

**Kandidatnummer: 1518**

**BSYBAC\_6**

## **Bacheloroppgave i Sykepleie**

«Sexpraten» - like viktig for kvinner med brystkreft som for tenåringer



---

Universitetet  
i Stavanger

**Det helsevitenskapelige fakultet**

**Bachelor i Sykepleie**

*[Stavanger, 02.01.24]*

*Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet*

## **SAMMENDRAG**

### *Bakgrunn*

Brystkreft er en av de vanligste formene for kreft i verden. Sykdommen og behandlingen byr på flere utfordringer for kroppen, både fysisk og psykisk. Seksualitet er et av områdene hvor utfordringene kan være kompliserte. Seksuell helse kan være intimt, tabubelagt og vanskelig å snakke om; både for pasienten og sykepleier. Det er flere grunner for hvorfor seksualitet er dagsaktuelt og et viktig tema å belyse.

### *Hensikt*

Hensikten med denne oppgaven er å kartlegge hvordan kvinner som gjennomgår brystkreftbehandling opplever informasjonsbehovet sitt bli ivaretatt, samt presentere hvilke barrierer sykepleier støter på for å møte dette informasjonsbehovet.

### *Metode*

En integrativ litteraturstudie hvor fem vitenskapelige artikler har blitt analysert. Resultater av både kvalitative og kvantitative artikler, teoretisk kunnskap og erfaring er anvendt for å besvare oppgaven.

### *Resultat*

60-80% av brystkreftpasientene oppgir å ha seksuelle problemer relatert til behandling, og en like stor andel opplever at ens informasjonsbehov ikke blir møtt. Samtidig, erkjenner sykepleiere at seksualitet er et viktig tema som må snakkes om, men møter på ulike barrierer som fører til at seksuell helse kommer i skyggen av andre grunnleggende behov. Barrierer sykepleiere møter på er blant annet manglende kunnskaper, samt 48% oppgir at mangel på tid er en barriere.

Nøkkelord: brystkreft, brystkreftpasient, sykepleier, sykepleieperspektiv, barrierer, seksualitet, seksuell helse, informasjon og kommunikasjon

## INNHold

<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>1</b>
<b>1.0 INNLEDNING</b> .....	<b>4</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	4
1.2 Presentasjon av problemformulering .....	4
1.4 Tidligere forskning og litteratur .....	5
<b>2.0 TEORI</b> .....	<b>6</b>
2.1 Brystkreft .....	6
2.1.1 Hva er brystkreft og dens behandling? .....	6
2.2 Seksualitet og seksuell helse .....	6
2.2.1 Hva er seksualitet og seksuell helse? .....	6
2.2.2 Seksuelle utfordringer .....	7
2.3 Kommunikasjon og kommunikasjonsverktøy .....	7
2.3.1 Kommunikasjon .....	7
2.3.2 PLISSIT-modellen som kommunikasjonsverktøy .....	8
2.4 Katie Erikssons omsorg- og lidelsesbegrep .....	9
2.6.1 Lidelse .....	9
2.5 Sykepleiers plikter .....	10
2.6 Pasientens rett til informasjon .....	11
<b>3.0 METODE</b> .....	<b>12</b>
3.1 Valg av metode .....	12
3.2 Søkeprosess .....	12
3.2.1. Valg av database .....	12
3.2.2. Valg av søkeord og -kombinasjoner, og søketeknikker .....	13
3.2.4. Valg av artikler .....	13
3.3. Analyse .....	15
<b>4.0 RESULTAT</b> .....	<b>17</b>
4.1 Pasientens informasjonsbehov .....	17
4.1.1 Udekket informasjonsbehov om utfordringer knyttet til seksualitet .....	17
4.1.2 Foretrukket tidspunkt .....	17
4.1.3 Foretrukket informasjonsform- og kanal, og samtalepartner .....	18
4.2 Sykepleiers barrierer .....	18
4.2.1 Sykepleiers holdninger og usikkerhet .....	18

## Kandidatnummer: 1518

4.2.2 Manglende ferdigheter og kompetanse .....	19
4.2.3 Tidsbarriere og miljø .....	19
<b>5.0 DISKUSJON .....</b>	<b>21</b>
5.1 Metodediskusjon.....	21
5.1.1 Integrativ litteraturoversikt som metode – kvalitativ og kvantitativ metode.....	21
5.1.2 Valg av artikler.....	21
5.1.2.1 Forskernes bakgrunn og etiske forhold.....	22
5.1.2.2 Artiklenes informanter og geografisk lokalisering.....	22
5.2 Resultatdiskusjon.....	24
<b>6.0 KONKLUSJON OG ANVENDELSE I PRAKSIS .....</b>	<b>27</b>
<b>7.0 REFERANSER.....</b>	<b>28</b>
<b>VEDLEGG .....</b>	<b>31</b>
Vedlegg 1. Oversikt over søkeprosess.....	31
Vedlegg 2. Litteraturmatrise.....	38

Antall ord: 7662

## **1.0 INNLEDNING**

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Et møte med kvinne i midten av 40 årene gjorde inntrykk i kirurgisk praksis på en dagkirurgisk avdeling. Hun hadde fått påvist Breast Cancer gen 1, et såkalt brystkreftgen som kan si noe om en er arvelig belastet for bryst- og eggstokkreft (Schlichting, 2022, s. 444) og hadde gjennomgått omfattende operasjoner; profylaktisk mastektomi med rekonstruksjon (brystfjerning med rekonstruksjon av falske bryster), total hysterektomi (fjerner livmor og livmorhals) og bilateral salpingo-ooferektomi (eggledere og eggstokker blir fjernet). Operasjonene innebærer å fjerne deler av kroppen som biologisk bidrar til å gjøre en kvinne til en kvinne. Inngrep av slik art har innvirkning på den fysiske og psykiske helsen til pasienten, som videre kan påvirke pasientens seksuelle helse (Schlichting, 2022, s. 449). Personlig erfaring med egen familie hvor to tanter og en «reservemamma» har gjennomgått behandling mot brystkreft gir en interesse for sykepleiers funksjon når det kommer til denne pasientgruppen. Seksuell helse er relevant i de fleste pasientgrupper og er et tema det snakkes lite om. Som sykepleier er det viktig å ha kunnskap til hvordan seksualitet påvirker livskvalitet.

### 1.2 Presentasjon av problemformulering

Brystkreft er den vanligste formen for kreft blant kvinner. 4224 kvinner fikk påvist brystkreft i Norge i 2022 (Kreftforeningen, 2023). Økt overlevelse hos brystkreftpasientene de siste årene grunnet bedre behandlingsmuligheter har rettet større oppmerksomhet mot livskvalitet og velvære hos pasientene (Albers et al., 2020). Behandling og kreft virker inn på pasientens fysiske og psykiske helse, som kan gi utfordringer på kort og lang sikt (Grosv & Lorentsen, 2022, s. 500; Leonardi-Warren et al., 2016, s. 162).

Utfordringer tilknyttet seksualitet kan virke inn på pasientens livskvalitet, og det er viktig at helsepersonell har nok kompetanse til å belyse seksuelle utfordringer for pasienten (Den Ouden et al., 2018, s. 327). Seksuelle helseproblemer er ofte underreportert og ikke behandlet grunnet ulike barrierer (Leonardi-Warren et al., 2016, s. 162). En stor del av pasientgruppen oppgir å ikke ha fått nok informasjon om utfordringer av seksuell art relatert til behandling de har fått eller skal motta (Albers et al., 2020, s. 208; Den Ouden et al., 2018, s. 327). Hensikten med oppgaven er å kartlegge informasjonsbehov om seksuelle utfordringer hos kvinner som gjennomgår brystkreftbehandling, og hvilke barrierer sykepleiere møter for å forsøke å tilfredsstille dette behovet.

### 1.3 Tidligere forskning og litteratur

Til tross for at seksuell helse er en menneskerettighet og viktig for livskvaliteten, er obligatorisk og undervisning om pensum om seksualitet og seksuell helse nesten fraværende i profesjonsstudiene ved universiteter og høyskoler (Mobekk & Willems, 2022, s. 3; Aars, 2021, s. 10). Regjeringens strategi for seksuell helse i perioden 2017 til 2022 har som mål å ivareta pasientens seksuelle helse og behov, og sikre kunnskap om temaet. «Seksuell og reproduktiv helse og rettigheter (SRHR) har de senere årene fått større oppmerksomhet i den norske helse- og omsorgstjenesten» (Solberg et al., 2023).

Solberg et al. (2023) har skrevet en artikkel om en pågående kartlegging om hvorvidt SRHR er inkludert i studie- og programplan på sykepleiernivå. Så langt har kartleggingen funnet ut at fire av ti kartlagte sykepleierutdanninger ikke inkluderer SRHR i sin studieplan. Artikkelen påpeker også hvordan sykepleierstudenter kan gå glipp av viktig kunnskap om seksualitet og seksuelle utfordringer. Det hevdes i artikkelen at sykepleierstudenter ønsker mer kunnskap og opplæring om seksuelle utfordringer knyttet behandling av sykdom. Videre konkluderer artikkelen med at pasienter ønsker mer informasjon om mulige seksuelle problemer, og helsepersonell uttrykker manglende kunnskap på området (Solberg et al., 2023, s. 4-6).

En del tidligere forskning tar for seg hvordan PLISSIT (se forklaring under 2.0 TEORI) som kartleggingsverktøy for seksuelle utfordringer fungerer i praksis. Keshavarz et al. (2021, s. 1) presenterer en studie hvor 65 brystkreftoverlevende får rådgivning gjennom PLISSIT-modellen. Studien konkluderer med at rådgivningen minket seksuell problematikk og økte livskvaliteten betydelig. En annen studie gjort av Almeida et al. (2018, s. 1112) belyser et behov for at helsepersonell adresserer seksuelle utfordringer hos brystkreftoverlevende hvor PLISSIT-modellen er et godt utgangspunkt for samtale.

## **2.0 TEORI**

### 2.1 Brystkreft

#### *2.1.1 Hva er brystkreft og dens behandling?*

Brystkreft, også kalt cancer mammae, er malign(e) tumor(er) i brystkjertelens melkeganger eller melkekjertler. Sykdommen kan gi symptomer som nyoppstått asymmetri i brystene, hudforandringer som rødhet, eksem, appelsinhud og hudinndragninger. I tillegg, kan blodig sekresjon fra brystknoppen være et symptom. Følbare kuler i brystet eller i aksillen gir grunn for utredelse. For å diagnostisere brystkreft kreves det trippeldiagnostikk. Dette innebærer at pasienten skal gjennom en klinisk undersøkelse, bildediagnostikk (mammografi, ultralyd og evt. MR) og nålebiopsi (Schlichting, 2022, s. 443-446).

