olika sätt. Frekvensen av seminom och icke-seminom är likartad men behandling och prognos skiljer sig (Olsson, 1996).

Symtom

Det vanligaste symtomet och orsak till undersökning är ensidig testissvullnad eller förhårdnad. Smärta förekommer hos 10 % av de insjuknade och 10 % av fallen

har metastaser som debutsymtom. Exempel på metastassymtom är halssvullnad, andningsbesvär och gastrointestinala symtom (Olsson, 1996).

Diagnos

Initialt sker en manuell undersökning av testikeln följt av ultraljud. Testistumörmarkörer i serum sker preoperativt. Om tumör inte kan uteslutas via ultraljud utförs ett borttagande av testikeln för fastställande av diagnos genom biopsi. Biopsi av den kvarvarande testikeln utförs vid samma tillfälle. Före ingreppet erbjuds samtliga patienter att frysa ner spermier. Datortomografi (DT) av buk, pelvis och thorax samt lungröntgen sker med syfte att finna metastaser och för att avgöra cancerstadium. 50 % av patienterna med icke-seminom tumör har vid diagnostillfället metastaser i lymfkörtlar bakom bukhålan och/eller i lungorna (SWENOTECA, 2004).

Stadieindelning

Cancerstadierna (CS) är indelade efter The Royal Marsden Hospital System som följer:

Stadium I: Inga metastaser förekommer.

Stadium II: Lymfkörtelmetastaser förekommer i bukhålan.

Stadium III: Lymfkörtelmetastaser förekommer ovanför diafragma.

Stadium IV: Metastaser förekommer utanför lymfsystemet, oftast i lungorna (Olsson, 1996).

Behandling och prognos

Kirurgiskt borttagande av testikeln sker initialt samt adjuvant strålbehandling mot lymfkärnen (Olsson, 1996). Beroende av cancerstadium sker avvaktande behandling alternativt fortsatt strålning tillsammans med kemoterapi i form av kombinationsbehandling av tre sorters cytostatika (BEP). Vid ytterligare metastasrisk sker lymfkörtelutrymning och upprepad cytostatikabehandling. Kliniska kontroller, lungröntgen, DT buk samt serumprov för testistumörmarkörer utförs under minst tre år med syfte att finna recidiv och metastaser. Vid sådana fynd upprepas cytostatikabehandlingarna (a a).

Samtliga sjukvårdsregioner i Sverige och Norge har sedan 1981 ett samarbetsprojekt, SWENOTECA – Swedish Norwegian testicular cancer projekt, vars nationella register av testikelcancerpatienter syftar till att utvärdera och utarbeta riktlinjer för behandling, preoperativ diagnostik, tumördata, biverkningar, uppföljning, samt patientrapporterade bieffekter (SWENOTECA, 2009). Uppföljning av behandling av testikelcancer sker standardiserat enligt SWENOTECA:s vårdprogram i 5-10 år efter avslutad behandling. Det kan vid behov sträckas till livslång uppföljning. 80-85% av fallen i CS I får inte återfall medan 15-20% får det. Vem som får vad kan inte förutses varför samtliga patienter får adjuvant behandling i form av cytostatika (SWENOTECA, 2007).

Bieffekter

Behandling av GCT kan orsaka diverse fysiska dysfunktioner (Olsson, 1996). Psykosociala reaktioner kan uppstå som en konsekvens av dessa dysfunktioner men kan även föräntledas av ovissheten om en hälsosam framtid (MacDonald, 2001; Fegg m fl, 2003).

Bieffekter av behandling

Cytostatikabehandling leder i 50 % av samtliga fall till infertilitet, pneumonit och Raynauds fenomen (Olsson, 1996). Raynauds fenomen innebär nedsatt tolerans mot kyla i fingrar och tår, perifer cyanos och blekhet. Lymfkörtelutrymning i peritoneum skadar autonoma nerver och kan tillika leda till nedsatt ejakulationsförmåga och infertilitet (a a). Janker-Pool m fl (1997) gjorde en retrospektiv studie med syfte att finna relationen mellan behandlingsform och sexuella dysfunktioner hos män med testikelcancer. Resultatet visade ett signifikant samband mellan antal cytostatikabehandlingar och nedsatt sexuell funktion. Minskad libido, sexuell lust, erektionsförmåga, orgasm-och ejakulationsförmåga korrelerade med antal erhållna cytostatikabehandlingar. Resultatet visade även att patienterna upplevde osäkerhet, ångest och passivitet i samband med behandlingarna (a a).

Brydöy m fl (2009) beskrev i en studie att Raynauds fenomen, parestesi i händer och fötter, nedsatt hörsel och tinnitus förekom i allvarligare form vid >5 cytostatikabehandlingar. Studiens syfte var att undersöka relationen mellan ovan nämnda symtom samt behandling med cisplatin (BEP). SWENOTECA (2007) bekräftade att illamående, kräkningar, håravfall, infektionskänslighet, trötthet samt hörsel- och njurfunktionsskador förekom efter 3-4 cytostatikabehandlingar.

Psykosociala bieffekter

MacDonald (2001) visade genom en kvalitativ studie hur beskedet om testikelcancer innebar en existentiell utmaning för patienten. 18 kanadensiska män med GCT deltog i studien. De klargjorde hur invasiv behandling, kroppslig förändring, känslor av ovisshet, ilska och rädsla medförde dödsångest och identitetskris. Sociala relationer prövades och majoriteten av männen stod oförberedda utan verktyg att hantera situationen (a a). Skaali m fl (2008) undersökte i en norsk tvärsnittstudie GCT-patienters rädsla för att cancer ska återkomma. 1336 långtidsöverlevare av testikelcancer deltog i studien. Resultatet visade att de led av rädsla för att cancer skulle återkomma. Rädslan korrelerade med deras livskvalitet och självförtroende (a a).

En intervjustudie av Huh Shinn m fl (2007) visade depressiva symtom hos 162 amerikanska män som överlevt testikelcancer. Prevalensen var högre än hos den övriga amerikanska befolkningen. Denna studie kan tillsammans med Fosså m fl (2003) kohortstudie ge en bild av psykisk hälsa hos patienter med GCT. Syftet var att undersöka prevalensen av kronisk trötthet och ångest hos 820 GCT-patienter jämfört med övrig befolkning i Norge. Studien visade att prevalensen var högre hos GCT-gruppen. Kronisk trötthet och ångest relaterades även till samsjuklighet i form av bl a muskel-och skelettvärk, nedsatt hörsel och tinnitus (a a).

Fegg m fl (2003) studie utfördes med syfte att mäta behandlingsterapi, sexuell kapacitet och livskvalitet hos 341 GCT-patienter. Resultatet visade samband mellan nedsatt sexuell funktion och sänkt upplevd livskvalitet. Patienternas försämrade kontakt med partner och/eller familj liksom att deras önskan att få barn inte kunde uppfyllas var direkta konsekvenser av reducerad sexuell förmåga. En tvärsnittstudie (MacBride & Whyte, 1999) över 62 män med GCT utfördes i samband med deras återbesök på cancerklinik. Syftet var att utforska vilken effekt återbesöket hade på patienterna. Genom fem olika mätinstrument rapporterades hur sjukdomen fått emotionella följder för männen. Panikkänslor, nervositet, stress och rädsla inför framtiden upplevdes inför varje återbesök på

kliniken. Arbetsförmåga, kontakt med familj och vänner påverkades negativt. Oron för deras framtida hälsa skapade ångest (a a).

Copingstrategier

Coping som fenomen har studerats inom psykologin i över 60 år och har vuxit fram ur två teoretiskt skilda åskådningar, behaviourismen och den psykoanalytiska psykologin (Lazarus & Folkman, 1984). Inom behaviourismen är synen på coping relaterad till individens överlevnadsbeteenden. Den psykoanalytiska modellen definierar coping som realistiska flexibla tankar och handlingar som löser problem och därigenom reducerar stress. Den huvudsakliga skillnaden mellan modellerna är att den psykoanalytiska framhåller olika sätt att betrakta och tänka kring hur personen interagerar med miljön medan behaviourismen anser att vad som inte uttrycks i ett beteende inte heller kan studeras (a a).

Folkman och Lazarus(1980) delade in fenomenet coping i två huvudkategorier, *probleminriktade* och *emotionellt inriktade* strategier. För att bekräfta denna kategorisering utfördes en intervju-och enkätstudie där hanteringen av 1332 olika stressande händelser i det dagliga livet hos 100 medelålders män och kvinnor i Alameda County i Californien undersöktes. Resultatet visade att respondenterna använde sig av både emotionellt inriktade och probleminriktade copingstrategier i nästan samtliga beskrivna situationer. Med detta fynd klargjordes att vilken copingstrategi människan använde sig av varierade beroende av situation (a a).

Probleminriktad coping syftade till att hantera eller förändra det problem som orsakade stress medan emotionellt inriktad coping fokuserade på att styra den känslomässiga reaktionen på problemet (Lazarus & Folkman, 1984). Dessa kategorier har använts som huvudsakliga definitioner i åtskilliga studier som under 2000-talet behandlat ämnet coping (Puotiniemi m fl, 2001; Hallert m fl, 2003; Sardiwalla m fl, 2007; Palomar Lever, 2008; Jagannathan m fl, 2009; Danhauer m fl, 2009).

Coping och cancer

Dunkel-Schetter m fl (1992) ville med sin enkätstudie belysa upplevda psykiska och fysiska problem samt förekomsten av copingstrategier hos 608 cancerpatienter. Patienterna, med huvudsakligen bröst-, gastrointestinal eller cirkulatorisk/lymfkörtelcancer, distanserade sig, sökte stöd, tänkte positivt samt undvek/flydde. På detta sätt hanterade de framför allt ovisshet och rädsla för framtiden och fysisk begränsning. Mest förekommande copingmetod var distansering, vilket innebar att exempelvis låtsas som ingenting, se cancern som en utmaning, se till att utomstående inte vet. Att undvika/fly motsvarade en kognitiv aspekt; att be, hoppas på mirakel, förvänta sig det värsta m m, samt en beteendenaspekt; att undvika andra människor, tröstata/dricka/röka/missbruka, låta det gå ut över andra m m. Studien bekräftade att över hälften av patienterna använde sig av mer än en copingstrategi (a a).

Zaza m fl (2005) beskrev genom en intervjustudie copingaktiviteter hos 292 kanadensiska patienter med ospecificerad cancer. Vanligaste skälen till att använda en copingaktivitet uppgavs vara som distraktion och stressreduktion. Mest förekommande var ensamma aktiviteter (t ex hobbies), sysslor relaterade till cancern (t ex ta sin medicin, ändra kostvanor) samt sociala aktiviteter. En tredjedel av patienterna använde sig inte av någon metod (a a).

Copingstrategier hos 80 patienter som befann sig i den postoperativa fasen av cancer i huvud/nacke har studerats av Jagannathan m fl (2009). Patienterna bemästrade sitt sjukdomstillstånd genom att: förneka sjukdomen, försöka ha en positiv attityd, använda sig av bön eller meditation, träna eller aktivera sig som ett distraktionsmoment eller genom att förlita sig på läkarens kunskaper. Oliffe m fl (2009) studerade 25 kanadensiska män med diagnostiserad asymtomatisk lågrisk prostatacancer. Dessa mäns copingstrategier syftade främst till att hantera osäkerheten av att utveckla cancer eller inte, samt innebörden av ev spridning och behandling av densamma. Två strategier utformades; att leva ett normalt liv samt att göra något extra. Att leva ett normalt liv inkluderade att leva på som vanligt och att intala sig att canceren var benign, med konsekvens att samtal kring canceren med partner/familj uteblev. Därmed skyddades också partnern och/eller familjen från oro och den yttre omgivningen blev inte involverad, vilket var en del av strategin. Att göra något extra innebar: modifiera sin livsstil i form av t ex ny diet, samt prova alternativa behandlingar för att ev sakta ner cancerutvecklingen alternativt börja med t ex tai-chi och meditation för att förbättra välmåendet (a a).