Behandlingen består av kirurgi, cytostatika-, stråle- og antihormonbehandling (Kreftforeningen, 2023). Kirurgi er den viktigste behandlingen mot brystkreft som innebærer å operere vekk tumorer. Kirurgisk behandling kan være brystbevarende kirurgi, fjerning av hele brystet og aksilleoperasjon (lymfeknuter i armhulen blir operert bort). Cytostatikabehandling, også kalt cellegift, er medisinsk behandling av kreftcellene hvor en sammensetning av forskjellige typer cellegift skal stoppe delingsprosessene i kreftcellene (Schlichting, 2022, s. 449). Strålebehandling består av høyenergiske røntgenstråler som påvirker kreftcellens arvemateriale (Kreftforeningen, 2023). Antihormonbehandling gis da vekst av tumorceller styres av ulike hormoner (Schlichting, 2022, s. 449). Intervensjonene byr på ulike utfordringer, og pasienter som har fått behandling kan få seksuelle problemer (Grov & Lorentsen, 2022, s. 500).

### 2.2 Seksualitet og seksuell helse

#### *2.2.1 Hva er seksualitet og seksuell helse?*

Ifølge verdens helseorganisasjon er seksualitet en integrert del av det å være menneske hvor fysiske, psykologiske og sosiale dimensjoner er dynamisk i forhold til hverandre (Gjessing et al., 2015, s. 87). Seksualiteten har betydning for selvbildet vårt og hvordan vi oppfatter oss selv, og er forbundet med kjønn, identitet, intimitet og reproduksjon. Å være tilfreds med egen seksualitet er et grunnleggende behov, samtidig, er det mange som opplever skam og skyld knyttet til den (Jerpseth, 2022, s. 189). Verdens helseorganisasjon påpeker at det kreves en positiv og respektfull tilnærming til seksualitet for å forstå seksuell helse. God seksuell helse innebærer et fysisk, følelsesmessig, mentalt og sosialt velvære relatert til seksualitet (Helsedirektoratet, 2023). Seksualitet og seksuell helse omfatter mer enn bare selve samleie.

Det handler om nærhet og affeksjon, hvem en selv er, og er et omfattende begrep (Olsson et al., 2012, s. 428)

### *2.2.2 Seksuelle utfordringer*

Seksuelle utfordringer er sammensatte hvor kvinner ofte opplever psykiske og sosiale forhold som hinder for god seksuell helse. Derimot, er det ofte de fysiske utfordringene som er hovedproblemet og ofte overses i den sammenheng (Jerpseth, 2022, s. 189). Forandrede bryster, arr og hårtap er kroppslige forandringer som kan gi endret kroppsbilde og selvfølelse. Endringer i hormonbalansen kan gi tørrhet i skjeden, fatigue og depresjon som igjen kan føre til lav libido (sexlyst). En stor andel kvinner oppgir at de har en eller flere utfordringer knyttet til seksualitet, og det er individuelt basert på hva slags behandling en har fått (Gjessing et al., 2015, s. 99-100; Leonardi-Warren et al., 2016, s. 165).

## 2.3 Kommunikasjon og kommunikasjonsverktøy

### *2.3.1 Kommunikasjon*

*Communicare* er det latinske begrepet for kommunikasjon, som betyr å gjøre noe felles eller ha forbindelse med. God kommunikasjon innebærer å formidle til noen andre, verbalt eller non-verbalt, vise følelser og lytte aktivt (Eide & Eide, 2017, s. 17). Som sykepleier er det viktig å være obs på egen kommunikasjon, og tilegne seg kunnskap om hvordan en kan bruke kommunikasjon på riktig måte i møte med pasienter. Personorientert kommunikasjon handler om at den en prater med ikke kun er pasient, men en *hel* person med ressurser og muligheter til å ta del i samtalen. Det sentrale innen personorientert kommunikasjon er å forstå hva som er viktig for personen, og hvordan en kan møte personens behov (Eide & Eide, 2017, s. 16). Å vise interesse for pasientens behov med en åpen og lyttende kroppsholdning, skaper tillit. Tillit bidrar til at pasienten føler seg ivaretatt og trygg rundt sykepleier, og kan bidra til at en finner en løsning på et eventuelt problem (Eide & Eide, 2017, s. 26).

Fullstendighet, forutsigbarhet og forståelighet er tre forhold som det er nyttig å ta hensyn til når en skal gi informasjon. Fullstendighet innebærer at pasienten får all informasjon den trenger på en tydelig og konkret måte. Det kan med fordel suppleres med informasjonskriv hvis en har en del muntlig informasjon å gi. For mye informasjon kan føre til at pasienten ikke husker alt, som igjen kan skape usikkerhet. Informasjon gitt på riktig tidspunkt bidrar til å gjøre situasjonen så forutsigbar som mulig for pasienten. Å gi informasjon i god tid gir pasienten mulighet til å forberede seg på det som kommer. Forutsigbarhet kan knyttes til trygghet og er tillitsskapende i sårbare situasjoner. Til slutt er det viktig å tenke på hvordan en formidler viktig informasjon.



Som sykepleier er det normalt å bruke medisinsk fagterminologi i samhandling med andre helsepersonell, og det er fort gjort å glemme at slikt språk ikke nødvendigvis er forståelig for utenforstående. For at pasienten skal forstå informasjonen som blir gitt, bør språket være naturlig, dagligdags og uten fagtermer (Eide & Eide, 2017, s. 219-220). Til slutt er det viktig at sykepleier forsikrer seg om at pasienten har forstått innholdet i informasjonen som er gitt, og retter opp i eventuelle misforståelser som kan ha oppstått underveis (Eide & Eide, 2017, s. 223).

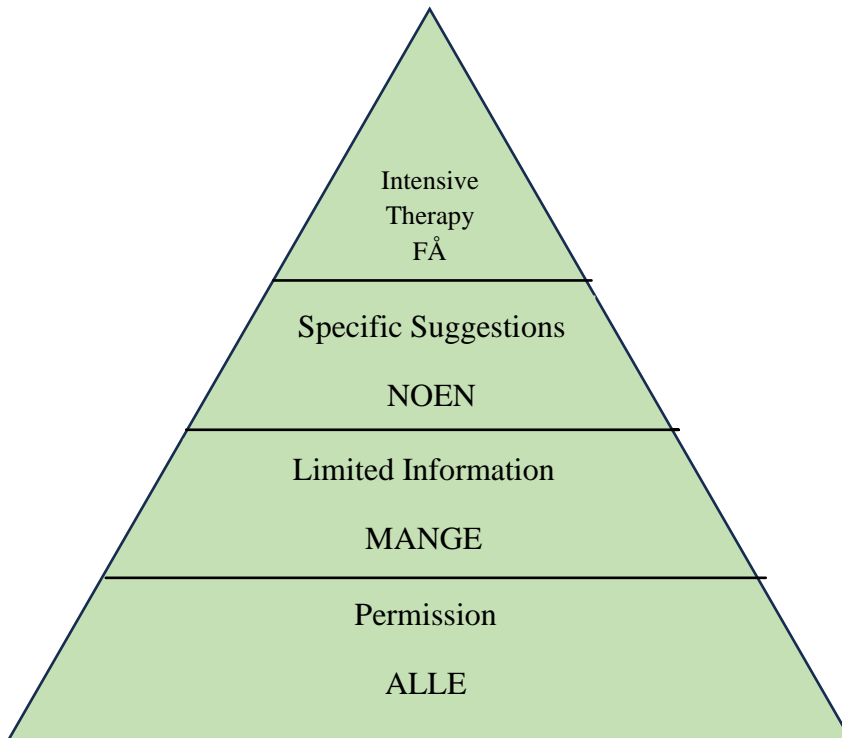
### 2.3.2 PLISSIT-modellen som kommunikasjonsverktøy

Den amerikanske psykologen Jack Annon utviklet PLISSIT-modellen på 1970-tallet. Den er fremdeles i bruk og kan være til hjelp for helsepersonell i å strukturere og initiere til samtale om seksuell helse (Gamnes, 2021, s. 530) Akronymet står for Permission/tillatelse (nivå 1), Limited Information/begrenset informasjon (nivå 2), Specific Suggestions/spesifikke forslag (nivå 3) og Intensive Therapy/intensiv terapi (nivå 4) (se figur 1). I følge Gamnes (2021, s. 531) kan de fleste få fullverdig hjelp fra nivå en til tre. En forutsetning for suksess på de tre første nivåene er empati, noe kunnskap om sexologi og samlivsrådgivning, og mot til å møte pasienters seksuelle informasjonsbehov.

Nivå 1 er et nivå *alle* hvor hovedmålet er å skape trygge rammer for å snakke om seksualitet og seksuell helse. Ved bruk av hjelpemidler som for eksempel illustrasjoner og litteratur skal en signalisere at det er tillat å prate om seksualitet. En forutsetning for suksess på nivå 1 er at en er empatisk og lyttende. Nivå 2 er et nivå for *mange*. Pasienter på dette nivået har ofte behov for enkel informasjon om seksualitet på generell basis. Eksempel på det kan være spørsmål om prevensjon og seksuelle hjelpemidler. Nivået kan en finne i institusjoner, på legekontor, poliklinikker og helsesøster (Gamnes, 2021, s. 531).

Nivå 3 er et nivå for *noen*. Pasienter på dette nivået har ofte behov for å stille spørsmål for å få spesifikk rådgivning som kan forbedre egen situasjon. Eksempler på spesifikt forslag kan være samleiestillinger etter skade i underlivet. En forutsetning på dette nivået er at en har tilstrekkelig kunnskap til å gi råd, eventuelt å henvise videre til noen mer egnet. Nivået kan en finne hos leger, psykologer og poliklinikker. Nivå 4 er et nivå for *få*. Pasienter på dette nivået har behov for spesialisert behandlingstilbud. Behandlingstilbud kan innbefatte kjønnsidentitetsproblematikk og spesielle seksuelle dysfunksjoner. Det kreves spesialkompetanse for å gi slik oppfølging, og en kan finne slik behandling på sentrale og regionale sexologiske kompetansesentre (Gamnes, 2021, s. 531).

Figur 1. PLISSIT-modellen



#### 2.4 Katie Erikssons omsorg- og lidelsesbegrep

Katie Eriksson er en finsk pioner når det kommer til omsorgstenkning. Hun ble utdannet sykepleier i 1965 og har siden den gang vært med på å utvikle sykepleieryrket i Norden (Førland et al., 2018, s. 200). Erikssons omsorgsbegrep bygger på et helhetlig menneskesyn og hvordan omsorg skal være helsefremmede. Et helhetlig menneskesyn betyr menneske som en sammensatt enhet av kropp, sjel og ånd. Hun beskriver hvordan mennesker av natur har omsorg og at den naturlige omsorgen må erstattes med profesjonell omsorg i møte med helsepersonell. Relasjonen mellom omsorgsmottakeren og omsorgsutøverer er viktig hvor det skjer en utvikling som skal fremme helse og lindre lidelse (Førland et al., 2018, s. 200).

##### *2.6.1 Lidelse*

I tillegg til omsorgstenking beskriver Eriksson hvordan lidelse skaper et behov for omsorg (Førland et al., 2018, s. 200). Eriksson (1995) beskriver hvordan lidelsen er en kamp mellom det gode og det vonde, og en kamp for menneskets frihet til å være menneske. Lidelse er individuelt og flyktig, og hører livet til, ifølge Eriksson. Eriksson (1995) beskriver tre former for lidelse i sykepleien: livslidelse, sykdomslidelse og pleielidelse. «Livslidelse er den lidelsen som er

relatert til alt det som innebærer å leve, å være menneske blant andre mennesker» (Eriksson, 1995, s. 75).

Sykdomslidelse handler om lidelsen som oppstår ved sykdom og behandling. Sykdom kan bringe med seg en del smerter, men smerte og lidelse er ikke nødvendigvis synonyme. Mennesket kan lide uten smerte. Eriksson beskriver videre hvordan fysisk smerte skiller seg fra åndelig lidelse, men at de sjeldent kommer hver for seg. Fysisk smerte oppleves av mennesket som helhet, og kan virke inn på menneskets psyke. Åndelig lidelse er knyttet til hvordan mennesket erfarer sykdom og behandling, og kan være knyttet til skyld og skam (Eriksson, 1995, s. 67).

Pleielidelse oppstår i møte med helsepersonell hvor holdninger og handlinger hos omsorgsgiveren krenker menneskets verdighet (Førland et al., 2018, s. 201). Eriksson (1995, s. 70) presenterer fire kategorier som hører til pleielidelse: krenking av pasientens verdighet, fordømmelse og straff, maktutøvelse og uteblitt pleie. Krenking av pasientens verdighet innebærer å frata menneske muligheten til å benytte seg av sine ressurser til å heles. Fordømmelse og straff omhandler hvordan hjelper må ta hensyn til at menneske har frihet til å velge selv, og ikke er i en posisjon til å avgjøre hva som er rett og galt. Hjelper skal gi støtte og valgmuligheter, og bidra til at hjelpemottaker kan ta gode valg. Maktutøvelse handler om hvordan å utøve makt er å påføre andre lidelse. Maktmisbruk innebærer å tvinge mennesket til å utøve handlinger som ikke er ønskelig, og berøve den annen friheten. Uteblitt pleie handler om den pleien hjelper, bevisst eller ubevisst, ikke utfører (Eriksson, 1995, s. 73).

## 2.5 Sykepleiers plikter

Samtidig som sykepleie er et omsorgsyrke med en del etikk og et ønske om å bidra til god helse hos andre, er det i tillegg regulert av en rekke lover og forskrifter. Reglene kan ses som uttrykk for et minimum av samsunnsetikk (Molven, 2019, s. 26). Helsepersonelloven (1999) § 4 stiller krav til at yrkesutøvelsen skal være faglig forsvarlig og omsorgsfull. Faglig forsvarlig innebærer at hjelpen som ytes skal være kunnskapsbasert bygd på vitenskap og erfaring for hva som er nyttig. Omsorgsfull yrkesutøvelse innebærer at all hjelp som gis er kjærlig og oppmerksom, hvor relasjonen mellom pasient og sykepleier har verdi og valg blir foretatt fra etiske vurderinger. Både faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp skal gis utfra hva som kan forventes av omsorgsgiveren, herunder kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjon (Molven, 2019, s. 138-139). Helsepersonelloven § 4 andre ledd lyder som følgende: «Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand

eller henviser pasienter videre der dette er nødvendig og mulig» (Helsepersonelloven, 1999, § 4). I helsepersonelloven (1999, § 10) kan en også finne en paragraf som påpeker sykepleiers plikt til å gi informasjon til pasienter.

Yrkesetiske retningslinjer (YER) skal ligge til grunn for etisk og faglig utvikling av sykepleien i kombinasjon med lover og forskrifter. YER 1.1 lyder som følgende: «Sykepleier har ansvar for å yte omsorgsfull sykepleie og lindre lidelse. Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg og understøtter menneskets ressurser, mestring, håp og livsmot» (Norsk Sykepleierforbund, u.å.). Videre ønsker jeg å trekke frem YER 1.3 og 2.3. YER 1.3 beskriver hvordan sykepleier skal gi tilpasset informasjon til pasient, og sørge for at den er forstått. YER 2.3 beskriver ansvaret sykepleier har for å holde seg faglig oppdatert og bidrar til at ny kunnskap anvendes i praksis (Norsk Sykepleierforbund, u.å.)

## 2.6 Pasientens rett til informasjon

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3-2 lyder som følgende: «Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2). Ut ifra lovverket kan en se at pasienter har rett til å få informasjon og en kan trekke ut nøkkelord som «skal» og «nødvendig». Skal betyr skal, ikke kan eller bør. Det er også viktig å tenke på at nødvendig informasjon ikke er avhengig av å være etterspurt. Den skal gis uoppfordret med de rammene som situasjonen tillater seg (Molven, 2019, s. 175).

### **3.0 METODE**

#### 3.1 Valg av metode

Metode er et redskap for å finne informasjon en trenger til en undersøkelse. Metoden gir et direktiv for problemløsning, og beskriver hvordan en bør gå frem for å innhente data og etterprøve ny kunnskap (Dalland, 2017, s. 50-52). Hensikten med denne oppgaven er å gi kunnskap om sykepleiers barrierer relatert til å kommunisere om seksualitet, og hvordan kvinner i brystkreftomsorgen opplever at deres informasjonsbehov blir dekket når det gjelder seksuelle utfordringer. Det benyttes derfor en litteraturoversikt for å skape en oversikt over kunnskap innen det sykepleiefaglige kompetanseområdet (Friberg, 2017, s. 141).

Litteraturoversikten baserer seg på tidligere publiserte studier. Kvantitative studier gir målbare data i form av tall som gjengis i statistikk, for eksempel ved bruk av spørreskjema med faste svaralternativer, og går i bredden av et tema. I motsetning til kvantitativ metode, har kvalitativ metode formål å gå i dybden av et tema. Resultatene kan ikke gjengis i form av tall, men skal bidra til å gi en dypere forståelse gjennom å se sammenhenger og gi et helhetsbilde av et tema. Metoder som kan benyttes i kvalitative studier er intervju hvor en får innsikt i hva intervjuobjektet tenker og føler om et gitt tema (Dalland, 2017, s. 52-53).

Det er benyttet artikler fra både kvalitative og kvantitative studier for å vise til både tallbasert evidens og erfaringer. «Både kvalitativt og kvantitativt orienterte metoder bidrar på hver sin måte til en bedre forståelse av det samfunnet vi lever i, og av hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner handler og samhandler» (Dalland, 2017, s. 52). Integrativ litteraturoversikt som anvendes i denne oppgaven følger ulike steg. En utfører en reduksjon av data, lager en oversikt, sammenlikner og til slutt trekker egne konklusjoner for å skape en ny helhet (Friberg, 2017, s. 150).

#### 3.2 Søkeprosess

##### *3.2.1 Valg av database*

Jeg benyttet meg av Universitetet i Stavanger sitt digitale bibliotek for å finne artiklene jeg ønsket å inkludere i oppgaven. Under kategorien helse- og sosialfag fant jeg ulike databaser som inneholder forskningsartikler rettet mot sykepleiefaget. Med ulike søkestrategier utførte jeg innledningsvis søk i databasene CINAHL, MEDLINE og British Nurse Index. Sistnevnte ble ekskludert fra den videre søkeprosessen da søk i de andre overnevnte databasene var enklere og viste større treffsikkerhet. Både CINAHL og MEDLINE er databaser en kan finne helsefaglige forskningsartikler.

### *3.2.2 Valg av søkeord og -kombinasjoner, og søketeknikker*

Jeg benyttet engelske søkeord, da norske søkeord ga lite treff på aktuelle artikler. Søket startet bredt med «breast cancer AND sexuality OR sexual health» som ga flere tusen søkeresultater. Jeg måtte derfor forsøke å avgrense søket slik at ikke omfanget artikler skulle bli for stort. Underveis i søkeprosessen bet jeg meg merke i ordsammensetninger i artikkeltitler og sammendrag av andre artikler. I søkefeltet kom det også opp forslag til søkeord. Dette ga inspirasjon til videre søk i startfasen.

Ved å benytte søkeordene «breast cancer OR cancer mammae AND sexuality and nurs\*» i CINAHL fant jeg to av artiklene til oppgaven. På MEDLINE fant jeg de tre siste artiklene. Søkestrategi som ble brukt her er henholdsvis «breast cancer OR breast tumor OR cancer mammae AND counseling AND sexual\* AND nurs\*» (21 treff), «healthcare provider AND sexual health AND knowledge» (78 treff) og «Patient's sexuality AND cancer nursing» (3 treff). I tillegg til søkekombinasjoner benyttet jeg meg av ulike avgrensninger som er nærmere beskrevet kapittelet *Valg av artikler*. Hele søkeprosessen kan ses i søkelogg vedlegg 1 (Vedlegg 1. Oversikt over søkeprosess).

Jeg benyttet meg av to ulike søketeknikker; trunkering og boolske operatører. Trunkering innebærer at en kan gjøre søk som gir muligheter for å få treff i dokumenter som inneholder ordets alle ulike bøyninger (Friberg, 2017, s. 71). Eksempel på dette kan gjøres med ordet «nurse». Ved å anvende trunkeringstegn (\*) slik: «nurs\*», kan en få treff på «nurse», «nurses», «nursing» og liknende. Boolske operatører innebærer at en kan eksperimentere med ordsammensetninger og synonymer. Operatøren «AND» gjør det mulig å få treff på artikler som inneholder alle søkeordene en velger å kombinere. Operatøren «OR» gjør det mulig å få treff på artikler som inneholder synonymer av et ord, eller inkludere ord som er vanskelige å trunkere (Friberg, 2017, s. 72-73). Eksempel på dette er søket «breast cancer OR cancer mammae AND sexuality OR sexual health».