Strategier för att leva med muncancer i Taiwan beskrevs av Tsun-Wen m fl (2009). Genom en kvalitativ studie över sex män visades följande copingmetoder: att ha en positiv attityd, utveckla självförtroendet, acceptera sitt nya utseende, modifiera sin livsstil, göra nya livsmål samt söka kunskap om en hälsosam livsstil.

En kvalitativ studie (Cromptvoets, 2006) belyste hur kvinnor med bröstcancer som genomfört mastektomi upplevde att bröstet symboliserat deras femininitet, kvinnlighet och självbild. Med hjälp av bröstimplantat återskapade de sin förlorade känsla av femininitet, sexualitet och normalitet. Danhauer m fl (2009) visade förändring av copingstrategier och livskvalitet över tid hos 267 yngre kvinnor med bröstcancer i USA. Medianåldern för kvinnorna i studien var 43 år, varför de kan jämföras med åldersgruppen för män med testikelcancer. Att ha ett positivt konstruktivt tänkande, söka socialt stöd, spiritualitet, önsketänkande, att skapa förändringar samt att hålla känslorna för sig själv var aktuella strategier för coping (a a).

Sjuksköterskans roll

Enligt Dorothea Orem's egenvårdsteori är omvårdnadens mål att hjälpa patienten till självständighet i hälsorelaterade aktiviteter (Kirkevold, 2000). Aktiviteternas syfte är att tillgodose patientens egenvårdsbehov. Med egenvårdsbehov menas de åtgärder som är nödvändiga för att säkerställa hälsa och välbefinnande. Varje patient har en egenvårdskapacitet, d v s förmåga att tillgodose sina egna behov av vård, främja integritet och välbefinnande. Kapaciteten beror på patientens mentala, psykologiska och fysiska egenskaper (a a).

Hälsorelaterade egenvårdsbehov uppstår hos sjuka eller skadade individer som drabbats av förändrad anatomi, nedsatt fysisk funktion och/eller förändringar i beteende och vardagsliv (Orem, 1995). Frågor kring vad som sker, varför det sker och hur det ska hanteras väcks hos individen. Behov uppstår av att få bevara normaliteten och att få veta hur detta görs. Patienten har en vilja att lära sig leva med det patologiska tillståndet och dess behandlingseffekter genom att förändra sin livsstil och främja personlig utveckling (a a).

Orem beskriver att sjuksköterskans roll i mötet med patienten kan vara av stödjande och/eller undervisande karaktär (Orem, 1995). Genom att stödja, undervisa, vägleda och bidra till utveckling på olika sätt tillgodoser sjuksköterskan patientens egenvårdsbehov. Det är sjuksköterskans ansvar att veta vilka patientens behov är, samt hur patienten förhåller sig till sin sjukdom så att sjuksköterskan kan stötta patienten på bästa sätt (Orem, 1995).

Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för sjuksköterskor (Socialstyrelsen, 2005) bekräftar sjuksköterskans ansvar att identifiera och bedöma patientens resurser och förmåga till egenvård. Sjuksköterskan ska också ha förmåga att tillvarata det friska hos patienten liksom att kunna uppmärksamma, möta och lindra patientens sjukdomsupplevelse och lidande (a a).

SYFTE

Syftet med denna litteraturstudie var att belysa copingstrategier hos patienter med testikelcancer.

METOD

Litteraturstudien genomfördes enligt Willman m fl (2006). Tillvägagångssättet systematiserades för att söka, bedöma och sammanställa relevant vetenskaplig litteratur. Strukturering och tolkning av bevisen utfördes i enlighet med Axelssons (2008) deduktiva angreppssätt.

Problemprecisering

Tilltänkta läsare av litteraturöversikten var blivande sjuksköterskor. Syftet att belysa copingstrategier hos patienter med GCT resulterade i undersökningsgruppen *män med diagnostiserad GCT* och resultatmättet *coping*. Det humanvetenskapliga perspektivet talade för att kvalitativa studier föredrogs. Kvantitativ forskning uteslöts emellertid inte relaterat till dess höga evidensgrad (Willman m fl, 2006). Pilotsökning som utfördes i samband med denna studies projektplan visade att antalet tillgängliga studier var begränsat. Därför var samtliga studier med anknytning till patienter med GCT i alla stadier, samt alla typer av metoder som patienterna brukade för att hantera sjukdomen av värde, för att finna största möjliga antal relevanta studier.

Definition av inklusions-och exklusionskriterier

Sökningarna begränsades till: *engelska, abstracts, människor i alla åldrar, artiklar publicerade från år 2005 och framåt*. Dessa kriterier anpassades efter behov beroende på databas och sökningarnas resultat.

Plan för litteratursökning

Med hjälp av Willman m fl (2006) strukturerades det praktiska arbetet upp.

Identifiering av resurser

Två datorer med internet fanns i författarnas privata ägor och ämnades användas för allt sökningsarbete. Gratis artiklar eftersträvades då generös tillgång fanns via Malmö Högskolas bibliotek. Sökningen planerades uppta de två första veckorna av totalt sju veckor som fanns till förfogande.

Identifiera relevanta källor

För att täcka både medicinsk och psykologisk forskning ansågs Pubmed, Cinahl och PsycINFO vara relevanta databaser för sökning. The Cochrane Library, LIBRIS, ERIC och Swemed betraktades som komplement. Ytterligare adekvata källor var referenser i bakgrundsartiklar alternativt i valda artiklar (Willman m fl, 2006).

Avgränsa forskningsproblemet

Eftersom sökningen syftade till att enbart identifiera coping hos GCT-patienter eftersträvades forskning avseende psykisk, fysisk och social anpassning. Studier fokuserande på behandling, medicinska åtgärder, bieffekter, patologi, epidemiologi, screening etc definierades som inte önskvärda.

Anpassa sökvägar efter söksystem

Sökvägar för databaserna Pubmed, Cinahl och PsycInfo erhöles via undervisning av Malmö Högskolas bibliotekspersonal. Willman m fl (2006) instruerade på ett adekvat sätt hur The Cochrane Library användes. På LIBRIS, ERIC och Swemed användes fritextsökning utan tidigare förkunskap.

Litteratursökning

Litteratur söktes i samtliga beskrivna källor för bredast möjliga resultat. Strategierna anpassades efter sökningarnas resultat och databasernas uppbyggnad för maximalt nyttjande.

Databaser och sökord

Primärt användes databaserna Pubmed, Cinahl och PsycInfo. Kompletterande sökning utfördes på The Cochrane Library, LIBRIS, ERIC och Swemed.

Pubmed. Lämpliga MesH-termer för testikelcancer och coping hittades med hjälp av översättningsverktyg från KI ("Testicular Neoplasms", "Testicular cancer", "Psychological Adaptation"). Sökning på MesH-termen "Psychological Adaptation" gav s k *entry terms* (coping skills, coping behavior, psychological adjustment) som användes för ett bredare sökresultat. Söktermerna kombinerades på olika sätt med hjälp av den Booleska sökoperatörn AND. Träffar på givna sökord gav artiklar vars *keywords* bidrog till alternativa söktermer som: health behaviour, emotional, support, self management strategies, making meaning, sexual, empowerment, body image, defence styles, survivor, adapt to difference, quality of life, life satisfaction m m. Dessa termer användes senare på samtliga databaser. Begränsningar var inledningsvis: *engelska, abstracts, människor i alla åldrar, artiklar publicerade från år 2005 och framåt*. På fåtalet träffar ändrades publikationsår till år 2000, sedan till 1995.

Cinahl & PsycInfo. Som s k *Cinahl Heading*, motsvarande MesH på Cinahl, användes "Psychological Adaptation". Övriga termer för coping var överensstämmande med sökning på Pubmed. Artiklar med *engelska, abstracts, människor i alla åldrar, publicerade från år 2005 och framåt* inkluderades initialt. Publikationsår ändrades senare till år 2000 och vidare till år 1995 relaterat till litet antal träffar. Fritextsökning på ovan nämnda termer samt *coping* genomfördes på PsycInfo. Eftersom provsökning med samma inklusionskriterier gav färre träffar användes enbart *engelska* och *peer-reviewed journals* som begränsningar på PsycInfo. Ingen begränsning för publikationsår utfördes.

Sökstrategi och resultat

Sökning på Cinahl och Pubmed fördelades mellan författarna. Denna strategi understöds av Willman m fl (2006) då det är en fördel att snabbt kunna få svar på hur många referenser som finns samt kunna sortera bort eventuella dubletter. Nämnade söktermer delades därefter upp och sökning på PsycInfo utfördes var för sig varpå resultaten jämfördes. Vissa artiklar påträffades på samtliga databaser. Sökningarna gav överlappande resultat oavsett sökterm. Majoriteten av sökningarna på Cinahl och Pubmed gav färre än tio träffar. På PsycInfo var träffarna fler då artiklarna berörde även andra cancerformer och representerade ett bredare tidsintervall. När sökningarna slutligen gav upprepade resultat, samtliga titlar och flertalet relevanta abstracts och artiklar granskats, valdes nio artiklar ut. Två artiklar länkades inte till fulltext på respektive databas. En av dem återfanns i tryckt format; Sandén m fl (2000). Kristjanson m fl (2006) återfanns i fulltext via Google. Kompletterande sökning med samma söktermer genomfördes på LIBRIS, ERIC, SWEMED, The Cochrane Databas of Systematic Reviews och Cochrane Controlled Trials Register utan framgång. Referenslistor på valda artiklar samt artiklar som berör psykologiska aspekter av testikelcancer granskades med syfte att finna ytterligare användbara studier. Då detta inte gav resultat inleddes manuell sökning med samma söktermer som på föregående databaser på sökmotorn Google Scholar. Något som resulterade i en användbar artikel. När användbara databaser var genomsökta utfördes en sista sökning på Pubmed med avsikt att finna nyttillkommen forskning. En studie från mars 2010 påträffades. Sökningsarbetet avslutades och resulterade i totalt elva artiklar (Tabell 1-3).