### *3.2.3 Valg av artikler*

For å kunne begrense søk kan en velge ulike inklusjons- og eksklusjonskriterier. Jeg ønsket å finne nyere forskning og valgte artikler publisert etter 2012. Geografisk sett, ønsket jeg å finne artikler som kan gjenspeile Norges kultur og helsevesen, og valgte derfor å avgrense søket til Europa, USA og Canada. Jeg ønsket å finne artikler som inneholdt forskning om bare kvinner, men søkene ga resultater som inneholdt begge kjønn uavhengig av avgrensningen. Det var også ønskelig å finne artikler med sykepleieperspektiv rundt temaet. Et kriterium var at artiklene

## Kandidatnummer: 1518

skulle være fagfellevurdert (peer reviewed). Det innebærer at artikkelen skal leses, vurderes og godkjennes av andre uavhengige forskere innenfor samme fagfelt for å sikre at artikkelen er av god kvalitet før publisering (Kildekompasset, u.å.; Svartdal, 2021). I tillegg, valgte jeg å avgrense til tilgjengelig sammendrag (abstract available) slik at det skulle være effektivt å gjennomgå artiklene.

Det var ønskelig at artiklene fulgte IMRaD-strukturen. «IMRaD er en forkortelse for introduksjon/Introduction, metode/Method, resultat/Results og (and) diskusjon/Discussion» (Dalland, 2017, s. 163). De artiklene som fremstod som relevante etter søk, ble lest og vurdert for inkludering. De som omhandlet brystkreftpasienters informasjonsbehov rundt seksuell helse og sykepleiers perspektiv når det gjelder å samtale om seksualitet ble inkludert i oppgaven. Artiklene som ble vurdert for inkludering ble deretter sendt til veileder for kvalitetssikring og sørge for at de var innenfor inklusjonskriteriene. Etter gjennomført søk og screening ble fem artikler inkludert (se tabell 1). Fullstendig litteraturmatrikse kan sees i vedlegg 2 (Vedlegg 2. Litteraturmatrikse)

Tabell 1. Oversikt over inkluderte artikler:

Forfatter, årstall, tittel	Tema	Hensikt	Perspektiv	Metode
Olsson et al. 2012 «Patient's sexuality – A neglected area of cancer nursing»	Sykepleiers holdninger knyttet til seksualitet	Studien undersøker sykepleiers holdninger knyttet til samtaler med kreftpasienter om seksualitet	10 kvinnelige sykepleiere	Kvalitativ
Leonardi-Warren et al. 2016 «Sexual Health: Exploring Patient Needs and Healthcare Provider Comfort and Knowledge»	Pasienters informasjonsbehov, og helsepersonells kunnskap	Studien undersøker pasienters behov for informasjon når det gjelder seksuell helse, og helsepersonells komfort og kunnskapsnivå	11 pasienter og 3 onkologiske sykepleiere	Kvalitativ og kvantitativ
Reese et al. 2017 «Effective patient-provider	Kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell angående seksuelle	Studien undersøker hvordan pasient og helsepersonell opplever kommunikasjon om	28 pasienter og 11 helsepersonell	Kvalitativ

## Kandidatnummer: 1518

communication about sexual concerns in breast cancer: a qualitative study»	utfordringer hos brystkreftpasienter	brystkreftrelaterte utfordringer knyttet til seksualitet.		
Den Ouden et al. 2018 «Intimacy and sexuality in women with breast cancer: professional guidance needed	Pasients erfaring med kommunikasjon og informasjon om seksualitet	Studien undersøker pasienters referanser når det kommer til informasjon om seksualitet	667 kvinnelige pasienter	Kvantitativ
Albers et al. 2020 «Sexual Health Needs: How do breast cancer patients and their partners want information?»	Pasienter og partners informasjonsbehov	Studien undersøker hvordan pasient og partner ønsker å bli møtt når det gjelder seksuelt informasjonsbehov	173 kvinnelige pasienter og 76 partnere	Kvantitativ

### 3.3 Analyse

Artiklene ble analysert ved hjelp av Fribergs analysemodell. Artiklene ble lest flere ganger og grundig gjennomgått med fokus på studienes resultat for å skape en forståelse av hva de handlet om. Deretter trakk jeg ut nøkkelfunn og likehetstrekk som var relevant for problemformuleringen. De ulike delene fra de kvalitative artiklene som ble plukket fra hverandre ble deretter satt sammen til en ny helhet (Friberg, 2017, s. 135-137). Kvantitative artikler ble syntetisert på tilsvarende måte. Tallmaterialet ble ikke gjenstand for ny analyse, men ble trukket ut og sammenstilt (Friberg, 2017, s. 119-124). Både kvalitative og kvantitative resultat ble presentert på gruppeveiledning, drøftet og organisert i felles kategorier. Sammenstilling av resultatene i en tabell gir oversikt over ulike kategorier som har til hensikt å besvare min problemstilling (Friberg, 2017, s. 136). Se tabell 2 for oversikt over kategorier.



## Kandidatnummer: 1518

Tabell 2. Oversikt over hoved- og underkategorier.

Hovedkategorier	Underkategorier
Pasientens informasjonsbehov	Udekket informasjonsbehov om utfordringer knyttet til seksualitet Foretrukket tidspunkt Foretrukket informasjonsform og -kanal, og samtalepartner
Sykepleiers barrierer	Sykepleiers holdninger og usikkerhet Manglende ferdigheter og kompetanse Tidsbarriere og miljø

## **4.0 RESULTAT**

### 4.1 Pasientens informasjonsbehov

#### *4.1.1 Udekket informasjonsbehov om utfordringer knyttet til seksualitet*

I studien til Albers et al. (2020, s. 208) oppgir 80,4 % at de ikke mottok noen form for informasjon om hvordan brystkreft kan påvirke seksualiteten. 24,9 % oppga at de hadde et behov for informasjon, hvorav 62 % av disse ikke mottok informasjon (Albers et al., 2020, s. 209). Den Ouden et al. (2018, s. 328) beskriver at 60 % av deres pasientgruppe ønsket informasjon, men 40 % ble ikke møtt på behovet. I motsetning til dem, var det 41,2 % som ikke ønsket informasjon, hvorav 27 % av dem heller ikke mottok informasjon. 45,7 % følte at de mottok informasjon som matchet deres behov.

I studien til Leonardi-Warren et al. (2016) kommer det frem at flere av deltakerne ønsket å få vite hva som kunne forventes av konsekvenser slik at de kunne forberede seg på hva som ventet knyttet til seksuelle utfordringer. «You want somebody to kind of prepare you for the changes that are coming» (Leonardi-Warren et al., 2016, s. 165). For øvrig er det mellom 60 – 80% av pasientene som opplever seksuelle problemer (Reese et al., 2017; Leonardi-Warren et al., 2016).

#### *4.1.2 Foretrukket tidspunkt*

I Albers et al. (2020, s. 208-209) oppgir 46,6 % av pasientene at tidspunkt for informasjon er best egnet i løpet av behandlingen. 32,4 % påpekte at beste tidspunkt er før behandling, og 24,9 % foretrakk etter endt behandling. I likhet med Albers et al. (2020) understreket deltakerne i Den Ouden et al. (2018) viktigheten av passende tidspunkt. En betydelig del ønsket informasjon i etterkant av behandling, 38,6 % i forkant og 27,7 % i løpet av behandling. Det kommer frem i artikkelen at kvinnene ikke nødvendigvis opplever utfordringer knyttet til seksualitet i løpet av og like etter behandling, og derfor har behov for slik informasjon en stund etter endt behandling. Videre beskrives at tidspunktet for informasjon også avhang av type behandling (Den Ouden et al., 2018, s. 328).

Det fremkommer i artikkelen til Leonardi-Warren et al. (2016, s. 164) at tidspunkt for informasjon er viktig, og deltakerne ønsket tilgang på informasjon når sykdommen hadde stabilisert seg. En pasient forklarer: «I think the timing of when you are approached with this information is also kind of key. I think too early in diagnosis, you can't even think about it» (Leonardi-Warren et al., 2016, s. 164). Funn i studien til Reese et al. (2017, s. 3203) påpeker at noen følte konsultasjonstimen var et dårlig tidspunkt å ta opp seksualitet, mens andre mente det

var en god start for videre kommunikasjon om potensielle seksuelle problemer relatert til behandling.

#### *4.1.3 Foretrukket informasjonsform- og kanal, og samtalepartner.*

I Albers et al. (2020, s. 208-209) er 48,6 % positive til at informasjon om seksualitet kommer gjennom en brosjyre, 35,3 % foretrakk info via internett og 27,2 % ønsket å ha en samtale med en profesjonell. Videre, bekrefter studien til Leonardi-Warren et al. (2016, s. 165) at informasjonsbehovet kan bli dekket via internett i form av informasjonsskriv, videoer på Youtube eller webinar. En deltakere presiserer: «The way to reach most people ... is over the Internet» (Leonardi-Warren et al., 2016, s. 165). I likhet med overnevnte studier oppgir Den Ouden et al. (2018, s. 329) at deres deltakere ønsker informasjon via brosjyre eller internett.

På spørsmål om hvem pasienten ønsker samtale med svarer 51 % (Albers et al., 2020, s. 208) og 66,4 % (Den Ouden et al., 2018, s. 329) sykepleier. Det fremkommer i Den Ouden et al. (2018, s. 329) at kvinner synes det er vanskelig å ta initiativ til denne typen samtale og forventer at helsepersonellet skal gjøre det. Like funn kan en finne i Leonardi-Warren (2016, s. 165) hvor pasientene ønsket at helsepersonellet initierte til samtale.

### 4.2 Sykepleiers barrierer

#### *4.2.1 Sykepleiers holdninger og usikkerhet*

I artikkelen til Olsson et al. (2012, s. 428) er hovedfunnet i studien at sykepleiere bør snakke om seksualitet og relaterte utfordringer, men det er sjeldent det blir gjort. Til tross for at mange mener seksualitet er et viktig behovsområde, er det flere som er usikre på hvem, hva og når slike samtaler skal finne sted. Artikkelen beskriver videre hvordan noen sykepleiere ikke anser seksualitet som deres ansvarsområde da utfordringene er knyttet til medisinsk behandling, noe som er lege eller spesialiserte sykepleiere sitt ansvar. Derimot, foreligger det usikkerhet om noen i det hele tatt tok dette opp med pasienten (Olsson et al., 2012, s. 428). Funnene til Reese et al. (2017, s. 3203) bekrefter dette hvorav en deltaker kommenterer: «... in terms of decreased libido, decreased intimacy, I don't feel as comfortable with that. That is where Dr. [referral source] comes in».