Tabell 1. Sökresultat på Pubmed

Datum	Databas	Sökord	Begränsningar	Träffar	Lästa titlar	Granskade abstracts	Granskade artiklar	Valda artiklar
2010-03-31	Pubmed	”Testicular Neoplasms” AND ”Adaptation, Psychological”	Abstracts, English, Humans, All child, All adult, Publ last 10 years	10	10	5	3	2
2010-03-31	Pubmed	”Testicular Cancer” AND Health behaviour	-”-	46	46	7	4	1
2010-03-31	Pubmed	”Testicular Cancer” AND Self-management	-”-	91	91	3	2	1
2010-04-01	Pubmed	”Testicular Cancer” AND Psychological	Abstracts, English, Humans, All child, All adult, Publ last 10 years	28	28	3	1	1
2010-04-08	Pubmed	Testicular Cancer” AND coping	Abstracts, English, All child, All adult, Publ last 5 years	8	8	1	1	1

Tabell 2. Sökresultat på Cinahl och Google Scholar

Datum	Databas	Sökord	Begränsningar	Träffar	Lästa titlar	Granskade abstracts	Granskade artiklar	Valda artiklar
2010-03-31	Cinahl	“Testicular Neoplasms” AND “Psychological adaptation”	Abstracts, English, All child, All adult, Peer-reviewed, Publ 2000-2010	2	2	2	2	1
2010-04-07	Google Scholar	“Testicular Cancer” AND Adaptation	Inga	1710	150	3	2	1

Tabell 3. Sökresultat på PsycInfo

Datum	Databas	Sökord	Begränsningar	Träffar	Lästa titlar	Granskade abstracts	Granskade artiklar	Valda artiklar
2010-04-02	PsycInfo	“Testicular Cancer” AND Support	Abstracts, English, All child, All adult, Peer-reviewed, Publ 2000-2010	167	167	8	8	1
2010-04-06	PsycInfo	“Testicular Cancer AND relations	- ” -	73	73	2	1	1
2010-04-07	PsycInfo	“Testicular Cancer” AND Sexual difficulties	- “ -	7	7	1	1	1

Tolka bevis från de individuella studierna

Valda artiklar värderades kritiskt med syfte att bedöma vetenskaplighet och sortera bort oanvändbart material. Vidare analyserades resultaten utifrån denna litteraturstudies syfte.

Kvalitetsgranskning

För största möjliga trovärdighet genomfördes granskningen separat av författarna. Dokumentation fördes i granskningsprotokoll efter Willman m fl (2006).

Protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvantitativ metod användes för kvantitativa studier. Protokollet var främst utformat för granskning av randomiserade kontrollstudier varför det modifierades för att passa en tvärsnittsstudie och två kohortstudier. Modifieringen innebar att frågor berörande intervention, randomisering och gruppering ströks för kohortstudierna (Bilaga 2). För tvärsnittsstudien ströks frågor angående intervention samt blindning av grupper (Bilaga 3). Artiklar över kvalitativa studier granskades med hjälp av *Protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod* (Bilaga 4).

För klassificering av artiklarna erhöles ett (1) poäng för varje positivt svar i protokollet. Negativt alternativt inte adekvat svar gav noll poäng. Resultaten av de separat utförda granskningarna samlades. Samtliga artiklar hade tilldelats

likvärdiga resultat. Poängsummorna räknades om i procent av den totala möjliga poängsumman och artiklarnas kvalitet graderades tregradigt enligt Willman m fl (2006):

- Grad I 80-100%
- Grad II 70-79%
- Grad III 60-69%

Två artiklar hade en vetenskaplighet av grad I, åtta artiklar av grad II och en artikel av grad III. 10 av 11 artiklar valdes att inkluderas. Bilaga 1 redovisar granskning och kvalitetsbedömning över artiklarna i fallande ordning efter kvalitet. Sju artiklar var kvalitativa, två var kvantitativa och en var integrerad d v s både kvalitativ och kvantitativ metod. Vid bedömning av den integrerade artikeln beräknades procenten av de sammanslagna poängsummorna från båda protokollen.

Tolkning av bevisen

Initialt bearbetades urvalet separat av författarna. I linje med Axelsson (2008) strukturerades läsningen av artiklarna genom användning av teman. Valda teman var: *patientens upplevda problem* och *copingstrategi*. Textpartier vars innehåll berörde dessa teman märktes i olika färger och resultatet delades upp. Genom att avskilja de markerade textpartierna framträdde varje artikels redovisade copingstrategi och patientproblem tydligt. Ur funna copingstrategier framträdde två huvudteman och fem underteman (Tabell 4). Syftet med underteman var att tydliggöra copingmetodernas grund samt hur de varierade.

Tabell 4. Teman

Huvudtema	Undertema
Upprätthålla ett normalt liv	Blicka framåt och eftersträva normalitet
	Dölja förändrad anatomi
Förhålla sig till omgivningen	Söka omgivningens stöd
	Förvärva och dela med sig av kunskap
	Isolera sig

Den ena kvantitativa studien, Rutskej m fl (2010), bearbetades separat. Den integrerade studien granskades i två etapper. Den kvalitativa delens resultat visade använda copingstrategier och markerades enligt föregående. Hänsyn togs till samtliga studiers kontext och kvalitetsgrad med syfte att klargöra resultatens användbarhet i metoddiskussionen.

Sammanställning av bevisen

Litteraturstudiens resultat presenterades enligt två huvudteman; att upprätthålla ett normalt liv och att förhålla sig till omgivningen. Under varje tema presenterades

två respektive tre huvudteman som beskrev hur copingstrategierna varierade samt i vilket sammanhang patienten upplevde problem med att leva med GCT. Resultaten från den ena kvantitativa studien redovisades separat.

RESULTAT

Utifrån resultaten från de nio kvalitativa artiklarna framkommer två huvudteman som visar på vilka sätt GCT-patienter hanterar sin sjukdom: att upprätthålla ett normalt liv och att förhålla sig till omgivningen. Dessa teman har delats in i två respektive tre underteman: att blicka framåt och eftersträva normalitet, dölja förändrad anatomi samt söka omgivningens stöd, förvärva och dela med sig av kunskap, och isolera sig. Den kvantitativa studien av Rutsikj m fl (2010) visar sambandet mellan copingstrategi och patienternas upplevda problem. Den kan komplettera de övriga kategorierna eftersom den klargör hur patienterna tenderar att välja strategi beroende av hur de upplever sina problem. Denna studies resultat presenteras sist under rubriken *konfrontation vs. passivitet*.

Upprätthålla ett normalt liv

I följande underteman beskrivs hur männen försöker få livet att verka som det var innan de fick sin diagnos .

Blicka framåt och eftersträva normalitet

I en studie av Sandén och Hydén (2002) framkommer att männen och deras partners är oroliga över omgivningens tankar kring hur deras familjeliv fungerar efter sjukdomen. Genom att försöka leva normalt försöker de tillsammans få livet att verka som vanligt inför både sig själva och grannskapet. De beskriver hur att leva normalt kan innebära t ex att mannen snickrar på huset, familjen anordnar fester och andra aktiviteter som ger sken av att mannens tillstånd inte är så allvarligt som det förefaller (a a).

Viljan att visa omgivningen att han är normal uttrycks tillika av en patient i Chapple & Ziebland (2004) studie. Patienten beskriver hur han innan sjukdomen hade en humoristisk jargong med människor i sin närhet. Han vill inte att dessa människor ska tycka synd om honom eller särbehandla honom. Därför försäkrar han dem om att de ska fortsätta att skoja med honom som innan han fick cancerdiagnosen. Detta gör han genom att skämta om sitt tillstånd. Han uppger att han därmed känner sig mindre sjuk. Flera patienter (Chapple & Ziebland, 2004) använder sig av humor för att lätta upp stämningen i sin omgivning. En av dessa patienter uttrycker att han driver med sig själv. Han uppger även att samtliga patienter på hans avdelning använder sig av humor för att klara situationen (a a).

Ytterligare ett sätt att leva normalt är för männen att försöka skaffa barn (Sandén & Hydén, 2002). De uttrycker att hopp om att livet går vidare trots cancern på så sätt införlivas. Männen beskriver hur dem i samband med sjukdomen upplever en känsla av att livet har stannat upp och att de med hjälp av gemensamma framtidsplaner med sin partner motverkar denna känsla. Som copingstrategi fyller barnönskan därmed tre funktioner (a a).

En del av de intervjuade patienterna (Gurevich m fl, 2004) uttrycker att de känner en stark rädsla över att inte kunna bli förälder. Denna rädsla hanterar de genom att frysa ner sina spermier. På så sätt anser de sig fortfarande vara reproduktiva och

leva upp till vad de menar vara en heterosexuell maskulinitetsnorm. Att kunna få egna biologiska barn beskrivs, av de män som i studien inte har familj eller partner, hjälpa dem att hantera oron över att inte duga om de träffar en framtida maka (a a). I Saito m fl (2005) kvantitativa studie bekräftas att valet att frysa ner spermier hjälpt patienterna att emotionellt hantera sjukdomen. Av 51 patienter ansåg 40 att det underlättat i kampen mot cancer. Ca hälften av patienterna valde på eget initiativ att frysa ner spermier. Hälften gjorde det på inrådan av läkare (a a).

Patienterna i Kristjanson m fl (2006) studie uttrycker att de känner sig friskare genom att planera för framtiden. En man fokuserar på att uppfylla personliga mål som existerade före diagnosen. Han redogör för hur värdefullt det är för honom att planera och genomföra en utlandsresa som han tvingats avstå p g a sjukdomen. En annan man beskriver hur han upprätthåller kontroll över sjukdom och behandling genom att endast blicka ett fåtal dagar framåt:

"... Like it is day 7 you know, when it gets to day 24 it's better and when it's day 28 it's even better you know. So you have this plan of milestones. If you can say now I feel horrible, but if I can just get through another 4 days - a person can endure that." (Sam) (s 15, Kristjanson m fl, 2006)

Hur patienten försöker att se bortom sjukdomen beskrivs även i Gurevich m fl (2004) studie. Mannen i studien känner sig kastrerad och upplever därigenom att han förlorat sin manlighet. Han intalar sig att livet fortsätter och att det inträffade egentligen har en liten betydelse i det stora hela:

"/.../ You have to look beyond that stage... I found that half the battle has been a mental battle to overcome it. You're not turning into some freak of nature because basically you're being castrated and there's life beyond...in the scope of how big our life is and how sophisticated a human being is, this is peanuts, this is nothing. Be happy you've got your health, you know." (Intervjuperson nr 2) (s 1604, Gurevich m fl, 2004).

Önskan att känna sig frisk uttrycks även av patienterna i Kristjanson m fl (2006) studie. De beskriver hur de använder fysisk aktivitet och hobbies för att känna sig friska. Dessa aktiviteter kan t ex vara att meka med bilar och läsa böcker (a a).

Dölja förändrad anatomi

Patienterna i Gurevich m fl (2004) studie berättar hur amputation av testikeln medför en självmedvetenhet om kroppslig förändring. Männen vill dölja denna förändrade anatomi och väljer därför att inte blotta sig offentligt inför andra på t ex gym eller toaletter. Det faktum att cancer är lokaliserad till testiklarna samt faktumet att de har förlorat en testikel uttrycks som besvärande. En del av patienterna väljer därför att berätta för omgivningen att de har cancer men berättar inte om var. Männen beskriver att detta är ett sätt att undvika att omgivningen får veta att de mist en testikel samtidigt som de slipper visa sina känslor (a a).

Önskan att se "normal" ut bekräftas av patienter i ytterligare två studier (Sheppard & Wylie, 2001; Chapple & McPherson, 2004). Dessa patienter bekräftar även viljan att motverka omgivningens kännedom om att en testikel saknas. De beskriver att de hanterar situationen genom att välja att ha testikelprotes (a a).

Männen i Chapple och McPherson (2004) studie uttrycker en oro över att behöva berätta om sin förändrade anatomi särskilt vid sexuella relationer. Att välja protes är därmed en viktig copingstrategi för dem då protesen bidrar till att de slipper förklara sig. Männerna berättar vidare hur de upplever att cancer och testikelförlusten hotar deras maskulinitet. Protesen hjälper dem att kompensera för även denna förlust. Flera informanter beskriver att testiklarna är en viktig del i att känna sig som en man. I studien väljer en patient att hantera känslan av avmaskulinisering på ett annorlunda sätt än de övriga. Han väljer ett för honom traditionellt manligt yrke; dörrvakt. Således väljer han inte testikelprotes (a a).

Förhålla sig till omgivningen

Nedan beskrivs hur olika typer av interaktion med omgivningen kan fylla en viktig funktion för männens förmåga att hantera sin sjukdom.

Söka omgivningens stöd

Två studier visar hur patienter anförtror sig till familj, vänner, kollegor och/eller hälso-och sjukvårdspersonal för att få hjälp att hantera sjukdomen (Sandén m fl, 2000; Kristjanson m fl, 2006).

Genom att kontakta familj och vänner och få svar på olika frågor så som att reda ut vem som ska få veta, från vem man ska söka råd och hur mycket de är beredda att dela sin erfarenhet med anhöriga, bearbetar patienterna sjukdomen (Kristjanson m fl, 2006). En patient beskriver att ju mer han talar med omgivningen desto mer lättad känner han sig. En annan patient upplever kontakten med sina vänner som bättre än någon annan cancersupport. Genom familj och vänner bibehåller männen sitt sociala nätverk. De beskriver hur det får dem att känna sig ovillkorligt älskade, och hur det hjälper dem att avleda uppmärksamheten från sjukdomen (a a).

Samtliga män i studien av Sheppard och Wylie (2001) berättar hur de genom att vara i en stadig relation hanterar sjukdomen fysiskt och emotionellt. Studien visar att relationen och stödet från partnern är avgörande för hur patienterna handskas med tillståndet. Tre av studiens sju män uppger att situationen hade varit avsevärt annorlunda om de hade varit ensamstående (a a).

Förvärva och dela med sig av kunskap

En del av männen beskriver hur de känner ett behov av att få ökad kunskap om sin sjukdom (Kristjanson m fl, 2006). På så sätt känner de sig mer delaktiga i sin behandling och får därmed ökad kontroll över vad som händer. En av informanterna beskriver hur han gör sin egen research om sjukdomen på sitt universitet. Han tar sedan med sig informationen till sin läkare och ber henne eller honom att förklara innebörden av informationen. Patienterna uppger återkommande att hälso-och sjukvårdspersonalen spelar en stor roll som professionellt stöd. De upplevs som en stabil källa till information och har därför en lugnande effekt på patienterna. Vissa patienter förlitar sig dock helt på att hälso-och sjukvårdspersonalen bistår med alla nödvändiga upplysningar (a a).

Flera studier (Seymour-Smith, 2008; Chapple & Ziebland, 2004; Kristjanson m fl, 2006) visar hur patienterna delar med sig av information och kunskap till olika parter. De beskriver att de på så vis hanterar varierande aspekter av sjukdomen (a a).

Patienterna i studien av Seymour-Smith (2008) får genom att gå med i en självhjälpgrupp möjlighet att dela med sig av sina erfarenheter och undervisa andra. Genom att delta i gruppen får de en möjlighet att hjälpa nyinsjuknade och att förbättra vården för cancerpatienter. De uppger att de på så sätt kanaliserar sin frustration på ett produktivt sätt vilket stärker dem. Dessa patienter vänder sig därmed till andra patienter och inte till resten av omgivningen (a a).

Ett problem som framkommer av männen i Chapple och Ziebland (2004) studie är hur omgivningens oro för framtiden påverkar dem negativt. Anhöriga och kollegor blir initialt chockade vid cancerbeskedet. Männen uttrycker att eftersom de vet att prognosen är god har de ett starkt behov av att informera om sjukdomen och att det inte finns någon anledning till oro. De väljer att använda sig av humor för att förmedla kunskapen på ett lättisamt sätt. På så vis reduceras omgivningens osäkerhet kring situationen och männen upplever att kommunikationen underlättas (a a).

Patienterna i Kristjanson m fl (2006) studie bekräftar hur de genom att dela med sig av information om sjukdomen hanterar sina erfarenheter. Undervisningen riktas av dessa patienter till allmänheten. De ser sig själva som källa till information och vill väcka allmänhetens medvetenhet om sjukdomen och behovet av kunskap om densamma. På så vis uppger patienterna att de genom cancer får en ny funktion i samhället (a a).

Isolera sig

Vissa patienter beskriver hur de väljer att inte berätta för någon om sin diagnos (Sandén m fl, 2000). Cancerns lokalisation uppges vara anledningen till detta. Männen i studien uttrycker genans inför detta faktum och hanterar det genom att dra sig undan (a a).

Tanken på att ha förlorat en testikel får vissa män i Kristjanson m fl (2006) studie att dra sig tillbaka och isolera sig. En man beskriver hur han ser sig själv som en överlevare. Därför kan han enbart klara situationen genom att bemöta sjukdomen ensam. Att be om hjälp anser han därför vara otänkbart. Det är enligt honom dessutom inte manligt att söka stöd (a a).

Konfrontation vs. passivitet

I en tvärsnittstudie av Rutskej m fl (2010) deltog 1326 GCT-patienter. Syftet var att utreda vilken av två copingstrategier GCT-patienter använder mest. Resultatet jämfördes med en kontrollgrupp på 1269 deltagare. Det visade sig att 84 % (95 % CI 82-86%) av patienterna valde att använda sig av approach coping, vilket innebär att genom aktiva ansträngningar konfrontera sjukdomen. I studien framkommer inte huruvida dessa ansträngningar var kognitiva eller beteendemässiga. Resterande patienter i studien (16%, 95 % CI 14-18 %) valde avoidance coping. Det karaktäriseras av passivitet, förträngning och oengagemang gentemot sjukdomen. Studien visade att personer med svårare fysiska och psykiska bieffekter tenderade att välja avoidance coping i större utsträckning än approach coping. Vid jämförelse med kontrollgruppen framkom inga signifikanta skillnader (Rutskej m fl, 2010).

DISKUSSION

Diskussionsdelen innefattar metod- och resultatdiskussion.

Metoddiskussion

En systematisk litteraturstudie kan skapa en överblick av existerande forskning inom ett valt ämne. Kunskapen som litteraturstudien kan frambringa kan vara värdefull för hälso- och sjukvårdspersonal ur omvårdnadssynpunkt liksom för studenter ur utbildningssynpunkt (Polit & Beck, 2006). Detta argument föranledde valet att utföra detta examensarbete som en litteraturstudie. Willman m fl (2006) rekommendationer underlättade för struktur under arbetets gång. Det sista steget, att formulera rekommendationer baserade på bevisens kvalitet, valdes bort p g a litteraturstudiens begränsade antal artiklar och omfattning.

Inklusions & exklusionskriterier

Eftersom författarna enbart behärskar svenska och engelska begränsades sökningarna till artiklar på engelska. Valet att inkludera människor i alla åldrar grundades på att begränsningsmöjligheten på Pubmed och Cinahl vad gäller ålder var *över eller under 19 år*. GCT kan debutera i unga åldrar (Socialstyrelsen, 2010) och således är även studier på 18-åringar intressanta. Angående tidsbegränsning var avsikten att enbart inkludera ny forskning varför publikationsåret initialt begränsades till år 2005 och framåt.

Databaser

Valet av databaser baserades på sannolikheten att finna för litteraturstudien passande resultat. Willman m fl (2006) beskriver Pubmed och Cinahl som mest omfattande inom det medicinska området. PsycInfo täcker psykiatri samt psykologi i relation till bl a medicin och omvårdnad (a a). Syftet, att utreda en psykologisk aspekt av ett medicinskt tillstånd, gjorde att litteratur av både medicinsk och psykologisk karaktär ansågs önskvärd.

Söktermer

Av tillgängliga Meshtermer för coping på Pubmed gav enbart termen "Adaptation, Psychological" samt fritextsökning på *coping* användbara resultat. Det motiverade användningen av *s k entry terms* och *key words* då dessa i framför allt Pubmed och PsycInfo gav flertalet relevanta träffar. Vid sökning på termen coping som Cinahl Heading, motsvarande Mesh på Cinahl, uppkom "Psychological Adaptation" samt ett flertal andra alternativ. "Psychological Adaptation" valdes som Heading då de övriga inte ansågs motsvara definitionen av coping enligt Lazarus och Folkman, (1984). Anledningen till fritextsökningen på PsycInfo grundade sig i att författarna upplevde en begränsning i förmågan att hantera databasen. Detta kan ses som en brist och bidragande orsak till att fler artiklar inte återfanns på PsycInfo. Det kan dock vara värt att notera att majoriteten av de sökningar i övriga databaser som gav valbara artiklar hade fritext och/eller keywords och entryterms som söktermer. Dessa återanvändes på PsycInfo. Valet att inte begränsa publikationsår på PsycInfo grundades på en önskan om maximalt antal träffar. Artiklarna kunde med enkelhet bearbetas då de presenterades kronologiskt i fallande ordning efter publikationsdatum.

Sökstrategi och resultat

Det omfattande antalet söktermer för PsycInfo låg till grund för beslutet att dela upp sökningen på denna databas. Sökningsarbetet på Pubmed försvårades av att

majoriteten av träffarna berörde forskning på behandlingsalternativ av GCT, biverkningar för patienten, screening, patientundervisning och att undersöka sig själv i förebyggande syfte. Detta kan ses som ett misslyckande i författarnas sökstrategi. Dessa artiklar exkluderades eftersom de inte berörde litteraturstudiens valda ämne. På PsycInfo filtrerades inte artiklar rörande coping och psykologiska aspekter av annan cancersjukdom bort, trots specifik sökning på "Testicular Cancer". Detta kan som tidigare nämnts även orsakats av författarnas begränsade kunskap om hur PsycInfo kan användas på bästa sätt. Problemet med att forskning på andra cancerformer presenterades återkom dock även på Pubmed och Cinahl men i betydligt mindre skala.

Intentionen med denna litteraturstudie var att endast inkludera ny forskning (publicerat tidigast 2005). Enbart tre relevanta artiklar påträffades när publicitetsåret begränsades från 2005, därför flyttades gränsen till år 2000. Denna åtgärd resulterade i sju användbara artiklar. Efter uttömmande sökning flyttades slutligen år för publicering till 1995 utan framgång. Författarna är medvetna om att val av söktermer och strategi kan vara bakomliggande orsak till att sökningsarbetet inte gav önskvärt utfall.

Willman m fl (2006) bekräftar att det är av vikt att undersöka maximalt antal databaser under givna förutsättningar. Detta tillsammans med en önskan om fler än tio artiklar föranledde sökningen på två av Cochrane bibliotekets databaser. The Cochrane Database of Systematic Reviews och Cochrane Control Trials Register valdes då de enligt Willman m fl (2006) refererar till litteraturstudier inom hälso-och sjukvård. De genomsöktes med syfte att finna användbara enskilda studier. LIBRIS och SWEMED refererar till material tillgängligt i Sverige och Norden. Vid granskning av titlar och abstract av tidigare funna studier på övriga databaser visade sig omfattande forskning inom GCT vara utförd i Norge, varför LIBRIS och SWEMED genomsöktes. Willman m fl (2006) beskriver ERIC som refererande till material berörande t ex "patientundervisning". Detta låg till grund för valet att söka i densamma även om databasen huvudsakligen omfattar pedagogisk litteratur.