Olsson et al. (2012, s. 428) forklarer at vanlige oppfatninger om pasienters behov for samtale avhenger av hvor i behandlingsforløpet de er og hvor alvorlige utfordringer de har knyttet til seksualitet. Flere oppfattet at pasienter som nylig har startet behandling, ikke prioriterer seksuelle utfordringer da andre utfordringer overskygger disse (Olsson et al., 2012, s. 428). Dette bekreftes også i studien til Reese et al. (2017, s. 3202) hvor det står at en oppfatning er at

seksuelle utfordringer blir nedprioritert. En vanlig oppfatning var at pasienter som er i et partnerskap oftest håndterer seksuelle utfordringer selv og ikke hadde behov for samtale.

Det fremkommer i tillegg at sykepleiere er redd for å trække over grenser og fornærme pasienten da seksualitet blir sett på som en personlig sak (Olsson et al., 2012, s. 428). Funnene i Reese et al. (2017, s. 164) bekrefter frykt for å trække over grenser hvorav 55 % svarte at de var redde for å invadere pasientens personlige rom. Tallene bekrefter også usikkerhet rundt å møte seksuelle problemer, men er noe uenig. 60 % oppgir å føle seg ukomfortabel ved å diskutere seksuelle utfordringer, mens 67 % sier de ikke føler seg brydd.

#### *4.2.2 Manglende ferdigheter og kompetanse*

Olssen et al. (2012, s. 428) beskriver hvordan sykepleiere unngår samtaleemnet på grunn av manglende opplæring og kunnskap, og gir uttrykk for at både kreft og seksualitet er tabubelagte temaer. Det kommer også frem at de som pratet med pasienten heller snakket om nærhet og emosjoner, istedenfor om seksualitet. I Leonardi-Warren et al. (2016, s. 164) kommer det frem at helsepersonell har mer erfaring med å diskutere endring i kroppsbilde, stress og depresjon. Videre hevder artikkelen at helsepersonell har minst erfaring når det kommer til å henvise pasienter videre til rette instans når det gjelder seksuelle utfordringer, dokumentasjon av seksuelle problemer og å gi opplæring.

I studien til Reese et al. (2017, s. 3202) oppgir nesten alle intervjuobjektene at kunnskapshull og manglende ferdigheter er store barrierer når det gjelder seksualitet. En deltaker påpeker hvordan vedkommende synes det er vanskelig å skulle bistå pasienten i å håndtere kompliserte utfordringer når vedkommende ikke har de riktige ferdighetene (Reese et al., 2017, s. 3202). Videre presiserer flere deltakere at de er tilbakeholdne med å bringe opp temaet når de ikke har den rette kunnskapen, hvorav en deltaker sier: «... I think part of it is [that] I don't want to ask a question that I don't have a solution for» (Reese et al., 2017, s. 3203). I tillegg, fremkommer det i artikkelen at få deltakere har mottatt spesialisert opplæring for hvordan de skal diskutere seksuelle utfordringer med pasientene. Videre påpekes det at de som har mottatt opplæring har funnet det svært hjelpsomt og gitt de selvsikkerhet i å adressere og diskutere seksuelle utfordringer med pasienter (Reese et al., 2017, s. 3203).

#### *4.2.3 Tidsbarriere og miljø*

Olsson et al. (2012, s. 429) presenterer funn hvor sykepleiere føler på tidspress og dårlig tilrettelegging i avdeling med mangel på mulighet til å konversere under rolige og trygge omgivelser. Deltakerne presiserer: «... The way it is here in the unit, there is no natural place to

## Kandidatnummer: 1518

sit down and talk with the patient. If you are lucky you might have some time after the treatment ...» (Olsson et al., 2012, s. 429). I studien til Leonardi-Warren et al. (2016, s. 164) svarer 48 % at mangel på tid er en stor barriere når det kommer til å samtale om seksuelle utfordringer. Videre oppgir 41 % at det er vanskelig å finne et privat rom for samtale.

«Time is a barrier and may not let you explore things as much ...» påstår en deltaker i Reese et al. (2017, s. 3203). To andre bekrefter dette: «I really do think that the biggest barrier is ... oh my God, I need to get to my next patient» og «I don't talk in too much detail with them because of the time constraints ...» (Reese et al., 2017, s. 3203). Videre bekrefter en pasient at tidspress har en negativ påvirkning: «... that I wouldn't ask because I feel like I would get a quick half-assed answer because she has to get out and get to her next patient» (Reese et al., 2017, s. 3203).

## **5.0 DISKUSJON**

Dette kapittelet inneholder to deler: metodediskusjon og resultatdiskusjon. Metodediskusjon tar for seg styrker og svakheter ved anvendt metode og artiklene. Resultatdiskusjon drøfter resultatene i lys av teori, erfaringer og tidligere forskning.

### 5.1 Metodediskusjon

#### *5.1.1 Integrativ litteraturoversikt som metode – kvalitativ og kvantitativ metode*

Jeg anser det som hensiktsmessig at jeg benyttet integrativ litteraturoversikt som metode for å besvare problemstillingen. I denne oppgaven har jeg søkt etter og analysert fem vitenskapelige artikler som hadde til hensikt å besvare min problemstilling. To av artiklene er kvalitative, to artikler er kvantitative og den siste har en blanding av både kvalitativ og kvantitativ data. Det kan betraktes som en styrke for oppgaven at artiklene består av både kvalitative og kvantitative data da en får et større helhetsbilde av problemstillingen som både rommer kartlegging og erfaringsperspektivet. De kvantitative dataene presiserer hvor stor utfordring seksuell helse er. De kvalitative dataene beskriver subjektive opplevelser av hvordan seksuell helse er nedprioritert i et behandlingsforløp. De kvalitative dataene har jeg analysert, mens de kvantitative har jeg omtalt som syntese. Jeg kunne valgt å presentere analysen og syntesen hver for seg, men dataene lot seg rapportere i felles kategorier noe jeg mener gjør resultatene oversiktlig.

Det er mulig at oppgavens restriksjoner har begrenset oppgavens funn, hvorav bedre tid og størrelse på oppgaven kunne ført til andre resultater. Samtidig, anser jeg at det var hensiktsmessig å analysere fem artikler. I etterpåklokskapens lys, tenker jeg at det hadde vært nok med fire artikler for å kunne gå bedre i dybden på disse. Førforståelsen min kan ha ført til at resultatene har blitt tolket annerledes enn andre, hvorav andre kan vektlegge andre funn ved tilsvarende kunnskapsoppsummering.

#### *5.1.2 Valg av artikler*

Det var en tidkrevende prosess å finne artikler for videre analyse. Under søkeprosessen var det tydelig at det kreves mer forskning på området. Som nevnt i metodekapittelet ønsket jeg å finne artikler som inneholdt forskning knyttet til kvinnelige pasienter, samt sykepleiers perspektiv på seksuell helse. Jeg anser valgte artikler som gode til å svare på oppgavens hensikt. Det er en del likehetstrekk mellom artiklene noe som forsterker oppgavens relabilitet. Det er en styrke for oppgaven å benytte meg av både pasient- og sykepleierperspektiv da erfaringene knyttes mot hverandre. Hvilke opplevelser pasienten har når det gjelder informasjonsbehov kan gi grunnlag

for bedre informasjonsgivning om seksualitet. Sykepleiersperspektivet er viktig å inkludere for å avdekke om og eventuelt hvorfor seksualitet er et nedprioritert grunnleggende behov sykepleier har ansvar for. Begge perspektiver kan bidra til å forbedre rutiner og øke pasientsikkerheten.

Samtlige artikler er på engelsk. På best mulig vis har jeg forsøkt å oversette innholdet til norsk, men det kan hende at det har skjedd feiltolkninger under prosessen. Direkte sitater fra informantene har jeg bevisst valgt å beholde på engelsk for å unngå misforståelser og mistolkninger. Tross flere søkestrategier opplevde jeg at det finnes få artikler som handler om seksualitet knyttet til brystkreft. I tillegg, opplevde jeg at artikler gjentok seg i de ulike databasene jeg benyttet meg av.

#### *5.1.2.1 Forskernes bakgrunn og etiske forhold*

Leonardi-Warren et al. (2016) er eneste artikkel som presenterer forskernes bakgrunn. De fleste er sykepleiere med forskjellige videreutdanninger og spesialiseringer. Olsson et al. (2012) presiserer at forskerne representerer en sykepleieavdeling ved et universitet i Sverige. Sykepleiefaglig bakgrunn er en styrke for artiklene og dermed også for oppgaven min. Tilstrekkelig kompetanse styrker studienes troverdighet. Albers et al. (2020), Den Ouden et al. (2018) og Reese et al. (2017) spesifiserer ikke forskernes bakgrunn, men presenterer arbeidsstedet til de forskjellige. De forskjellige arbeidsstedene er ulike universitet og sykehus, men hva slags funksjon de forskjellige har er vanskelig å vite noe om. Det anser jeg som en mulig svakhet for oppgaven da et av hovedfokusene i problemstillingen er sykepleiere. Å ikke ha kunnskap om forskernes bakgrunn gjør det vanskelig å vite noe om forskernes førforståelse.

Albers et al. (2020), Reese et al. (2017) og Olsson et al. (2012) bekrefter i artiklene at studiene er frivillig. Både Albers et al. (2020) og Olsson et al. (2012) bekrefter at det på forhånd er gitt informasjon om studiens formål. Olsson et al. (2012) påpeker at studien har fulgt etiske retningslinjer hvor det i tillegg har blitt tatt en etisk vurdering. Den Ouden et al. (2018) trekker frem at deres spørsmål er besvart anonymt og konfidensialiteten i studien er ivaretatt etter nederlandsk lovverk. Leonardi-Warren et al. (2017) sier at deres deltakere er informert om studiens hensikt, men utdyper ikke videre om etiske forhold har blitt vurdert. Jeg anser at samtlige studier tar etiske hensyn på alvor. Personvern er ivaretatt når studiene er anonymisert.

#### *5.1.2.2 Artiklenes informanter og geografisk lokalisering*

Den Ouden et al. (2018) inkluderer 667 kvinnelige pasienter med en snittalder på 55 år. Albers et al. (2020) inkluderer 173 kvinnelige pasienter med en snittalder på 60,1 år. Olsson et al.

## Kandidatnummer: 1518

(2012) inkluderer 10 kvinnelige sykepleiere som arbeider i forskjellige avdelinger hvor alle møter på pasienter med kreft. Leonardi-Warren et al. (2016) inkluderer i sin studie 11 pasienter hvorav to kvinner har brystkreft. Resterende pasienter har andre kreftformer og er av begge kjønn. Studien inkluderer 95 helsepersonell hvorav 77 av disse er sykepleiere og spesialsykepleiere. Resterende helsepersonell er av andre helseyrker. Reese et al. (2017) inkluderer 28 kvinnelige pasienter. Alder er ikke oppgitt, men de skriver at kvinner under 45 år ved diagnostidspunktet ble plassert i en egen fokusgruppe. Flere informanter bidrar til å styrke validiteten til studiene.

Artiklene som inneholdt begge kjønn og flere yrkesgrupper manglet delvis presisering av hvem som sa hva. Basert på dette har jeg igjennom oppgaven bevisst benyttet meg av termene «helsepersonell» og «pasient» for å unngå manipulasjon av data. Jeg anser det som både en svakhet og en styrke at noen artikler inneholdt begge kjønn samt flere yrkesgrupper. En svakhet for oppgaven er at resultater kan være basert på svar fra menn og andre enn sykepleiere, når hensikten med oppgaven er kvinner og sykepleiere. Samtidig er det likhetstrekk ved funn mellom artiklene som bare inneholdt kvinner og sykepleiere. En styrke for oppgaven er at en ser at seksuelle utfordringer rammer flere pasientgrupper som påpeker viktigheten av å adressere seksualitet og seksuell helse. At noen artikler inneholdt andre yrkesgrupper enn sykepleiere påpeker viktigheten om at seksuell helse bør være et tverrfaglig samarbeid.

Artiklene jeg har valgt er fra USA, Nederland og Sverige mellom år 2012 - 2020. Det var ønskelig å finne artikler fra vestlige land med et helsesystem og kultur som kan sammenlignes med Norges. En kan med fordel si at befolkningen i USA ikke er like heldige med helsetilbudet slik vi er i Norge på grunn av de høye satsene som må betales for å få helsehjelp. Det kan derfor være en svakhet for oppgaven at disse artiklene er inkludert. Derimot, samsvarer resultatene med de øvrige artiklene. Det ville vært en fordel for oppgaven med flere artikler fra Skandinavia, men mye tyder på at det er mangel på studier om dette temaet her. Interessant nok, mottok deltakerne, i artiklene fra USA, pengepremie for å ha deltatt i studiene noe som kan ha påvirket resultatene. Dette kan påvirke troverdigheten og validiteten til artiklene. Det var ønskelig med forskning fra nyere tid. Derfor er majoriteten av artiklene ikke mer enn 10 år gamle. Derimot, er én artikkel fra 2012. Denne ble inkludert da det er interessant at seksuelle utfordringer har vært til stede i lang tid, og det fremdeles mangler forskning på området.



## 5.2 Resultatdiskusjon

I litteraturen påpekes hvordan ulike kreftbehandlinger kan gi ulike bivirkninger og gi konsekvenser for pasientens seksuelle helse (Groven & Lorentsen, 2022; Schlichting, 2022; Kreftforeningen, 2023). I samtlige artikler hvor pasientperspektivet presenteres oppgir 60-80 % at de opplever seksuelle utfordringer knyttet til kreft og kreftbehandling, og majoriteten av disse ønsker informasjon om dette. Samtidig, viser oppgaven at majoriteten av pasientgruppen ikke får tilstrekkelig informasjon om seksuelle utfordringer (Albers et al., 2020; Den Ouden et al., 2018). Det er urovekkende at så mange opplever utilstrekkelig informasjon når de i lys av pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 har krav på å få nødvendig informasjon for å få innsikt i sin helsetilstand, inkludert risiko og bivirkninger (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2).

At det foreligger uenighet for når riktig tidspunkt er, er noe som kan tyde på at det bør gis informasjon, både skriftlig og muntlig, gjennom hele behandlingsforløpet. Det er flere faktorer som spiller inn, blant annet type behandling og når i forløpet de seksuelle utfordringene oppstår. Samtidig, er det flere som påpeker at riktig tidspunkt er viktig, noe som bør kartlegges nærmere (Albers et al., 2020; Den Ouden et al., 2018; Leonardi-Warren et al., 2016). På bakgrunn av personorientert omsorg er det dermed viktig at helsefremmende omsorg individualiseres noe som også presiseres i artikkelen til Leonardi-Warren et al. (2016). Det er viktig å kartlegge hva som er viktig for pasienten og deretter tilby helsehjelp for å møte pasientens behov. Det kan med fordel gis informasjon i god tid for å forberede pasienten (Eide & Eide, 2017) noe deltakerne i Leonardi-Warren et al. (2016) bekrefter. Flere oppga et ønske om å få informasjon gjennom brosjyre noe som samsvarer med teori om informasjonsgivning (Den Ouden, 2018; Eide & Eide, 2017).

Gjennomgående i artiklene er at sykepleier er foretrukket samtalepartner. Flere pasienter opplevde at det er sykepleier, hvis noen, som informerte om seksualitet (Reese et al., 2017). Sykepleieren møter pasienten gjennom flere deler av behandlingsforløpet og har derfor best forutsetning for å avdekke seksuelle behov. Det er sannsynligvis derfor pasienten føler det er mest naturlig å snakke med sykepleier om dette (Gamnes, 2021, s. 532). Seksualitet kan være tabubelagt og skamfullt, og pasientene forventer at helsepersonellet skal bringe opp samtaleemnet, ifølge Den Ouden et al. (2018) og Leonardi-Warren et al. (2016). Samtidig, oppgir sykepleiere frykt for å tråkke over pasientens intimgrenser, samt å føle seg ukomfortabel til å initiere den seksuelle samtalen (Reese et al., 2017). Ifølge Eide & Eide (2017) er det viktig at sykepleier innehar gode kommunikasjonsferdigheter for å bygge en tillitsskapende relasjon.

Å lytte aktivt og være obs eget kroppsspråk kreves for god relasjon til pasienten. Deltakerne i Reese et al. (2017, s. 3203) poengterer samtidig at barrieren for å ta initiativ til samtale selv er mindre når en har et godt forhold til omsorgsgiveren sin og påpeker viktigheten av tillit.

Ved å benytte PLISSIT-modellen kan sykepleier dempe barrierer og øke pasienters livskvalitet (Keshavarz et al., 2021; Almeida et al., 2018). Gamnes (2021) antyder at de fleste seksuelle problemene kan bli løst på nivå 1-3 hvor det kreves empati og noe kunnskap om seksualitet. Nivå 1 i modellen bør vektlegges hvor hovedtrekket på nivået er å gi tillatelse til å snakke om seksualitet. Tillatelse vil bidra til å fjerne tabu rundt seksualitet for både pasient og helsepersonell, samt bygge tillit mellom partene. Videre kan modellen bidra til å dempe usikkerhet for sykepleier og føre til at sykepleiere oftere har mot til å snakke om seksualitet. Når pasientens behov går utover sykepleiers kunnskapsnivå skal sykepleier etter helsepersonellovens § 4 andre ledd innhente kvalifisert helsepersonell der det er nødvendig.

Majoriteten av helsepersonell opplever at kunnskapshull og manglende ferdigheter er barrierer når det gjelder seksualitet (Reese et al., (2017). Erfaring fra egne arbeidsplasser er at punktet *seksualitet og reproduksjon* i journalføring ofte blir fjernet eller kun presiserer sivilstatus og antall barn. Økt kunnskapsnivå kan bidra til å minke usikkerhet og bidra til at sykepleier møter seksuelle behov på lik linje som andre grunnleggende behov (Reese et al., 2017). På studiet hadde vi kun et par timer hvor seksualitet ble undervist i, noe som underbygges av artiklene til Solberg et al. (2023), Mobekk & Willems (2022) og Aars (2021). Lover og forskrifter legger føringer for hvordan sykepleiers yrkesutøvelse skal foregå. Faglig forsvarlighet og omsorgsfull sykepleie innebærer blant annet å gi informasjon og holde seg faglig oppdatert (Molven, 2019). I lys av dette, har sykepleier ansvar for å gi fullstendig informasjon selv om det foreligger en personlig barriere der (Helsepersonelloven, 1999, § 10).

YER 2.3 beskriver hvordan sykepleier skal holde seg faglig oppdatert (Norsk Sykepleierforbund, u.å.), noe en også kan knytte til faglig forsvarlighet. På bakgrunn av dette er det bemerkelsesverdig at personell som jobber med pasienter som kan oppleve seksuelle utfordringer, sannsynligvis ikke har nok kunnskap til å yte fullverdig helsehjelp. I lys av dette, kan en si at sykepleiers neglisjering av seksuelle behov er en form for pleielidelse. Pleielidelsen, herunder uteblitt pleie, fører til at sykepleier ikke utøver helhetlig sykepleie noe som strider mot YER 1.1 og kravet om omsorgsfull hjelp. Pleielidelse omhandler også hvordan sykepleiers holdninger kan krenke pasientens verdighet. Sykepleier bør derfor ha en nøytral holdning til andres seksualitet for å ikke bidra til ytterligere skamfølelse rundt seksualitet. Andre barrierer

## **Kandidatnummer: 1518**

sykepleier oppgir er lite tilrettelagt avdeling og tidsbruk. Lav bemanning kan ha skylden i at sykepleiere føler tidspress, og det er ingen tvil om at det er sykepleiermangel i Norge (Norsk Sykepleierforbund, 2023).

## **6.0 KONKLUSJON OG ANVENDELSE I PRAKSIS**

4224 kvinner fikk påvist brystkreft i Norge i 2022 og studier påpeker at behandlingsmulighetene har blitt bedre, som fører til økte fysiske og psykiske utfordringer i etterkant. Presenterte funn tyder på at majoriteten opplever seksuelle utfordringer. Andre funn peker på at en stor andel, som ønsker, ikke tilstrekkelig får dekket sitt informasjonsbehov når det gjelder seksuell helse. Sykepleiere opplever flere barrierer for å yte god seksuell omsorg for brystkreftpasientene, blant annet manglende kunnskap, usikkerhet og tidsmangel. Ved å bruke PLISSIT-modellen aktivt kan en kartlegge og behandle seksuelle utfordringer, samt gi sykepleier en start på å møte pasientens seksuelle behov. Sykepleiere arbeider for å lindre lidelse med faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. Seksualitet og seksuell helse er dagsaktuelt, og det er på tide å fjerne tabu rundt temaet slik at sykepleier kan ivareta pasienters seksuelle behov på lik linje som andre grunnleggende behov.

### Implikasjoner:

- Seksualitet og seksuell helse bør prioriteres i høyere utdanning og opplæring, herunder bør PLISSIT-modellen forankres i prosedyreverk.
- Sykepleiere bør i større grad gis tid og anledning til å adressere seksuelle utfordringer hos pasienter som trenger det.
- Arbeidsgiver må legge til rette for at sykepleiere har muligheten til å opprettholde nødvendig kunnskapsnivå for å gi informasjon og veiledning om seksuell helse, samt tilrettelegge arbeidsmiljøet hvor pasienten skal få sensitiv informasjon.
- Brystkreftbehandling har kommet langt, og mye tyder på at det kan bli bedre i fremtiden. Det er derfor viktigere enn noen gang å adressere alle utfordringer pasienter kan oppleve i etterkant av behandling for å forbedre livskvalitet.

## 7.0 REFERANSER

- Albers, L. F., Van Ek, G. F., Krouwel, E. M., Oosterkamp-Borgelink, C. M., Liefers, G. J., Den Ouden, M. E. M., Den Oudsten, B. L., Krol-Warmerdam, E. E. M., Guicherit, O. R., Linhorst-Niers, E., Putter, H., Pelger, R. C. M. & Elzevier, H. W. (2020). Sexual Health Needs: How Do Breast Cancer Patients And Their Partners Want Information?. *Journal of sex & marital therapy* 46(3), 205-226. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2019.1676853>
- Almeida, N.G., Britto, D. F., Figueiredo, J. V., Moreira, T. M. M., Carvalho, R. E. F. L. & Fialho, A. V. M. (2018). PLISSIT model: sexual counseling for breast cancer survivors. *Rev Bras Enferm*, 72(4), 1109-1113. <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0525>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal akademisk.
- Den Ouden, M. E. M., Pelgrum-Keurhorst, M. N., Uitdehaag, M. J. & De Vocht, H. M. (2018). Intimacy and sexuality in women with breast cancer: professional guidance needed. *The Japanese Breast Cancer Society*, 26, 326-332. <https://doi.org/10.1007/s12282-018-0927-8>
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Gyldendal.
- Eriksson, K. (1995). *Det lidende mennesket*. Tano Aschehoug
- Friberg, F. (Red.). (2017). *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3. utg.). Lund: Studentlitteratur AB
- Førland, O., Alvsvåg, H. & Tranvåg, O. (2018). Perspektiver på omsorgsforskning. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(3), 196-214. <https://doi.org/10.18261/ISSN.2387-5984-2018-03-02>
- Gamnes, S. (2021). Seksualitet og helse. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 2: Grunnleggende behov og helse* (4. utg., s. 515-548). Gyldendal.
- Gjessing, R., Borg, T. & Dahl, A. A. (2015). Problemer med seksualitet. I J. H. Loge, A. A. Dahl, S. D. Fosså & C. E. Kiserud (Red.), *Kreftoverlevende: Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv* (2. utg., s. 87-109). Gyldendal.
- Grov, E. K. & Lorentsen, V. B. (2022). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (6. utg., s. 475-509). Gyldendal.
- Helsedirektoratet. (2023, 9. juni). *Sentrale begreper på seksuell helse-området*. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/seksuell-helse/sentrale-begreper-seksuell-helse>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

- Jerpseth, H. (2023). Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. I D.-G., Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 2*, (6. utg., s. 185-216). Gyldendal.
- Keshavarz, Z., Karimi, E., Golezar, S., Ozgoli, G. & Nasiri, M. (2021). The effect of PLISSIT based counseling mode on sexual function, quality of life, and sexual distress in women surviving breast cancer: a single-group pretest-posttest trial. *BMC Women's Health* 21(417). <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01570-4>
- Kildekompasset. (u.å.). *Kildekritikk*. Hentet 30.november 2023 fra <https://kildekompasset.no/kildekritikk/>
- Kreftforeningen. (2023, 13. november). *Brystkreft*. <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/brystkreft/>
- Leonardi-Warren, Neff, I., K., Mancuso, M., Wenger, B., Galbraith M. & Fink, R. (2016). Sexual Health: Exploring Patient Needs and Healthcare Provider Comfort and Knowledge. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 20(6) 162-167. <https://doi.org/10.1188/16.CJON.E162-E167>
- Mobekk, H. & Willems, A. (2022). Helsepersonell må tørre å snakke med brystkreftpasienter om seksuell helse. *Sykepleien*. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2022.90143>
- Molven, O. (2019). *Sykepleie og jus*. (6. utg.). Gyldendal.
- Norsk Sykepleierforbund. (2023, 09. mai). *Fortsatt størst mangel på sykepleiere*. <https://www.nsf.no/artikkel/fortsatt-storst-mangel-pa-sykepleiere>
- Norsk Sykepleierforbund. (u.å.). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 17. desember 2023 fra <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer-sykepleiere>
- Olsson, C., Berglund, A.-L., Larsson, M. & Athlin, E. Patient's sexuality – A neglected area of cancer nursing?. *European Journal of Oncology Nursing* 16(4), 426-431. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2011.10.003>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Reese, J. B., Beach, M. C., Smith, K. C., Bantug, E. T., Casale, K. E., Porter, L. S., Bober, S. L., Tulskey, J. A., Daly, M. B. & Lepore, S. J. (2017). Effective patient-provider communication about sexual concerns in breast cancer: a qualitative study. *Supportive Care in Cancer*, 25(10), 3199–3207. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3729-1>
- Schlichting, E. (2022). Sykdommer i brystene. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (3. utg., s. 441-449). Gyldendal.
- Solberg, A. S., Stojiljkovic, M. & Josefsson, K. A. (2023). Sykepleieutdanningen må sikre kunnskap om seksuell helse. *Sykepleien*. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2023.90884>

**Kandidatnummer: 1518**

Svartdal, F. (2021, 10. januar). *Fagfellevurdering*. Store Norske Leksikon  
<https://snl.no/fagfellevurdering>

Aars, H. (2021, 11. mars). Hva er seksuell helse?. *Sykepleien*.  
<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2021.83165>

**VEDLEGG**

Vedlegg 1. Oversikt over søkeprosess

Søkedato	Database	Søkeord og -kombinasjoner	Avgrensning	Antall treff	Leste abstrakt/artikler	Valgte artikler
30.10.23	MEDLINE	Breast cancer AND sexuality OR sexual health		20 700	0	0
30.10.23	MEDLINE	(Breast cancer or breast tumor or cancer mamme) AND counseling AND sexual* AND nurs*	Peer Reviewed Abstract available English or Norwegian language Female Fra år 2012	21	6/3	1
02.11.23	MEDLINE	PLISSIT AND breast cancer or cancer mammae AND counseling or therapy		5	1/1	0
02.11.23	MEDLINE	PLISSIT AND breast cancer or cancer mammae AND counseling or therapy	Peer reviewed Abstract available English language Female Fra år 2012	1	1/1*	0



**Kandidatnummer: 1518**

02.11.23	MEDLINE	PLISSIT		82	0	0
02.11.23	MEDLINE	PLISSIT	Peer Reviewed Abstract available English or Norwegian language Fra år 2012	39	0	0
02.11.23	MEDLINE	PLISSIT	Peer Reviewed Abstract available English or Norwegian language Fra år 2012 Female	18	3/0	0
02.11.23	MEDLINE	Sexual health AND patient information AND cancer	Peer reviewed Abstract available English language Fra år 2012 Female	4	1/1	0
02.11.23	MEDLINE	Sexual health or sexuality AND patient counseling AND cancer	Peer reviewed Abstract available English language	126 083	0	0

**Kandidatnummer: 1518**

		mammae og breast cancer	Fra år 2012 Female			
03.11.23	MEDLINE	(nurse or nurses or nursing) AND (knowledge or education or understanding or awareness) AND sexual challenges AND breast cancer	Peer reviewed Abstract available English language Fra år 2012	1	1/1*	0
03.11.23	MEDLINE	(nurse or nurses or nursing) AND (knowledge or education or understanding or awareness) AND sexual challenges	Peer reviewed Abstract available English or Norwegian language Fra år 2012	6	1/1*	0
14.11.23	MEDLINE	Nurs* AND sexual health or sexuality AND breast cancer or cancer mammae AND counseling	Peer reviewed Fra år 2012 Female	1370	1/1*	0

**Kandidatnummer: 1518**

14.11.23	MEDLINE	Nurs* AND sexual health or sexuality AND breast cancer or cancer mammae AND counseling AND Europa	Peer reviewed Fra år 2012 Female English language	1340	0	0
14.11.23	MEDLINE	Nurs* NOT student* AND sexual health or sexuality AND breast cancer AND counseling AND experience	Peer reviewed Fra år 2012 Female English language	1172	2/0	0
14.11.23	MEDLINE	Nurse perspective AND sexual health or sexuality AND education AND experience	Peer reviewed Fra år 2012 Female English language	535	0	0
14.11.23	MEDLINE	Healthcare provider AND sexual health AND knowledge	Peer reviewed Fra år 2012 Female	78	4/1	1

**Kandidatnummer: 1518**

			English language			
14.11.23	MEDLINE	Patient's sexuality AND cancer nursing		3	1/1	1
30.10.23	CINAHL	(Breast cancer or breast tumor or cancer mammae) AND counseling AND sexual* AND nurs*	Peer Reviewed Abstract available English or Norwegian language Geografisk: Canada, Europa og USA Female Fra år 2012	1	1/0	0
30.10.23	CINAHL	Breast cancer or breast tumor or cancer mammae) AND sexual health AND nurs*	Peer Reviewed Abstract available English or Norwegian language Geografisk: Canada, Europa og USA Female Fra år 2012	9	0	0
30.10.23	CINAHL	(Breast cancer or breast tumor or cancer	Peer Reviewed	52	0	0

**Kandidatnummer: 1518**

		mammae) AND sexual health	Abstract available  English or Norwegian language  Geografisk: Canada, Europa og USA  Female  Fra år 2012			
30.10.23	CINAHL	(Breast cancer or cancer mammae) AND sexuality AND nurs*	Peer Reviewed  Abstract available  English or Norwegian language  Geografisk: Canada, Europa og USA  Female  Fra år 2012	26	2/2	2
06.11.23	CINAHL	PLISSIT AND counseling or therapy AND breast cancer or breast tumor or cancer mammae		8	2/2*	0
06.11.23	CINAHL	PLISSIT AND counseling or therapy AND breast cancer or breast tumor	Peer reviewed  Female	4	3/2*	0

**Kandidatnummer: 1518**

		or cancer mmae				
06.11.23	CINAHL	Breast cancer AND nurs* AND sexuality OR sexual health AND nurs education	Peer reviewed  Female  Fra år 2010  Europa, USA eller Canada	15	4/2*	0
06.11.23	CINAHL	Sexual health AND education AND nurs* AND cancer	Peer reviewed  Female  Fra år 2010  Europa, USA eller Canada	21	3/1	0
03.11.23	British Nursing Index	Knowledge AND «sexual health» AND nurs* AND patient care AND «breast cancer»	Peer reviewed  År 2010- 2029	132	0	0
03.11.23	British Nursing Index	Sexuality AND knowledge AND nurs*	Peer reviewed  År 2010- 2029	1302	1/0	0
03.11.23	British Nursing Index	«sexual health» AND nurs* AND communication AND patient needs	Peer reviewed  År 2010- 2029	592	1/0	0

(\* = duplikat av artikler)

## Vedlegg 2. Litteraturmatrikse

<b>Artikkel 1</b>	
Forfattere	<ul style="list-style-type: none"> <li>- C. Olsson</li> <li>- A.-L. Berglund</li> <li>- M. Larsson</li> <li>- E. Athlin</li> </ul>
Tidsskrift, årstall, land	European Journal of Oncology Nursing, 2012, Sverige
Artikkeltittel	«Patient's sexuality – A neglected area of cancer nursing»
Hensikt	Artikkelen presenterer en studie som tar for seg sykepleiers oppfatning av hvordan seksualitet kommer frem i samtale med pasienter med kreft
Perspektiv	Sykepleier
Metode og analyse	Kvalitativ studie med en fenomenologisk tilnærming
Utvalg/populasjon	Ti kvinnelige sykepleiere
Hovedfunn/resultater	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fåtalet beskriver at de snakker om seksualitet med pasientene sine, men er ved den oppfattelsen at seksualitet er viktig. Artikkelen peker på utfordringer knyttet til manglende kunnskaper og ferdigheter, samt frykt for å fornærme pasienten. Deltakerne påpeker hvordan mangel på kontinuitet i pasientkontakten svekker muligheten til å skape et tillitsfull forhold. I tillegg, påpekes mangel på tid og bedre lokaler for å samtale.</li> </ul>
<b>Artikkel 2</b>	
Forfattere	<ul style="list-style-type: none"> <li>- K. Leonardi-Warren</li> <li>- I. Neff</li> <li>- M. Mancuso</li> <li>- B. Wenger</li> <li>- M. Galbraith</li> <li>R. Fink</li> </ul>
Tidsskrift, årstall, land	Clinical Journal of Oncology Nursing, 2016, USA
Artikkeltittel	«Sexual Health: Exploring Patient Needs and Healthcare Provider»
Hensikt	Studien ønsker å finne svar på om helsepersonell har tilstrekkelig kunnskap og mot til å adressere seksuelle helseplager, og beskrive pasienters holdninger og informasjonsbehov rundt seksuell helse
Perspektiv	Pasient og helsepersonell
Metode og analyse	Kvalitativ og kvantitativ

## Kandidatnummer: 1518

Utvalg/populasjon	<p>95 helsepersonell</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- 69 sykepleiere, åtte spesialiserte sykepleiere, seks legeassistenter, seks leger, tre sosialarbeidere, to psykologer og en er annet.</li></ul> <p>Pasientgruppen består av elleve pasienter fordelt på tre grupper</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Gruppe en: en har eggstokkreft, en har kreft i bukinnen og to har brystkreft</li><li>- Gruppe to: fem med kreft i prostata</li></ul> <p>Gruppe tre: en har multipelt myelom og en har non-hodgkin lymfom og kreft i prostata.</p>
Hovedfunn/resultater	<ul style="list-style-type: none"><li>- 73 % av helsepersonellet oppga å ikke ha utdanning innen seksualitet.</li><li>- 60 % av helsepersonellet oppga å føle seg ukomfortabel i å snakke om seksualitet.</li><li>- 71 % av helsepersonellet presiserte at de var klare for å snakke om seksualitet.</li><li>- 55 % av helsepersonellet fryktet å invadere pasientens personlige rom.</li><li>- 48 % av helsepersonellet oppga at mangle på tid er en stor barriere i å adressere seksualitet.</li><li>- Pasientgruppen presiserer viktigheten av riktig tidspunkt for samtale om seksualitet.</li><li>- Pasientgruppen poengterer viktigheten av at en eventuell partner må få informasjon på lik linje som pasienten.</li><li>- Pasientgruppen oppga flere seksuelle utfordringer og beskriver de som noe de har tapt.</li><li>- Pasientgruppen ønsker å motta individualisert informasjon både muntlig og skriftlig.</li><li>- Pasientgruppen presiserte at helsepersonellet bør være den som initierer til samtale og ønsker å være forberedt på hva som kan forventes i forbindelse med kreft og behandling.</li></ul>
<b>Artikkel 3</b>	
Forfattere	<ul style="list-style-type: none"><li>- Marjolein E. M. Den Ouden</li><li>- Myrna N. Pelgrum-Keurhorst</li><li>- Madeleen J. Uitdehaag</li><li>- Hilde M. De Vocht</li></ul>
Tidsskrift, årstall, land	The Japanese Breast Cancer Society, 2018, Nederland
Artikkeltittel	«Intimacy and sexuality in women with breast cancer: professional guidance needed»
Hensikt	Kartlegge når og hvordan kvinner ønsker å motta informasjon om seksualitet under brystkreftbehandling



**Kandidatnummer: 1518**

Perspektiv	Pasient
Metode og analyse	Kvantitativ analyse ved deskriptiv statistikk
Utvalg/populasjon	- 667 kvinner som gjennomgår eller har gjennomgått behandling mot brystkreft
Hovedfunn/resultater	- 46% svarte at informasjonen sto i stil med behov. - 66,4% ønsker rådgivning om seksualitet fra en sykepleier. - 27,9% ønsker rådgivning om seksualitet fra en lege. - Deltakerne understreket viktigheten av passende tidspunkt for å innlede denne samtalen, hvor 45,1% ønsket rådgivningen like etter behandlingsstart.
<b>Artikkel 4</b>	
Forfattere	- J. B. Reese - M. C. Beach - K. C. Smith - E. T. Bantug - K. E. Casale - L. S. Porter - S. L. Bober - J. A. Tulsy - M. B. Daly - S. J. Lepore
Tidsskrift, årstall, land	Supportive Care of Cancer, 2017, USA
Artikkeltittel	«Effective patient-provider communication about sexual concerns in breast cancer: a qualitative study»
Hensikt	Artikkelen presenterer erfaringer og preferanser til pasient og helsepersonell når det gjelder å samtale om seksualitet
Perspektiv	Pasient og helsepersonell (spesialiserte sykepleiere og kreftleger)
Metode og analyse	Kvalitativ
Utvalg/populasjon	28 kvinnelige brystkreftpasienter, 4 spesialiserte sykepleiere og 7 kreftleger.
Hovedfunn/resultater	- Pasienter oppgir seksuelle problemer og ønsker informasjon fra sykepleiere i å håndtere disse. - Helsepersonell oppgir å ikke ha nok erfaring med å adressere seksuell helse på lik linje med andre grunnleggende behov. I tillegg mangler helsepersonell tilstrekkelige kunnskaper. - Videre presiserer det at de som har fått opplæring føler på mindre ubehag og opplever det er enklere å adressere seksuelle utfordringer og behov.

**Kandidatnummer: 1518**

	<ul style="list-style-type: none"><li>- Artikkelen påpeker hvordan tillit er viktig for et godt pasient-helsepersonell-forhold.</li><li>- Helsepersonell oppgir at tidspress og prioritering av andre arbeidsoppgaver overskygger samtale om seksualitet.</li><li>- Pasienter ønsker at helsepersonell stiller konkrete spørsmål og tilpasser informasjonen til hver enkelt. Samtidig ønsker helsepersonell å vite hvem som ønsker hva slags informasjon.</li></ul>
<b>Artikkel 5</b>	
Forfattere	<ul style="list-style-type: none"><li>- L. F. Albers</li><li>- G. F. Van Ek</li><li>- E- M. Krouwel</li><li>- C. M. Oosterkamp-Borgelink</li><li>- G. J. Liefers</li><li>- M. E. M. Den Ouden</li><li>- B. L. Den Oudsten</li><li>- E. E. M. Krol-Warmerdam</li><li>- O. R. Guicherit</li><li>- E. Linthorst-Niers</li><li>- H. Putter</li><li>- R. C. M. Pelger</li><li>- H. W. Elzevier</li><li>-</li></ul>
Tidsskrift, årstall, land	<ul style="list-style-type: none"><li>- Journal of sex &amp; marital therapy, 2020, Nederland</li></ul>
Artikkeltittel	<ul style="list-style-type: none"><li>- «Sexual Health Needs: How Do Breast Cancer Patients And Their Partners Want Information?»</li></ul>
Hensikt	<ul style="list-style-type: none"><li>- Studien evaluerte behovene for ivaretagelse av seksuell helse hos pasienter med brystkreft og deres partnere</li></ul>
Perspektiv	<ul style="list-style-type: none"><li>- Pasient og pårørende</li></ul>
Metode og analyse	<ul style="list-style-type: none"><li>- Kvantitativ studie hvor 173 pasientskjema og 76 partnerskjema ble analysert</li></ul>
Utvalg/populasjon	<ul style="list-style-type: none"><li>- 173 kvinnelige pasienter og 76 partnere</li></ul>
Hovedfunn/resultater	<ul style="list-style-type: none"><li>- 80,4 % av pasientene fikk ikke informasjon om hvordan brystkreft kan påvirke seksualiteten.</li><li>- 73,7 % av partnerne fikk ikke informasjon om hvordan brystkreft kan påvirke seksualiteten.</li><li>- 48,6 % av pasientene ønsket skriftlig informasjon i form av brosjyre, 35,3 % nettside og 27,2 % samtale med helsepersonell.</li><li>- 51 % av pasientene foretrakk samtale med sykepleier.</li></ul>

**Kandidatnummer: 1518**

	<ul style="list-style-type: none"><li>- 46,6 % av pasientene ønsket informasjon under behandling, 32,4 % før og 24,9 % etter behandling.</li></ul>
--	--