Det otillfredsställande resultatet från sökningarna på övriga databaser gav inte utrymme att utesluta ERIC som möjlig källa. Värt att notera är att författarna inte hade någon tidigare erfarenhet av sökning på LIBRIS, SWEMED och ERIC vilket kan ha påverkat utfallet. Artiklar vars referenslistor granskades med syfte att finna användbara studier berörde exempelvis livskvalitet och andra psykologiska konsekvenser av sjukdomen. Trots begränsat sökresultat tvingades beslutet att avsluta sökningen efter 11 funna artiklar fram. Under arbetets gång uppmärksammades att en betydande mängd studier i ämnet coping och GCT utfördes på 1980-talet i jämförelse med 2000-talet. Denna litteraturstudies ringa sökresultat kan tolkas som en konsekvens av detta. Andra troliga orsaker kan vara författarnas otillräckliga kunskap om hur vissa databaser bör hanteras på bästa sätt.

Kvalitetsgranskning

Enligt Willman m fl (2006) får granskningen större tyngd om den genomförs av två personer oberoende av varandra, som sedan sammanför sina tolkningar. Vid jämförelse av granskningens resultat enligt protokollen framkom inga skillnader i författarnas bedömning. Protokollens respektive modifieringar för att passa en

tvärsnittstudie och två kohortstudier ansågs inte påverka deras resultat. Detta motiveras med att de frågor som strukits inte var relevanta för respektive studie och därmed inte hade kunnat besvaras. Således anpassades antal maxpoäng till varje protokoll och ansågs inte påverka beräkningen av graderingen. Majoriteten av artiklarna som hade grad II förlorade poäng vid bedömningen på grund av att det inte framkom huruvida det rörde datamättnad och analysmättnad samt om det genererades teori. Trots detta ansågs studierna generera ett användbart resultat.

Den bortvalda studien hade kvalitetsgrad III. Beslutet att exkludera den relaterades inte till graderingen utan togs vid tolkningen av artiklarnas resultat. Den ansågs inte vara användbar innehållsmässigt. Vetenskapligheten var god men resultatet ansågs inte brukbart i denna litteraturstudie. Detta berodde på att de i studien redovisade copingstrategierna inte definierades tydligt. Fokus låg på copingstrategiernas konsekvenser för patienten istället för att beskriva patientens valda metoder för att bemöta sin sjukdom. Denna artikel återfinns därför inte i Bilaga 4.

Bedömning av artiklarnas relevans

Kvalitativ forskning är en fördel i denna litteraturstudie eftersom fokus ligger på GCT-patienters upplevelser och erfarenheter av sjukdomen. Enligt Willman m fl (2006) är målet med kvalitativ metod att se helheten och uppnå förståelse. Underliggande mening och mönster kan studeras (Polit & Beck, 2006). Författarna valde därför att fokusera på innehållet i vad männen uttryckte i varje studie snarare än exakt hur många som uttryckte det. De kvalitativa studiernas resultat kompletterades med kvantitativ forskning. Vad männen beskrev i de kvalitativa studierna kunde de kvantitativa resultaten (Rutskij m fl, 2010; Saito m fl, 2004) stödja genom att visa tendenser. Syftet med kvantitativ metod är just att beskriva fenomen och effekter av något (Polit & Beck, 2006). Den integrerade studien (Sheppard & Wylie, 2001) bestod av både kvalitativa och kvantitativa data. Enbart den kvalitativa delens resultat ansågs vara användbart. Den kvantitativa delen visade patienternas upplevda problem men syftade till att mäta validiteten av forskarnas enkäter. Det bedömdes inte vara relevant för litteraturstudien och användes därför inte. Studien inkluderades trots detta då det kvalitativa materialet betraktades som värdefullt.

Antal deltagare i resultatets kvalitativa studier varierade från 7 - 45. Detta visade sig under arbetets gång inte påverka studiernas användbarhet. Vad studierna undersökte ansågs ha en större betydelse för resultatet och tolkningarna av bevisen. De två kvantitativa studierna (Rutskij m fl, 2010; Saito, m fl 2005) hade 1326 respektive 51 deltagare. Det höga antalet deltagare i Rutskij m fl (2010) studie sågs som en fördel tillsammans med faktumet att det är en prospektiv tvärsnittstudie. Detta ger ökad tillförlitlighet vilket understöds av Willman m fl (2006). Faktumet att den publicerades i mars 2010 och därmed visar nya fynd sågs även som en styrka. Studien av Saito m fl (2005) diskuteras nedan.

Två studier (Saito m fl, 2005), Seymour-Smith (2008) hade inte enbart GCT-patienter i sitt urval. Saito m fl (2005) hade totalt 51 deltagare. Av dessa hade 24 deltagare GCT, 19 hade lymfom och leukemi, och 8 hade ospecifika cancerformer. Det kan ses som en svaghet då urvalet inte är representativt för patienter med GCT. Saito m fl (2005) presenterade en copingstrategi som bekräftades av Gurevich m fl (2004). Detta tillsammans med faktumet att ca hälften av deltagarna i Saito m fl (2005) studie hade GCT bidrog till att artikeln

inkluderades. Studien av Seymor-Smith (2008) hade två patientgrupper i sitt urval: en grupp bestående av fyra män med GCT och en grupp bestående av sju kvinnor med bröstcancer. Grupperna redovisades separat i studien då syftet var att göra en jämförelse dem emellan. GCT-gruppens beskrivning av innebörden av att ingå i en självhjälpgrupp redovisades utförligt vilket motiverade valet att behålla studien. Det kan dock ses som en svaghet att huvudsyftet med Seymor-Smith (2008) studie var att jämföra kvinnor och män, inte att lyfta fram GCT-patienters upplevelser specifikt.

Författarnas upplevda svårigheter med att hitta artiklar som endast studerar GCT-patienter resulterade i att Saito m fl (2005) och Seymor-Smith (2008) fick ingå i resultatet. Detta var även anledningen till att inkludera studien av Sandén och Hydén (2002). Studiens deltagare var närmast anhöriga till GCT-patienterna, exempelvis deras hustru. De beskrev hur vardagslivet för dem och männen påverkats av sjukdomen. Motgångar, behov och copingstrategier framkom, men följdaktligen var inte männen den primära källan till information. Det är därför tveksamt om Sandén och Hydén (2002) studie kan anses vara trovärdig och relevant för detta arbete.

De tio studierna är utförda i fyra olika världsdelar. Hänsyn till detta togs vid tolkning av resultatet. Länder som är representerade är Sverige, Norge, England, Kanada, Japan och Australien. Majoriteten av männen upplevde samma problem och använde liknande metoder för att hantera dem oavsett vart i världen de befann sig. Det kan ses som en fördel i överförbarheten ur ett internationellt perspektiv. Likväl bör det noteras att det är för författarna oklart hur behandling och prognos för GCT ser ut internationellt, bortsett från Norge. Därmed kan vissa strategier som t ex att frysa ner spermier i Japan med svårighet jämföras med Sverige. Svenska patienter blir automatiskt erbjudna denna åtgärd (SWENOTECA, 2004), så verkar inte vara fallet i Japan enligt Saito m fl (2005) studie.

Valet att presentera den kvantitativa studien av Ruts kij m fl (2010) separat från de övriga studierna i resultatet motiverades av att den belyste och redovisade fenomenet bakom copingstrategierna. Försök att integrera dess resultat i litteraturstudiens två huvudteman misslyckades. Det berodde på att Ruts kij m fl (2010) studie inte tydligt visade vilka copingstrategier fenomenet bygger på. Tydliga exempel på vad konfronterande och undvikande copingstrategier innebär saknades. Eftersom samtliga teman i denna litteraturstudie ämnar spegla mönster som återfinns i studiernas resultat kan det anses vara en svaghet att bygga ett undertema enbart på en studie. Mönstrens trovärdighet underbyggs just av att de återkommer. Således borde Ruts kij m fl (2010) resultat bekräftas av fler studier innan den kan utgöra ett tema.

Resultatdiskussion

Resultatet diskuteras utifrån ett omvårdnadsperspektiv. Hur män med GCT hanterar sin sjukdom visar sig variera. Det finns likheter med hur personer med andra cancerformer bemöter sina sjukdomar, men även skillnader. Män med GCT upplever problem som kan vara specifikt knutna till t ex ålder och kön.

Upprätthålla ett normalt liv

Oro för omgivningens tankar får män med testikelcancer att försöka få vardagslivet att förefalla normalt för sig själva och omgivningen (Sandén & Hydén, 2002). Män med GCT tillhör en förhållandevis ung patientgrupp. Det är

därför tänkbart att omgivningens åsikt spelar en viktig roll för deras identitet och självkänsla. Genom att hålla omgivningen utanför är det möjligt att sjukdomen inte heller förs på tal och patienterna får därmed lättare att intala sig själva att allt är normalt. Strategin att försöka få vardagslivet att förefalla normalt kan jämföras med Oliffe m fl (2009) studie. En av två huvudsakliga strategier för män med prostatacancer var att leva ett normalt liv. De strävade efter att hantera ovissheten av att utveckla cancer men ville också precis som GCT- patienterna hålla omgivningen utanför. Både prostatacancer och GCT är cancerformer som påverkar genitalierna. Detta kan tänkas vara anledningen till att de båda grupperna vill hålla omgivningen utanför. Att ingen av sjukdomarna direkt drabbar synliga kroppsdelar kan anses underlätta för männen i att upprätthålla bilden av att allt är som vanligt. Om patientens behov är att dölja sina genitalier för att främja sin integritet så bör sjuksköterskan stödja patienten i detta. Orem (1995) bekräftar patientens egenvårdskapacitet och behov av att få bevara normaliteten.

Strävan efter normalitet kan även innebära en önskan att bli behandlad på samma sätt som innan sjukdomen (Chapple & Ziebland, 2004). Patienten beskriver hur viktigt det är att jargongen väner emellan fortgår för att han på så sätt känner sig mindre sjuk (a a). Att ingå i ett socialt sammanhang och därigenom få energi från väner och bekanta kan ses som en viktig yttre resurs för GCT-patienter. Socialstyrelsen (2005) bekräftar att främjandet av patientens resurser är en central del i sjuksköterskans omvårdnadsarbete. Humor och skämt kan användas i detta sammanhang och visar sig vara en återkommande strategi för att klara de situationer som sjukdomen innebär (Chapple & Ziebland, 2004). Humor kan betraktas som ett forum för att både släppa ut och dölja känslor. Det kan också förknippas med glädje och positiva känslor som ger GCT-patienterna energi, möjlighet att avleda tankar och skänker en känsla av normalitet.

Att forma nya livsmål beskrivs som en copingstrategi hos män med muncancer (Tsun-Wen m fl, 2009). Exakt vad dessa nya livsmål innebär för muncancerpatienterna framkommer inte i studien. För män med GCT visar det sig att nya livsmål är en strategi som kan fylla olika funktioner (Sandén & Hydén, 2002). Det kan innebära att uppfylla mål som fanns innan sjukdomen men även att skaffa barn (Sandén & Hydén, 2002; Kristjanson m fl, 2006). Genom att försöka skaffa barn uttrycker de att de kan de blicka framåt och leva normalt (Sandén & Hydén, 2002). Faktumet att sexuell dysfunktion som t ex infertilitet uppstår som bieffekt av behandling (Olsson, 1996) kan tänkas sättas i relation till denna upplevda barnönskan. Att få barn kan därför tänkas inge en känsla av att vara frisk. Likväl kan barn representera framtidstro, gemenskap med sin partner och att en del av en själv lever vidare trots sjukdomen. Männen uttrycker att de känner behov av att leva upp till ett maskulinitetsideal där fertilitet spelar en stor roll (Gurevich m fl, 2004). De befinner sig i en ålder där tanken på att skaffa barn kan vara norm. Det visar sig att vissa män införlivar denna norm genom att frysa ned spermier (Gurevich m fl, 2004; Saito m fl, 2004). Eftersom det visats sig vara framgångsrikt i hanteringen av sjukdomen så kan sjuksköterskan för att stärka patientens förmåga till egenvård upplysa de patienter som inte gjort detta om att det är möjligt att frysa ner spermier.

Problem relaterade till maskulinitet är återkommande i denna litteraturstudies resultat. Maskulinitet behöver inte alltid innebära att vara fertil, utan kan också tänkas symbolisera potens och virilitet. Sjuksköterskan kan vara behjälplig genom att stärka patientens självkänsla och på så sätt förstärka hans inre resurser.

Flertalet studier visar att cancerpatienter använder sig av positivt tänkande för att hantera framtidens ovisshet (Dunkel-Schetter m fl, 1992; Jagannathan m fl, 2009; Tsun-Wen m fl, 2009; Danhauer m fl, 2009). För män med GCT återkommer denna strategi, med målet att livet ska fortsätta som tidigare (Gurevich, 2004). Oavsett cancerform återkommer positivt tänkande som copingstrategi. Detta kan antas bero på att positivitet kan ge styrka att klara de svårigheter som sjukdomen medför. Då GCT - patienter oftast befinner sig i en aktiv period i livet kan positivt tänkande möjligen införliva hopp om att livet fortsätter. Deras medvetenhet om att prognosen för GCT är relativt god kan vara anledningen till att de väljer denna strategi. Sjuksköterskan kan uppmuntra denna egenskap hos patienten genom att exempelvis belysa det friska hos patienten. Denna omvårdnadsåtgärd intygas av Socialstyrelsen (2005) som en viktig del i sjuksköterskans stödjande funktion.

Aktiviteter av olika slag används av cancerpatienter som medel för distraktion (Zaza m fl, 2005) och bemästrande av sjukdom (Jagannathan m fl, 2009). Denna metod återkommer hos GCT - patienter men med syfte att känna sig frisk (Kristjanson m fl, 2006). Denna skillnad bör beaktas då det ingår i sjuksköterskans omvårdnadsarbete att urskilja och bedöma patientens resurser och förmåga till egenvård (Socialstyrelsen, 2005). Att vilja känna sig frisk kan tänkas innebära att vara som andra och att upprätthålla bilden av sig själv. Detta kan möjligtvis påverka deras val att aktivera sig.

Genom distansering ser bröst-, gastrointestinal- och cirkulatorisk/lymfkörtelcancerpatienter till att utomstående inte vet om deras diagnos (Dunkel-Schetter, 1992). Män med GCT önskar inte heller att omgivningen ska bli medveten om faktumet att de mist en testikel (Gurevich m fl, 2004). De undviker därför att berätta om vart canceren sitter (a a). Att cancers lokalisation inte är visuellt synlig kan tänkas vara anledning till att GCT-patienter verbalt kan dölja den för omgivningen. Dessa patienters egenvårdsbehov kan tänkas vara att bevara sin integritet. Enligt Dorothea Orem (Kirkevold, 2000) är omvårdnadens mål att hjälpa patienten att tillgodose sina egenvårdsbehov. Sjuksköterskans uppgift i mötet med dessa män kan därför tänkas vara att respektera deras önskemål om integritet. Patienter med övriga beskrivna cancerformer kan ha svårare att dölja dessa. Således kan det påverka deras val att istället distansera sig från omgivningen.

Kvinnor med bröstcancer som utfört mastektomi beskriver hur de återskapar sin förlorade femininitet, sexualitet och normalitet genom bröstimplantat (Cromptvoets, 2006). GCT-patienter upplever likväl att de förlorat sin maskulinitet genom testikelamputationen. Detta faktum liksom en önskan att se normal ut leder till att de väljer att ha protes (Sheppard & Wylie, 2001; Chapple & McPherson, 2004). Männens behov att kompensera för sin amputerade kroppsdel kan böttna i en förlorad självbild. Sjuksköterskans funktion kan vara att hjälpa GCT - patienterna att stärka sin självbild genom att fokusera på det friska, faktumet att de är unga och att sjukdomen har en god prognos. Den förlorade självbilden kan tänkas vara könsneutral, d v s kan tänkas vara relaterad till faktumet att patienten mist en del av sig själv. Således måste det inte vara förknippat med att det är en testikel som gått förlorad. Samtidigt skulle faktumet att det är just en testikel som saknas tänkas bidra till en kroppsmedvetenhet. Kvinnorna i Cromptvoets (2006) studie beskriver att de förlorat sin femininitet och sexualitet vid mastektomin. Vid en jämförelse mellan dessa kvinnor och männen med GCT kan det tänkas att det är just vilken kroppsdel som amputerats som avgör kroppsmedvetenheten. Denna

medvetenhet kan betraktas påverka dessa patienters val att ersätta kroppsdelen med ett implantat eller en protes. Patienterna uttrycker således ett egenvårdsbehov som innebär att bevara normaliteten. De förefaller veta vad de behöver för att känna hälsa och välbefinnande. Sjuksköterskans uppgift i mötet med dessa patienter kan vara att stödja och vägleda dem i deras val att ha eller att få testikelprotes.

Förhålla sig till omgivningen

Patienter med bröst-, gastrointestinal-, cirkulatorisk/lymfkörtelcancer och ospecificerade cancerformer beskriver hur de söker socialt stöd för att distrahera sig från och hantera sjukdomen (Dunkel-Schetter m fl, 1992; Zaza m fl, 2005; Danhauer m fl 2009). Män med GCT uttrycker likaså hur familj, vänner och kollegor fyller en viktig funktion för bearbetningen av sjukdomen (Kristjanson m fl, 2006). Männerna kontaktar själva människor i sin närhet, där de uppger att hälso- och sjukvårdspersonal ingår, för att få stöd (a a). Det kan tolkas som att sjuksköterskans stödjande roll är särskilt viktig för GCT-patienters förmåga till egenvård. Att de själva aktivt söker stöd kan tolkas som att de vill ta ansvar för sin situation. Detta kan vidare vara relaterat till att de oftast är i en arbetsför ålder och därmed kan vara vana vid självständighet. Denna egenvårdskapacitet bör uppmuntras av sjuksköterskan (Orem, 1995). Beteendet att patienten tar egna initiativ till kontakt med omgivningen kan ses som en inre resurs och bör således främjas.

Att befinna sig i en stadig relation och känna sig älskad ger vissa män kraft att handskas med situationen (Sheppard & Wylie, 2001). Dessa män var i en relation när de insjuknade. Det är således inte en copingmetod som de aktivt väljer. Likväl är det en faktor som enligt männen själva varit avgörande för hur de hanterat sjukdomen (a a). Om patienten är i en relation eller inte, är en omständighet som sjuksköterskan inte kan påverka. Däremot är kunskapen om omgivningens betydelse för patienten av vikt i sammanhanget. Omgivningen kan ses som en yttre resurs som sjuksköterskan bör uppmuntra patienten att ta tillvara. Att ha en partner kan räknas som en för GCT-patienter betydelsefull copingstrategi. Möjligtvis kan detta delvis grunda sig i den stödjande funktion partnern kan ha i sjukdomens alla avseenden. Delvis kan det även bero på att partnern varit med från sjukdomens början. Således känner partnern till mannens förlorade testikel och eventuella sexuella dysfunktion. Detta skulle kunna innebära en lättnad för patienten då han därmed slipper oron för och obehaget i att bli ifrågasatt vid intima situationer.

Att erhålla kunskap om en hälsosam livsstil används som copingstrategi av patienter med muncancer (Tsun-Wen m fl, 2009). Patienter med cancer i huvud/nacke bemästrar sitt sjukdomstillstånd genom att förlita sig på läkarens kunskaper (Jagannathan m fl, 2009). Detta kan likställas med GCT - patienter som beskriver hur de söker kunskap från omgivningen om sin sjukdom för att få kontroll och känna trygghet. Att förvärva kunskap kan anses vara ett egenvårdsbehov som patienten vill uppfylla för hälsa och välbefinnande. Det hör till sjuksköterskans uppgift att undervisa och bidra till patientens utveckling (Orem, 1995). Kunskapen kan tänkas avdramatisera en för patienten skrämmande sjukdom. Den relativt goda prognosen för överlevnad (SWENOTECA, 2009) kan därmed förtydligas för patienten och eventuellt stilla dennes oro. Hälsa – och sjukvårdspersonalen fyller med sin kompetens en särskilt viktig funktion i detta sammanhang (Kristjanson m fl, 2006). GCT - patienter kan uppfattas

kunskapsförståelse vilket bör uppmärksammas av sjuksköterskan. Det kan ses som en positiv egenskap i patientens väg till autonomi.

Patienterna kan använda sin kunskap i olika sociala sammanhang för att undervisa och påverka sin omgivning (Seymour-Smith, 2008; Chapple & Ziebland, 2004; Kristjanson m fl, 2006). Därmed bekräftas hur viktig omgivningen kan vara för män med GCT. Kunskapen används inte i syfte att modifiera sin livsstil vilket skiljer dem från patienter med prostata- eller muncancer (Olliffe m fl, 2009; Tsun-Wen m fl, 2009). Denna olikhet kan tänkas bero på den relativt goda prognosen för överlevnad hos GCT-patienter. Genom att förmedla denna kunskap kan omgivningens eventuella oro stillas. Denna oro kan annars tänkas påverka patienterna negativt genom att t ex förbruka deras energi eller släcka deras hopp. Sjuksköterskan kan vara behjälplig med att informera anhöriga om sjukdomen och på så sätt avlasta patienten från detta ansvar. Omgivningens ökade kunskap kan även bidra till att den återfår den stödjande funktion som patienten uttrycker behov av. Samtidigt är en av sjuksköterskans viktigaste funktioner att bistå patienten med information och stöd vilket Socialstyrelsen (2005) bekräftar. Omgivningen spelar en återkommande roll i patienternas copingförmåga. Det kan möjligen vara en anledning till att de fokuserar på hur omgivningen förhåller sig till dem istället för att t ex ändra sin livsstil.

Strategin att avskärma sig används av både GCT - patienter och patienter med bröst-, gastrointestinal eller cirkulatorisk/lymfkörtelcancer (Sandén m fl, 2000; Kristjanson m fl, 2006; Dunkel-Schetter m fl, 1992; Danhauer m fl, 2009). Bortsett från maskulinitetsidealet anser samtliga GCT - patienter att cancers lokalisation är orsaken till att de inte berättar för någon om sjukdomen (Sandén m fl, 2000; Kristjanson m fl, 2006). Hos kvinnor med bröstcancer (Danhauer m fl, 2009; Dunkel-Schetter m fl, 1992) framkommer inte orsaken till att de väljer att hålla känslorna för sig själva. Det är dock tänkbart att det även här handlar om cancers lokalisation. Genom att isolera sig kan män med GCT tänkas undvika den genans de eventuellt kan känna i samband med cancers lokalisation. Sjuksköterskan har enligt Socialstyrelsen (2005) ansvar att bedöma patientens resurser och förmåga till egenvård. Vissa män väljer att isolera sig medan andra väljer att vända sig till omgivningen. Det är en omständighet som sjuksköterskan bör beakta för att kunna tillgodose patientens behov av omvårdnad.

Det har tidigare i resultatdiskussionen bekräftats att omgivningens åsikter och förhållningssätt kan vara avgörande för dessa patienters förmåga att hantera sjukdomen. Det kan också vara en orsak till att de väljer att dra sig undan. Det kan tänkas vara betydelsefullt för sjuksköterskan att veta vilken relation patienten har till omgivningen och om han möjligtvis behöver stöd i mötet med denna.

Konfrontation vs. Passivitet

GCT-patienters tendens att välja en undvikande copingmetod visar sig vara relaterad till svårare fysiska och psykiska bieffekter (Rutskij m fl, 2010). Majoriteten av patienterna i studien väljer att konfrontera sjukdomen. Vid en jämförelse med patienter som har t ex bröst, gastrointestinal eller cirkulatorisk/lymfkörtelcancer (Dunkel-Schetter m fl, 1992) kan det tänkas att GCT-patienter har lättare att bemöta sjukdomen. Det kan bero på att GCT har en bra behandlingsmöjlighet och god prognos för överlevnad. Patienterna med de övriga cancerformerna tenderar att istället distansera sig och undvika/fly (Dunkel-Schetter m fl, 1992). Det kan vara nyttigt för sjuksköterskan att känna till att ju

svårare fysiska och psykiska bieffekter GCT - patienterna har desto mer tenderar de att dra sig undan. Dessa patienter kan tänkas behöva mer stöd i sjukdomen än de som har mildare bieffekter.

Faktumet att GCT - patienter känner att de måste leva upp till maskulinitetsideal kan tolkas som en psykosocial bieffekt av sjukdomen. Detta problem framkom inte vid bakgrundsarbetet till denna litteraturstudie. Det kan därmed betraktas som ett bifynd.

SLUTSATS

Männen hanterar sin sjukdom genom att på olika sätt aktivt försöka upprätthålla normaliteten i vardagen, för sig själva och för sin omgivning. GCT-patienter är en relativt ung patientgrupp och för flera av dem visar sig omgivningens åsikter ha stor betydelse. Tankar och känslor som berör maskulinitet och självbild är ett problem som de flesta av dem känner behov av att hantera. De är generellt positivt tänkade individer som tar eget initiativ till egenvård.

Sjuksköterskan kan ha en betydande roll för GCT - patienters copingförmåga. Genom att hjälpa dem att fokusera på det friska kan deras egenvårdskapacitet utvecklas, vilket kan underlätta för dem att återgå till livet som det var innan sjukdomen. Undervisning om möjligheter som testikelprotes och nedfrysning av spermier kan bidra till minskad oro kring förändrad anatomi, maskulinitetsnorm och infertilitet. Därmed kan patientens självkänsla stärkas. Genom att få veta hur patienten förhåller sig till omgivningen kan sjuksköterskan avlasta patienten från den börda det kan innebära att informera anhöriga, alternativt utgöra det psykosociala stöd som patienten eventuellt upplever att han inte kan få från omgivningen. För de patienter där omgivningen fyller en stödjande funktion kan sjuksköterskan uppmuntra kontakt med vänner och familj. Genom att ta reda på hur patientens liv var innan sjukdomen kan sjuksköterskan hjälpa patienten att formulera nya mål som kan ta fokus från sjukdomen och stilla eventuell oro för framtiden. Sjuksköterskan kan även uppmuntra patienten att återuppta aktiviteter och hobbies som han tidigare ägnat sig åt för att på så vis få honom att känna sig friskare. Kunskap om sjukdomens prognos och behandling kan bidra till att patienten känner att han har kontroll över sjukdomen och främjar på så sätt hans autonomi.

REFERENSER

Axelsson, Å (2008) Litteraturstudie. I: Granskär M & Höglund-Nielsen B (Red) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso-och sjukvård*. Ungern: Författarna och Studentlitteratur.

Brydöy, M m fl (2009) Observational study of prevalence of long-term raynaud-like phenomena and neurological side effects in testicular cancer survivors. *Journal of the national cancer institute*, 101(24), 1682-1695.

Chapple, A & McPherson, A (2004) The decision to have a prosthesis: a qualitative study of men with testicular cancer. *Psycho-oncology*, 13, 654-664.

Chapple, A & Ziebland, S (2004) The Role of Humor for Men with Testicular Cancer. *Qualitative Health Research*, 14, 1123-1138.

Cromptvoets, S (2005) Comfort, Control, or Conformity: Women Who Choose Breast Reconstruction Following Mastectomy. *Health care for women international*, 27:75-93.

Danhauer, S C m fl (2009) A longitudinal investigation of coping strategies and quality of life among younger women with breast cancer. *Journal of behavioural medicine*, 32, 371-379.

Dunkel-Schetter, C m fl (1992) Patterns of coping with cancer. *Health Psychology*, 11 (2), 79-87.

Fegg, MJ m fl (2003) Subjective quality of life and sexual functioning after germ-cell tumour therapy. *British Journal of Cancer*, 89, 2202-2206.

Folkman, S & Lazarus, R S (1980) An analysis of coping in a middle – aged community sample. *Journal of health and social behavior*, 21, 219 – 239.

Fosså, S m fl (2003) Fatigue, anxiety, and depression in long-term survivors of testicular cancer. *Journal of clinical oncology*, 21(7), 1249-1254.

Gurevich, M m fl (2004) (Dis)embodying gender and sexuality in testicular cancer. *Social Science & Medicine* 58, 1598-1607.

Hallert, C m fl (2003) Perceptions of health-related quality of life of men and women living with coeliac disease. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 17, 301–307.

Huh Shinn, E m fl (2007) Health behaviours and depressive symptoms in testicular cancer survivors. *Adult Urology*, 69(4), 748-753.

Jagannathan, A m fl (2009) Life after cancer in India: Coping with side effects and cancer pain. *Journal of Psychosocial Oncology*, 27, 344-360.

- Janker-Pool, G m fl (1997) Sexual functioning after treatment for testicular cancer: Comparison of treatment modalities. *Cancer*, 80(3), 454-464.
- Kirkevold, M (2000) *Omvårdnadsteorier: analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur.
- Kristjanson, L J m fl (2006) The impact and responses of men who have experienced testicular cancer. *The Australian Journal of Cancer Nursing*, 7 (1), 10-17.
- Lazarus, R S & Folkman, S (1984) *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- MacBride, S K & Whyte, F (1999) Attendance at cancer follow-up clinic: Does it increase anxiety or provide reassurance for men successfully treated for testicular cancer? *Cancer Nursing*, 22 (6), 448-455.
- MacDonald, B P (2001) Identity Processing in Young Men with Testicular Cancer (Dissertation). University of Calgary: Department of applied psychology.
- Oliffe, J L m fl (2009) The self-management of uncertainty among men undertaking active surveillance for low-risk prostate cancer. *Qualitative health research*, 19(4), 432-443.
- Olsson, H (1996) *Tumörsjukdomar*. Lund: Studentlitteratur.
- Orem, D (1995) *Nursing: Concepts of Practice*. St. Louis: Mosby-Year Book, Inc.
- Palomar Lever, J (2008) Poverty, Stressful Life Events, and Coping Strategies *The Spanish Journal of Psychology*, 11 (1), 228-249
- Polit, D F & Beck, C T (2006) *Essentials of Nursing Research; Methods, Appraisal and Utilization*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Puotiniemi, T m fl (2001) Factors associated with the coping of parents with a child in psychiatric inpatient care. *International Journal of Nursing Practice*, 7, 298-305
- Rutskij, R m fl (2010) A study of coping in long-term testicular cancer survivors. *Psychology, Health & Medicine*, 15 (2) 146-158.
- Saito, K m fl (2005) Sperm Cryopreservation before Cancer Chemotherapy Helps in the Emotional Battle against Cancer. *American Cancer Society*, 104 (3) 521-524.
- Sandén, I m fl (2000) An interview Study of Men Discovering Testicular Cancer. *Cancer Nursing*, 22 (4).
- Sandén, I & Hydén, L-C (2002) How Everyday Life Is Affected: An Interview Study of Relatives of Men Suffering from Testicular Cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 20 (2)27-43.
- Sardiwalla, N m fl (2007) The role of stressors and coping strategies in the burnout experienced by hospice workers. *Cancer Nursing*, 30 (6)

- Seymour-Smith, S (2008) 'Blokes Don't Like That Sort of Thing': Men's Negotiation of a 'Troubled' Self-help Group Identity. *Journal of Health Psychology, 13*, 784-796.
- Sheppard, C & Wylie, R K (2001) An assessment of sexual difficulties in men after treatment for testicular cancer. *Sexual and Relationship Therapy, 16 (1)*, 47-58.
- Skaali, T m fl (2008) Fear of recurrence in long-term testicular cancer survivors. *Journal of Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer; 18 (6)* 580-588.
- Socialstyrelsen (2005) Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. *Rekommendation*. (Artikelnr: 2005-105-1)
- Socialstyrelsen (2008) Ålderstandardiserad incidens per 100 000 enligt FoB 70. Ålder: 0 – 85+. Diagnos: 178 Testikel. Oavsett tumörtyp. *Statistik. Cancerregister hos socialstyrelsen, förordningen om 2001:709*
- Socialstyrelsen (2010) Cancerregistret - Socialstyrelsens statistikdatabaser ><http://192.137.163.40/epcfs/index.asp?modul=can>< 2010-05-21
- SWENOTECA (2004) *A cancer care program. Non-seminomatous germ cell testicular cancer (NSGCT). Clinical Stage I (CSI)*, pdf
- SWENOTECA (2007) *Testicular Seminoma. Clinical Stage I - surveillance and treatment. Clinical Stage IIA – radiotherapy. Advanced and relapsed disease*, pdf
- SWENOTECA (2009) *Ansökan om anslag för Nationella Kvalitetsregistret 2010*, pdf
- Tsun-Wen, H m fl (2009) A qualitative study of the experience of oral cancer among taiwanese men. *International journal of nursing practice, 15*, 326-333.
- Willman, A m fl (2006) *Evidensbaserad Omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Zaza, C m fl (2005) Coping with cancer: what do patients do? *Journal of Psychosocial Oncology, 23 (1)*, 55-70.

BILAGOR

Bilaga 1: Matris över artiklar

Bilaga 2: Protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvantitativ metod

Bilaga 3: Protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvantitativ metod

Bilaga 4: Protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod

Bilaga 1. Matris över artiklar

Författare, land, år	Titel	Syfte	Metod	Urval	Resultat	Kvalitetsgrad & andel poäng i procent (%) enligt Willman, m fl (2006).
Rutskj, R m fl, Norge, 2010	“A study of coping in long-term testicular cancer survivors.”	1. Undersöka konfronterande och undvikande coping hos överlevare av GCT efter att de svarat på BACQ (Brief approach /avoidance coping questionnaire) 2. Undersöka skillnad i psykisk och somatisk sjuklighet 3. Undersöka korrelation mellan BACQ och andra psykoonkologiska mätinstrument. 4. Undersöka de variabler som har ett signifikant samband med konfronterande och undvikande coping 5. Undersöka om GCT patienter använder mer konfronterande coping än	Kvantitativ, fall – kontrollundersökning och tvärsnittsstudie. Patienter behandlade för GCT identifierades genom cancerregistret i Norge. Kontrollgruppen rekryterades av The Gallup Institute of Norway genom randomiserade telefonsamtal.	Patientgrupp: 1326 män mellan 18-75 år som tidigare diagnostiserats för GCT men som vid tiden för undersökningen saknade tecken på sjukdom . Normgrupp: 566 slumpmässigt utvalda män mellan 19 - 65 år.	1. GCT-patienter använder konfronterande coping oftare är undvikande coping. 2. BACQ är ett pålitligt mätinstrument. 3. BACQ kompletterar andra psyko-onkologiska mätinstrument eftersom det inte är likadant. 4. Undvikande coping korrelerar med somatisk och psykisk samsjuklighet. 5. GCT-patienter använder undvikande coping i samma utsträckning som kontrollgruppen.	Grad I (92 %)

Examensarbete i omvårdnad
Nivå 61 -90 p
Sjuksköterskeprogrammet
Juni 2010

Malmö högskola
Hälsa och samhälle
205 06 Malmö

Författare, land, år	Titel	NORM-gruppen. Syfte	Metod	Urval	Resultat	Kvalitetsgrad & andel poäng i procent (%) enligt Willman, m fl (2006).
Chapple, A & Ziebland, S England, 2004	“The role of humor for men with testicular cancer.”	Undersöka användandet av humor i samband med GCT. Att ytterligare beskriva huruvida humor brukas i ett socialt sammanhang, mellan två personer eller individuellt.	Kvalitativ studie. Semistrukturerade intervjuer. Intervjun var indelad i två sektioner, en narrativ och en semistrukturerad.	45 vita män under 60 år med diagnostiserad GCT.	Män med GCT använder humor för att handskas med GCT, trots att det inte alltid uppskattas av omgivningen. Humor används också för att tona ner allvaret då de vet att prognosen är god och för att ge uttryck för den lättnad de kände när de själva insåg att de förmodligen inte skulle dö av sjukdomen.	Grad I (80 %)
Sandén, I & Hydén, L-C Sverige, 2002	”How Everyday Life Is Affected: An Interview Study of Relatives of Men Suffering from Testicular Cancer.”	Att beskriva GCT-patienters anhörigas erfarenheter av hur sjukdomen och behandlingen påverkade familjens liv, dagliga rutiner, framtidsstro och huruvida relationer och närhet utvecklades under sjukdomens förlopp.	Kvalitativ studie. Semistrukturerade intervjuer. Anhöriga till 25 GCT-patienter bjöds in att delta i studien.	2 pappor, 3 mammor och 5 fruar till män som har eller har haft GCT.	Resultatet bestod av fyra huvudteman: sjukdomen och dess förlopp, normalisering, långsiktiga konsekvenser av sjukdomen och det sociala nätverket. Resultatet visade att släktingar till män med GCT lever i en känslig situation kännetecknad av social isolering.	Grad II (73 %)

Författare, land, år	Titel	Syfte	Metod	Urval	Resultat	Kvalitetsgrad & andel poäng i procent (%) enligt Willman, m fl (2006).
Kristjanson L J m fl, Australien, 2003	"The impact and responses of men who have experienced testicular cancer."	Att beskriva GCT-patienters upplevelser av sjukdomen i dess olika stadier. Att identifiera GCT-patienters behov av stöd samt att identifiera de strategier männen upplever nyttiga för att hantera upplevelsen av sjukdomen.	Kvalitativ studie. Semistrukturerade intervjuer.	32 män med GCT över 16 år som var i ett tidigt skede av behandlingen, precis avslutat behandlingen, hade minskande antal återbesök eller betraktades som överlevare.	Män med GCT är oförberedda på diagnosen. De behöver stöd och besked bör ges på ett bra sätt. Män behöver samtal och stöd även om de inte visar det. Ämnen som sexualitet, infertilitet och överlevnad bör tas upp av hälso- och sjukvårdspersonal. Personalens tonfall och kommunikationsätt är viktigt i mötet med patienter med GCT.	Grad II (73 %)
Seymour-Smith, S, Engand, 2008	"Blokkes Don't Like That Sort of Thing: Men's Negotiation of a Troubled Self-help Group Identity."	Att undersöka skillnaden mellan hur GCT patienter och bröstcancerpatienter upplever sin identitet när de deltar i självhjälpgrupper.	Kvalitativ studie. Semistrukturerade intervjuer. Självhjälpgrupper med GCT-patienter och bröstcancerpatienter kontaktades.	Fyra män med GCT, mellan 26 – 31 år. Sju kvinnor med bröstcancer, mellan 33-64 år.	För män fyller att delta självhjälpgrupper en viss funktion men det kan leda till eventuella identitetsproblem som ofta knutna till maskulinitet. Kvinnor ser självhjälpgrupper som en möjlighet att få hjälp och deltar gärna i dem.	Grad II (73 %)

Författare, land, år	Titel	Syfte	Metod	Urval	Resultat	Kvalitetsgrad & andel poäng i procent (%) enligt Willman, m fl (2006).
Sandén, I, m fl, Sverige, 2000	”An Interview Study of Men Discovering Testicular Cancer.”	Att beskriva hur män med GCT upptäcker sin cancer, reagerar på fysiska förändringar och handlar därefter.	Kvalitativ studie. Semistrukturerade intervjuer på tre olika onkologiska kliniker i Sverige.	21 män mellan 20 – 49 år som hade genomgått operation för GCT.	Efter insjuknande tog det tid innan männen kom fram till eller ville inse att de borde bli undersökta. Männen sökte hjälp först när komplikationerna av sjukdomen började påverka funktionerna i det dagliga livet.	Grad II (73 %)
Sheppard, C & Wylie, K England, 2001	“An assessment of sexual difficulties in men after treatment for testicular cancer.”	Att undersöka sexuella svårigheter hos män med GCT. Undersöka tillförlitligheten av två enkäter angående männens sexuella tillfredsställelse och fysiska och psykologiska status.	Integrativ studie (en kvantitativ och en kvalitativ del). Frågeformulär och för utvalda deltagare; semistrukturerade intervjuer.	27 män med GCT mellan 18-40 år, som vid rekryteringen var i ett stabilt heterosexuellt förhållande.	Det finns ingen signifikant sexuell dysfunktion hos GCT patienterna. Detta beror inte på felaktiga frågeformulär. Intervjuerna visar attityder kring kroppen, relationer & sexliv som enkäterna inte fångar upp. Att vara i en relation hjälper patienterna att hantera sitt nya utseende och sexuella dysfunktion.	Grad II (66 %)

Författare, land, år	Titel	Syfte	Metod	Urval	Resultat	Kvalitetsgrad & andel poäng i procent (%) enligt Willman, m fl (2006).
Saito, K, m fl, Japan, 2005	“Sperm Cryopreservation before Cancer Chemotherapy Helps in the Emotional Battle against Cancer.”	Att undersöka om nedfrysning av spermier före cytostatikabehandling hjälper patienter med GCT, leukemi, malignt lymfom och andra cancerformer i deras emotionella kamp mot cancer.	Kvantitativ enkätstudie. Forskarna fryste ned 111 patienters spermier gratis. 2 år senare besvarade 51 cancerpatienter (24 GCT patienter) på en enkät.	51 manliga cancerpatienter med en snittålder på 30,1 år, som hade blivit erbjudna att frysa ned spermier innan kemoterapi.	Alla patienter i studien tyckte att nedfrysningen av spermier hjälpte dem i kampen mot cancer. Att frysa ned spermier förhindrade inte oron över infertilitet. Samtliga patienter ville ha barn och om möjligt utan att använda frysta spermier.	Grad II (70 %)
Gurevich, M m fl, Kanada, 2004	”Disembodiment of gender and sexuality in testicular cancer.”	Att utforska hur män omprövar frågor om sexualitet och genus efter diagnos av GCT.	Kvalitativ studie. Semistrukturerade intervjuer.	40 män mellan 17 – 62 år, diagnostiserade med GCT rekryterades från en GCT-klinik.	Män beskriver GCT som antingen hämmande eller stärkande för deras maskulinitet och sexualitet. Kopplingen mellan anatomi och maskulinitet blir samtidigt både bekräftad och förkastad. En diskurs om osäker maskulinitet tydliggörs i analysen av intervjuerna.	Grad II (73 %)

Författare, land, år	Titel	Syfte	Metod	Urval	Resultat	Kvalitetsgrad & andel poäng i procent (%) enligt Willman, m fl (2006).
Chapple, A & McPherson, A England, 2003	“The decision to have a prosthesis: a qualitative study of men with testicular cancer.”	Att försöka förstå varför vissa män med GCT väljer att ha testikelprotes medan andra inte väljer det. Samt att utforska i vilken utsträckning männen blir erbjudna valet att ha protes eller inte.	Kvalitativ studie. Semistrukturerade intervjuer. Intervjuerna var narrativa men männen uppmunrades att tydliggöra specifika problem.	45 män diagnostiserade med GCT valda från "The Databas of personal experiences of health and illness". Maximal variation eftersträvades för att inkludera skilda åldrar och sociala bakgrunder.	De som valde att inte ha protes gjorde så av följande anledningar; Förlusten av testikeln märks inte och påverkar inte självbilden, det är inte ett långsiktigt hot mot maskuliniteten, att leva med en testikel var bekvämt, oro över mer kirurgi. De som valde att ha protes gjorde så av följande anledningar; Oro över självbild, upplevelse att maskuliniteten var hotad, vilja att se normal ut och en önskan att hålla testikelamputationen hemlig. En del av männen tyckte att beslutet hade tagits för snabbt. Somliga tyckte att de borde fått information om protes innan operationen eller så tyckte de informationen de fått var otillräcklig.	Grad II (73 %)

Efter Willman m fl (2006) med modifiering av författarna.

Bilaga 3: Protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvantitativ metod

Beskrivning av studien:

Forskningsmetod			
Patientkaraktistika	Antal.....			
	Ålder.....			
	Man/kvinna.....			
Kriterier för exkludering	Adekvata exklusioner?	Ja	Nej	
Vad avsåg studien att studera?			
Dess primära resp. sekundära effektmått			
			
Urvalsförfarandet beskrivet?	Ja	Nej	Vet ej	
Representativt urval?	Ja	Nej	Vet ej	
Randomiseringsförfarande beskrivet?	Ja	Nej	Vet ej	
Likvärdiga grupper vid start?	Ja	Nej	Vet ej	
Analysrande i den grupp som de randomiserades till?	Ja	Nej	Vet ej	

Bortfall:

Bortfallsanalysen beskriven?	Ja	Nej	
Bortfallsstorleken beskriven?	Ja	Nej	
Adekvat statistisk metod?	Ja	Nej	
Etiskt resonemang?	Ja	Nej	

Hur tillförlitliga är resultatet:

Är instrumenten valida?	Ja	Nej
Är instrumenten reliabla?	Ja	Nej
Är resultatet generaliserbart?	Ja	Nej

Huvudfynd (Hur stor var effekten? Hur beräknades effekten? NNT, konfidensintervall, statistisk signifikans, klinisk signifikans, power-beräkning)

Sammanfattande bedömning av kvalitet

Bra Medel Dålig

Kommentar
Granskare sign:

