

Kandidatnummer: 5160 og 5322

BSYBAC_5

Bacheloroppgave i Sykepleie



Universitetet
i Stavanger

Hvorfor snakker du ikke om *det*?

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

Stavanger, 05.05.2022

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

Sammendrag

Bakgrunn

Seksuell helse har lenge vært et tabubelagt tema. Kreftpasienter gjennomgår behandlinger som sterkt kan påvirke deres seksuelle helse, og de trenger flere fagfolk som er villig til å ta opp temaet. Flertallet av kreftpasienter oppgir behov for å snakke om sin seksuelle helse, men blir møtt med et tomrom i pasientbehandlingen som ofte ikke anerkjennes av sykepleiere.

Hensikt

Hensikten i denne studien er å undersøke sykepleiernes opplevelser, erfaringer og holdninger knyttet til samtale om seksuell helse med kreftpasienter.

Metode

Vi har utført en integrativ litteraturoversikt i studien vår. Ved hjelp av strukturert litteratursøk i databasene Medline og CINAHL har vi valgt fire forskningsartikler av kvalitativ tilnærming. Funnene fra de fire studiene ble analysert ved hjelp av Fribergs analysemetode for integrative litteraturstudier.

Resultat

Våre resultater viser at sykepleiere er usikre på hvem som har ansvar for å tematisere seksuell helse. Videre kan det se ut til at seksuell helse er tabubelagt og hvorvidt sykepleiere tar initiativ til å snakke med pasientene om seksuell helse, avhenger av hvem pasienten er og hans eller hennes bakgrunn.

Nøkkelord

Seksuell helse, sykepleieres holdninger, kreft, kreftbehandling, kreftpasienter, personorientert kommunikasjon, ansvar, relasjon.

Innhold	
Forside	
Sammendrag	2
1.0 INNLEDNING	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema	5
1.2 Problemformulering	6
1.3 Hensikt	6
1.4 Begrepsavklaring	6
<i>1.4.1 Holistisk perspektiv</i>	6
<i>1.4.2 Seksuell helse</i>	7
2.0 TEORI	8
2.1 Personorientert kommunikasjon	8
2.2 Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee	8
2.3 Kreft og kreftbehandling	9
2.4 Kreftbehandling og seksuell helse	10
2.5 Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022)	10
2.6 PLISSIT-modellen	11
3.0 METODE	12
3.1 Hva er metode?	12
3.2 Integrativ litteraturoversikt	12
3.3 Søkeprosess	13
<i>3.3.1 Valg av søkestrategi</i>	13
<i>3.3.2. Søkord</i>	13
<i>3.3.3 Valg av databaser</i>	14
<i>3.3.5 Valg av artikler</i>	14
3.4 Analyse	15
4.0 RESULTAT	17

4.1 Sykepleieres holdninger	17
4.1.1 Tabubelagt tema	17
4.1.2 Sykepleiernes oppfatning av seksuell helse	18
4.1.3 Hvem er pasienten?	18
4.2 Usikkerhet knyttet til ansvar	19
4.3 Maktforhold og relasjon	20
4.4 Ytre barrierer	21
4.4.1 Arbeidsplassens omgivelser	21
4.4.2 Mangel på kompetanse	22
5.0 DISKUSJON	24
5.1 Metodediskusjon	24
5.1.1 Integrativ litteraturoversikt som metode	24
5.1.2 Kvalitativ forskning som metode	25
5.1.3 Land og arena for studiene	25
5.1.4 Hvem er forskerne?	26
5.1.5 Deltakere	26
5.1.6 Etiske overveielser	27
5.2 Resultatdiskusjon	27
6.0 ANVENDELSE I PRAKSIS	32
REFERANSER	33
VEDLEGG 1: SØKELOGG	
VEDLEGG 2: OVERSIKTSTABELL OVER ANALYSERTE ARTIKLER	

1.0 INNLEDNING

I 2020 ble det påvist 35 515 tilfeller av kreft i Norge (Cancer Registry of Norway, 2021, s. 21). Kreftbehandling påvirker kroppen på en rekke måter, og krefttypen man får og plassering kan være av betydning for hvilke plager og bivirkninger man kan oppleve å få.

Kreftbehandlingen kan i tillegg til å påvirke kroppens normale funksjoner, samtidig endre pasientens seksuelle helse i ulik grad. Forskning viser at den seksuelle helsen til pasienter etter gjennomgått kreft og behandling, ikke snakkes nok om. Pasienter ønsker at dette i større grad skal snakkes om, men sykepleiere synes det er vanskelig og ukomfortabelt å ta opp (Eid, Christensen, Hoff, Drake, Yadav, Burtson, Kuriakose, Patton & Nyamathi, 2020, s. 50-51).

Vi lever i en tid der den yngre generasjonen er blitt mer opptatt av at en skal få lov til å være den man vil. Det er blitt mer fokus på å snakke om temaer som er tabubelagt og erfaringsmessig er det større åpenhet blant yngre til å ta opp temaer som seksuell helse. Som sykepleierstudenter har vi erfart at sykepleiere snakker for lite med pasienter om seksuell helse, ofte fordi det er et vanskelig tema å ta opp med pasientene, eller fordi det foreligger kunnskapsmangler. Slik vi opplever det gir sykepleierutdanningen begrenset undervisning om seksuell helse, og det kan være en medvirkende årsak til hvorfor sykepleiere ikke tar opp temaet.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Ifølge de yrkesetiske retningslinjene til sykepleiere punkt. 2.3, er et av kravene at "Sykepleieren ivaretar den enkeltes pasients behov for helhetlig omsorg" (Norsk sykepleierforbund, 2019). Seksualitet inngår i menneskets grunnleggende behov og når sykepleiere ikke tar opp dette med pasienter, unnviker det fra kravet om et helhetlig menneskesyn. Regjeringen har utviklet en strategi: Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017 - 2022). Strategien skal tydeliggjøre betydningen av seksuell helse for helsepersonell, men også befolkningen generelt. Vi mener derfor at dette er et område innenfor sykepleien som trenger mer fokus og oppmerksomhet slik at sykepleiere blir tryggere i møte med pasienter med seksuelle utfordringer.

1.2 Problemformulering

Pasienter som gjennomgår eller har gjennomgått behandling mot kreft kan ofte få endringer i sin seksuelle helse og sitt selvbilde, så vel som fysiologiske plager relatert til kreftbehandling. Det er derfor viktig at sykepleiere har mot til å møte pasientenes behov og kunnskaper til å snakke fritt om seksuell helse. Erfaringsmessig er sykepleierutdanningen preget av mangelfull undervisning om seksuell helse, og seksuell helse er et tema som har vist seg å være vanskelig for sykepleiere å ta opp og forholde seg til i møte med pasienter. Det kan føre til at pasientene ikke får den hjelpen de har behov for, knyttet til dette aspektet.

1.3 Hensikt

Hensikten med studien er å få økt kunnskap samt belyse sykepleieres opplevelser, erfaringer og holdninger om seksuell helse i møte med kreftpasienter. På bakgrunn av dette ønsker vi å diskutere tiltak som kan bidra til å øke bevisstheten til sykepleiere omkring temaet.

1.4 Begrepsavklaring

1.4.1 Holistisk perspektiv

Et holistisk perspektiv innebærer å se helheten istedenfor det enkelte med noe. I møte med sykdom brukes et holistisk perspektiv for å fremme at hele mennesket må ivaretas. Mennesket består av fysiologiske, psykologiske, sosiale og åndelige deler som er i samspill med hverandre, og er avhengige av hverandre for å opprettholde den naturlige balansen i kroppen (Bruusgaard & Rørtveit, 2020). I studien vil begrepet brukes for å inkludere seksuell helse i det helhetlige sykdomsbildet.

1.4.2 Seksuell helse

Seksuell helse defineres som mental, sosial og fysisk velvære relatert til seksualitet. Seksualitet inkluderer blant annet tanker, handlinger og følelser. For å oppnå god seksuell helse er det viktig med en respektfull og positiv tilnærming til seksuelle relasjoner og seksualitet, samt muligheten til å erfare trygge og gode seksuelle opplevelser (Helse og omsorgsdepartementet, 2016, s. 7-8). Seksuell helse og seksualitet må sees i sammenheng av hverandre, men for ordenhets skyld, vil vi i denne oppgaven bruke begrepet seksuell helse.

2.0 TEORI

I teorikapitlet retter vi fokuset mot personorientert kommunikasjon, i tillegg vektlegger vi Joyce Travelbees sykepleieteori som baserer seg på den menneskelige relasjonen. Videre presenterer vi teori om kreft og kreftbehandling, og belyser kreft i sammenheng med seksuell helse. Vi introduserer også regjeringens strategi for seksuell helse og PLISSIT-modellen.

2.1 Personorientert kommunikasjon

At kommunikasjon er personorientert, vil si at man ikke ser den andre utelukkende som pasient eller bruker, men som en hel person, med iboende ressurser og muligheter, egne verdier og prioriteringer og individuelle ønsker og mål når det gjelder egen helse og livssituasjon for øvrig (Eide & Eide, s. 16, 2017).

Personorientert kommunikasjon forklarer hvordan sykepleiere anerkjenner pasienten i relasjonen. Formålet med personorientert kommunikasjon, er at sykepleiere skal kommunisere med pasienten ved å lytte aktivt, se og høre hva pasienten sier med ord og kroppsspråk. Profesjonell kommunikasjon er en grunnleggende del i sykepleieryrket, som brukes for å skape en god relasjon. I en helsevitenskapelig sammenheng begrunnes *profesjonell kommunikasjon* i det faglige og personlige. Det vil si, fra et teoretisk og personorientert grunnlag. Begrepet kommer fra det gammelgermanske ordet *halilison*. Begrepet kan forstås ut ifra den holistiske metoden, som betyr at en skal se *hele* mennesket (Eide & Eide, 2017, s. 17). Derfor, istedenfor å bare fokusere på pasientens sykdomsbilde, bør sykepleieren se det unike i pasienten. Ut ifra det, kan sykepleiere bedre forstå pasientens motivasjon, verdier, ressurser og kunnskaper, og derav skape en god relasjon.

2.2 Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee

Sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee legger vekt på at pasienten må sees på som et unikt individ for å skape et likestilt forhold mellom pasient og sykepleier (Eide & Eide, 2017, s. 364-366). Travelbee vektlegger at for å skape en god relasjon står kommunikasjon sentralt i

sykepleieprosessen for å oppnå sykepleiens formål. På bakgrunn av dette har vi valgt Joyce Travelbee som sykepleieteoretiker da hennes teorier samsvarer godt med studiens hensikt.

Joyce Travelbee forklarer at en må lære seg å kjenne pasientene gjennom kommunikasjon. Hun vektlegger å bli kjent med det individuelle menneske da sykepleieren ikke kan forstå pasientens situasjon uten personlig erfaring. Det er kun pasienten selv som vet hvordan deres situasjon oppleves (Travelbee, 1999, s. 141). Gjennom å bli kjent med individet, kan det bygges et tillitsskapende forhold. Dette mener Travelbee fører til at sykepleieren identifiserer pasientens enkelte behov og observerer menneskets situasjon i sykdommen. Travelbee konstaterer at forholdet må inkludere en forståelse mellom to mennesker. For å oppnå en reell kontakt, må de to partene anse hverandre som to individer, istedenfor rollene som er tildelt, som sykepleier og pasient (Travelbee, 1999, s. 171). Da seksuell helse er et personlig tema burde sykepleier og pasient ha et forhold basert på tillit. Når menneske-til-menneske-forholdet er oppstått, skaper det mulighet for sykepleieren å snakke om tema som seksuell helse, hvis relasjonen tillater det.

2.3 Kreft og kreftbehandling

Kreft oppstår av celledelasjoner. Mutasjonene er skader i cellenes arvestoff, som fører til ukontrollert celledeling. Opphopning av kreftceller i det organet mutasjonen først oppsto, er det som fører til dannelsen av en kreftsvulst (Kreftforeningen, 2022). Selve kreftsvulsten gir typisk ikke mange symptomer. Det er når spredningen oppstår at pasienten ofte føler seg svekket. Behandlingsformene for kreft kan være krevende og medfører som regel senskader og ubehagelige bivirkninger. Det finnes mange ulike kreftbehandlinger, som gjerne gis i kombinasjon; cellegift, strålebehandling, immunterapi, stamcellebehandling, kirurgi og alternativ medisin (Kreftforeningen, u.åa). Under kreftbehandlingen er pasientens morbiditet høy. Bivirkninger kan også fremtre etter endt behandling, og i noen tilfeller kan seneffekter oppstå flere år etter endt kreftforløp (Helsedirektoratet, 2020, s. 8). Seneffekter kan oppstå under kreftbehandling og kan vare mer enn ett år etter endt kreftbehandling. Oslo universitetssykehus skriver "Seneffektene kan være av somatisk, psykologisk og/eller av sosial art og kan ha ulik alvorlighetsgrad, og ulik grad av innvirkning på hvert enkelt sitt liv" (Oslo universitetssykehus, u.å.).

2.4 Kreftbehandling og seksuell helse

All kreftbehandling påvirke den seksuelle helsen, da seksuell helse henger sammen med våre fysiske, psykiske og sosiale og kulturelle elementer/faktorer. Direkte bivirkninger kreftbehandling kan medføre er: “Effekter av kirurgi og stråling av kjønnsorgan, smerter ved samleie, tørrhet og redusert elastisitet i skjeden, endret ereksjonsevne, forsinket ejakulasjon, nedsatt følsomhet i kjønnsorgan og redusert seksuell lyst” (Helsenorge, 2021). Hormoner og hormonbehandling, cellegiftbehandling og kirurgisk behandling er alle kreftbehandlinger som direkte kan påvirke den seksuelle helsen. Samtidig kan kreftbehandling påvirke pasienten indirekte, for eksempel ved: “tretthet, kvalme, lekkasje av urin eller avføring, følelser av tap og sorg, bekymringer for fremtiden, angst og depresjon, fysiske smerter og bivirkninger av tilleggsbehandling” (Helsenorge, 2021). Den seksuelle helsen kan endre seg i kreftforløpet, og transformasjonen oppleves forskjellig, ut ifra om man er singel eller i et partnerskap. Likevel vil det påvirke de fleste, uansett situasjon, da det kan endre ens selvbilde, følelser og sosiale interaksjoner i livet (Kreftforeningen, u.åb).

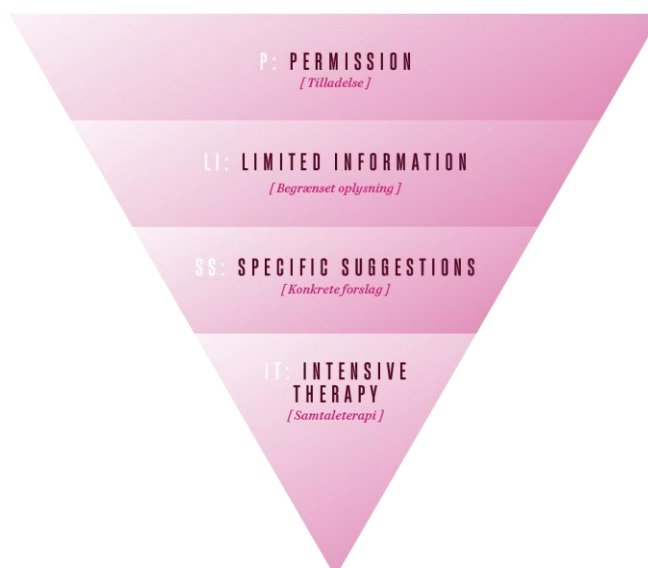
2.5 Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022)

Regjeringens strategi for seksuell helse har mål om å: «Sikre at seksuell helse integreres i helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid i alle nivåer av helse- og omsorgstjenesten». For å hjelpe helsepersonell snakke om seksuell helse presenterer de i strategien en fornorsket versjon av PLISSIT-modellen (Helse og- omsorgsdepartementet, 2016, s. 26). De understreker i strategien at det ikke forventes at alle skal snakke om seksuell helse, men inkluderer de med 3-årig relevant utdanning og stiller forventning til dem om å være åpen for å snakke om det, og gi tilpasset begrenset informasjon til pasienter om seksuell helse. Da sykepleieryrket er en 3-årig bachelorutdanning, som gir profesjonsstatus innenfor helsevesenet, faller det innenfor denne kategorien.

2.6 PLISSIT-modellen

Det finnes flere modeller som forklarer hvordan sykepleiere kan ta opp tema om seksuell helse. Vi har valgt å avgrense til PLISSIT-modellen. PLISSIT (Figur 1) er en modell som presenterer hvordan sykepleiere kan ta opp temaet seksuell helse i møte med pasienter ved bruk av et kommunikasjonsverktøy (Gamnes, 2016, s. 399). Modellen består av fire trinn i form av bokstaver, som brukes for å identifisere pasientens seksuelle utfordringer. Trinnene går som følger; P- tillatelse: Nivå som tillater og gjør det trygt for alle å snakke om seksuell helse. LI- begrenset opplysning: Enkel og saklig informasjon som er lett å forstå og lett tilgjengelig, både skriftlig eller muntlig. SS- konkrete forslag: Nivået gjelder enkelte som trenger forslag til spesifikke situasjoner, krever utdypet forståelse og kunnskap om tema. T- samtaleterapi: Noen få har behov for spesialisert hjelp med sexolog, behandlingen tar sted på institusjoner med kompetanse innenfor seksualitet og seksuell helse (Gamnes, 2016, s. 400). Rekkefølgen sees ut ifra pasientens behov for samtale og hjelp i forhold til seksuell helse. Nivåene modellen beskriver avhenger også av pasientens åpenhet og villighet til å selv snakke om tema. Sykepleierne må ta pasientens åpenhet i betraktning når de skal vurdere hvilken fremgangsmåte som er riktig. Samtidig vil sykepleierens åpenhet om å snakke om seksuell helse tillate pasienten selv ta opp tema når de føler seg komfortabel.

Figur 1: PLISSIT-modellen



(Jack Annon, 1976. Hentet fra: <https://dsr.dk/article-theme/seksualitet>)

3.0 METODE

3.1 Hva er metode?

Metode er en arbeidsmåte med formål å finne informasjon om noe man ønsker å undersøke eller forske på. Metoden som brukes, avhenger av hva en ønsker å finne svar på (Dalland, 2017, s. 51).

I hovedsak brukes enten kvalitativ metode, kvantitativ metode, eller en kombinasjon av disse. Vår oppgave baseres på forskningsartikler av kvalitativ metode. Kvalitativ metode brukes for å få en dybdeforståelse, samt innhente opplysninger om meninger og opplevelser en ikke kan måle. Informasjonen en innhenter ved hjelp av kvalitativ metode omtales gjerne som “myke” data. Kvantitativ metode benyttes for å innhente målbare data. Man bruker gjerne statistikk og spørreskjema for å undersøke et tema. Dataene man innhenter ved denne metoden omtales ofte som “harde” (Dalland, 2017, s. 52-53).

3.2 Integrativ litteraturoversikt

Denne oppgaven er en integrativ litteraturoversikt. Når man skriver en litteraturoversikt, kan det gjøres på ulike måter. I helse- og sykepleierutdanningen er det vanlig å skille mellom allmenn litteraturoversikt og integrativ litteraturoversikt. En litteraturoversikt har som hensikt å skape oversikt over et sykepleiefaglig tema eller område (Friberg, 2017, s. 141).

Allmenn og integrativ litteraturoversikt har flere fellestrekk, blant annet å skape et overblikk over et valgt fagområde. Ved å utføre en integrativ litteraturoversikt tar man oppgaven et steg videre ved å i tillegg til å utføre datasamling, sammenligne resultatene, også kommer med egne konklusjoner, og skaper en ny helhet (Friberg, 2017, s. 150).

3.3 Søkeprosess

3.3.1 Valg av søkestrategi

Som søkestrategi har vi valgt å benytte strukturert litteratursøking. Ved å søke på denne måten avgrensers man søket på en strukturert måte og kan derfor gjøre arbeidet med å finne relevant litteratur enklere (Dalland, 2017, s. 156). Vi avgrenset søket ved å se på artikler publisert mellom 2012 og 2022. Trolig kunne vi sett på eldre artikler også med tanke på problemstillingen, men siden sykepleieryrket stadig er i endring og det kreves at sykepleiere holder seg faglig oppdatert valgte vi å avgrense søket til ti år tilbake i tid. Videre avgrensning innebar å se på artikler fra vestlige land der helsevesenet kan sammenlignes med eller har fellestrekk med det norske. Dette for å øke relevansen for norske forhold, og for å se sammenhenger i sykepleiepraksisen. Da det er noe begrenset forskning rundt vårt tema, valgte vi å søke med engelske søkeord for å få tilgang til den forskningen som finnes på området, derfor ble ytterligere avgrensning artikler med engelsk språk. Forskningsartiklene vi valgte måtte også oppfylle krav om IMRaD-struktur, de måtte være fagfellevurderte og vi vurderte at artikler med kvalitativ tilnærming ville være best til å svare på problemstillingen. Våre inklusjonskriterier ble som følger: menn og kvinner med kreft, forskning utført i vestlige land, sykepleieperspektiv, og eksklusjonskriteriene ble: studenter som informanter

3.3.2. Søkeord

Ved å benytte utvalgte ord og fraser, avgrenset vi søket til å finne relevante forskningsartikler. Vi ønsket å finne forskningsartikler som tok utgangspunkt i sykepleiernes opplevelser, holdninger og erfaringer relatert til seksuell helse og seksualitet. Derfor valgte vi å bruke “nurs* perspective”, “nurs* attitudes”, “healthcare professionals”, “healthcare workers” og “healthcare providers” som søkeord for å finne artikler med utgangspunkt i sykepleieres perspektiv. Videre brukte vi søkeordene “cancer patients”, “oncology patients”, “patients with cancer”, og søkeordene “sexual health” og sexuality for å finne artikler som omhandlet seksuell helse og seksualitet hos kreftpasienter. Vi har også valgt å bruke communication som et søkeord.

Vi brukte OR i søkene våre slik at vi kunne bruke ord som tilsvarte hverandre for å få flere relevante treff. Vi brukte også AND for å sette sammen søkene slik at de rettet seg spesifikt mot det temaet vi hadde valgt. Vi brukte også trunkeringen “nurs*” for å få opp resultater som inkluderer “nurse”, “nursing” og “nurses”.

3.3.3 Valg av databaser

For å finne relevante artikler ble det gjort søk i databasene CINAHL, Medline og British Nursing Index. Databasene er godkjent og mye brukt for å finne forskning innenfor helsefagene og derfor innenfor sykepleien. Søk i British Nursing Index ga ingen relevante treff. Vi hentet tre artikler fra Medline, og den siste fra CINAHL. Vi vil likevel presisere at flere av artiklene vi valgte fra Medline, også finnes i CINAHL.

3.3.5 Valg av artikler

For å finne artiklene, brukte vi søkeord og fraser i ulike kombinasjoner. Vi ønsket artikler avgrenset til spesialisthelsetjenesten og vinklet fra sykepleiernes perspektiv. Dermed ble en rekke artikler ekskludert ettersom de hadde pasientperspektiv, til tross for søk der vi avgrenset til sykepleieperspektiv. Vi fant også artikler fra ikke-vestlige land som ble ekskludert da vi mener det er for store forskjeller på helsevesenet til at det er relevant for norsk praksis. I tillegg valgte vi kun artikler som fulgte IMRaD-strukturen, samt var fagfelleurdert. Søket vårt var ikke begrenset til kun kvalitative studier, men med bakgrunn i problemstillingen ble det likevel vurdert at kvalitative studier best kunne svare på problemstillingen. Etter analysearbeid der vi leste abstraktet til aktuelle artikler, ble til slutt fire kvalitative artikler, presentert i tabell 1, vurdert til aktuelle for problemstillingen vår.

Tabell 1: Presentasjon av forskningsartikler

Forfattere/årstall	Tema	Hensikt	Perspektiv	Metode
Catharina Frid Annerstedt, & Stinne Glasdam. (2019).	Sykepleieres holdninger omkring seksuell helse	Undersøke sykepleieres ytringer/ formeninger angående støtte og kommunikasjon i forhold til seksuell helse.	Sykepleier	Kvalitative semi-strukturerte intervju
Cecilia Olsson, Anna- Lena Berglund, Maria Larsson & Elsy Athlin. (2012).	Indre og ytre barrierer hindrer sykepleiere fra å ta opp seksuell helse	Å beskrive sykepleieres inntrykk av å ta opp seksuell helse i samtale med kreftpasienter.	Sykepleier	Kvalitativ metode. Intervju
Leonore F. Albers, Folkertje B. Bergsma, Hilda Mekelenkamp, Rob C.M Pelger, Eveliene Manten- Horst & Henk W. Elzevier. (2020).	Seksuell helse hos ungdom og unge voksne med kreft	Få innsikt i hvordan helsepersonell arbeider for å ivareta ungdom og unge voksnes behov i forhold til seksuell helse.	Lege og sykepleier	Kvalitative semi-strukturerte intervju
Jane M. Ussher, Jeanette Perz, Emilee Gilbert, W.K Tim Wong, Catherine Mason, Kim Hobbs & Laura Kirsten. (2013).	Helsepersonellens erfaringer knyttet til kreftpasienter og deres partnere, og seksuell helse	Undersøke hva helsepersonell legger i ordet seksuell helse og hvordan de forstår/vektlegger bekymringer om seksuell helse i sammenheng med kreft.	Sykepleiere, leger, psykologer og sosialarbeidere	Kvalitativ metode med en struktur basert dialog og semi-strukturerte intervju.

3.4 Analyse

I analysearbeidet arbeidet vi etter metoden Friberg (2017, s. 148-150) beskriver som fremgangsmåte for å analysere datamaterialet. Etter å ha valgt de artiklene vi ønsket å bruke, gikk vi i gang med å lese nøye gjennom resultatene fra de ulike studiene. Vi startet med å lese artiklene flere ganger for å forstå helheten. Deretter satte vi funnene fra artiklene i en tabell for å lettere kunne se hva studiene hadde kommet fram til. Videre sammenlignet vi resultatene som gikk igjen og foretok en datareduksjon der vi plukket ut resultatene som var relevante for problemstillingen. Til slutt satt vi igjen med fire hovedkategorier med tilhørende fem underkategorier presentert i tabell 2.

Tabell 2: Oversikt over hovedkategorier og underkategorier

Hovedkategori	Underkategori
Sykepleieres holdninger	Tabubelagt tema Sykepleiernes oppfatning av seksuell helse Hvem er pasienten?
Usikkerhet knyttet til ansvar	
Maktforhold og relasjon	
Ytre barrierer	Arbeidsplassens omgivelser Mangel på kompetanse

4.0 RESULTAT

4.1 Sykepleieres holdninger

Seksuell helse fremstilles som et tabubelagt tema og sykepleiernes holdninger var avgjørende for om tematikken ble tatt opp i samtale med pasientene.

4.1.1 Tabubelagt tema

Et gjentagende resultat i forskningsartiklene var at seksuell helse fremsto som et privat tema, og sykepleiere var redd for å krenke og eller skape en ubehagelig atmosfære for pasientene (Annerstedt & Glasdam, 2019; Olsson et al., 2012; & Ussher et al., 2013). I studien til Annerstedt og Glasdam (2019, s. 3561), uttrykte en deltaker det var flaut å snakke om da seksuell helse relateres til samleie, deltakeren sa: “So I think it is embarrassing for many, that is, people think it is hard to talk about, and it is probably because you associate it with penetration sex” (Annerstedt & Glasdam, 2019, s. 3561). Resultatene indikerte at sykepleierne synes det var vanskelig å diskutere tema.

I studien til Annerstedt og Glasdam (2019) følte sykepleierne det var irrelevant og ofte flaut å snakke om seksuell helse med pasienter, dermed ble andre tema prioritert istedenfor seksuell helse. I studien opplevde også noen sykepleiere seksuell helse som flaut å snakke om med det motsatte kjønn (2019, s. 3560-3561). I studien til Ussher et al. (2013, s. 1379) bemerkes det selv med god kunnskap om tema synes mange det var vanskelig å ta opp, da de selv ikke var komfortable og trygge nok til å initiere samtalen. I studien til Olsson et al. (2012, s. 428) begrunnet noen deltakere at de var komfortable med å tematisere seksuell helse da de var trygg på egen kompetanse og egen seksuell helse, og de mente det avhenger av sykepleierens personlige utvikling.

4.1.2 Sykepleiernes oppfatning av seksuell helse

Flere sykepleiere mente at seksuell helse hadde mindre betydning i forhold til de fysiske problemene som oppsto i kreftforløpet. I studien til Annerstedt og Glasdam (2019, s. 3560) ble fysiske plager som fatigue og kvalme i kreftforløpet vurdert som viktigere å tematisere enn seksuell helse. Sykepleierne i studien hadde en oppfatning om at pasientene selv ikke mente seksuell helse var viktig og eller relevant i kreftforløpet. Likevel, mente noen sykepleiere at seksuell helse var nevneverdig, men det krevdes egen tid utenom de vanlige konsultasjonene med lege og sykepleier. Kreft som direkte påvirker den seksuelle helsen ga større grunnlag for å snakke om seksuell helse med pasientene ifølge studien til Olsson et al. (2012, s. 428). I studien til Albers et al. (2020, s. 136) følte noen sykepleiere at temaet var relevant, men flere synes de manglet kunnskap til å kommunisere temaet ordentlig. I tillegg var det flere som syntes det burde spres bevissthet om forventet endret seksuell helse før kreftbehandlingen startet.

4.1.3 Hvem er pasienten?

I studien til Annerstedt og Glasdam (2019, s. 3559) uttrykte sykepleierne i intervju at de mente temaet seksuell helse kun var nødvendig i møte med yngre normative heteroseksuelle pasienter. Den eldre pasientgruppen ble ikke sett på som seksuelt aktiv, og dermed var det ikke behov for å tematisere seksuell helse. I tillegg, ble det ikke satt fokus på seksuell helse dersom pasientene var single. Sykepleierne uttrykte bevissthet rundt sine egne fordommer i møte med den eldre pasientgruppen.

Studien til Ussher et al. (2013, s. 1381) belyste også at sykepleierne følte seksuell helse ikke var like viktig for eldre pasienter. Fra sykepleierens perspektiv, ble de sett på som uinteressert i tema som sex. Andre faktorer som kunne være problematiserende i forhold til pasientens bakgrunn inkluderte; kjønn, legning og kulturell bakgrunn. Faktorene medførte vanskeligheter i en eventuell diskusjon med pasienten, ifølge sykepleierne. En lege som deltok i studien, mente det var vanskelig for helsepersonell å ta opp seksuell helse med det motsatte kjønn. Det var motstridende oppfatninger rundt temaet i studien. En sykepleier mente uansett kjønn og alder spilte det ingen rolle hvem man snakket med angående seksuell

helse. En annen sykepleier følte på et sterkt ansvar, om at alle hadde rett på samme informasjon uansett bakgrunn.

I diskusjon om den yngre pasientgruppen i studien til Albers et al. (2020, s. 135) var det enighet blant sykepleierne som deltok. De mente det var viktig å snakke om seksuell helse med den yngre pasientgruppen. Noen av sykepleierne følte det var lettere å ta opp tema når pasientene stilte spørsmål som kunne knyttes opp til seksuell helse.

4.2 Usikkerhet knyttet til ansvar

Resultatene viste at det var usikkerhet knyttet til hvem som hadde ansvar for å ta opp seksuell helse. Forskningsartiklene peker på at noen mente det var legenes ansvar, andre mente det var sykepleiernes ansvar og enkelte mente det var pasientenes ansvar å ta opp temaet.

Studien til Olsson et al. (2012, s. 428) viste at sykepleierne mente det var en del av deres ansvar, men at det ikke likevel var en del av deres daglige arbeidsoppgaver. De visste ikke når seksuell helse skulle tas opp og hvem som skulle gjøre det. Sykepleierne i studien mente at det også var legenes ansvar å ta opp temaet da de seksuelle utfordringene ofte skyldtes den medisinske behandlingen.

Albers et al. (2020, s. 135) beskrev at sykepleierne, men også legene ikke visste hvem som hadde ansvaret for å ta opp tematikken. Noen av legene i studien mente det var sykepleiernes oppgave da sykepleier-pasient-relasjonen kunne bidra til å ta bort noe av presset hos pasientene, mens andre leger mente det var en legeoppgave da de hadde jevnlig oppfølgingstimer med pasientene. Det var tydelig et savn etter klarhet i hvem som skulle ha ansvar for tema. Dette illustreres i følgende sitat fra en av studiens informanter; «It should be clear who is responsible for discussing sexual health, otherwise it will not happen» (Albers et al, 2020, s. 135).

Studien til Ussher et al. (2013, s. 1380) viste at deltakerne mente de burde ta ansvar for å ta opp seksuell helse ettersom det kunne være flaut for pasienter, men fraskrev seg selv og sin profesjon ansvaret. De mente andre profesjoner var mer egnet til å ta opp tematikken med pasientene. Deltakerne som faktisk tok opp dette med pasienter, mente dette er noe *alle*

helsepersonell bør kunne ta opp. Det kom også fram i studien at det var viktig at det rettes oppmerksomhet mot hvem som skal ha ansvaret da det trolig ikke blir tatt opp dersom man fraskriver seg ansvaret og mener det er noen andres oppgave.

Annerstedt og Glasdam (2019, s. 3561) peker på at sykepleierne så ut til å ha en oppfatning om at det verken var legene eller sykepleierne som hadde ansvar for å ta opp tematikken, men pasienten selv. På klinikken der studien ble gjennomført, var det en «felles forståelse» for at seksuell helse ikke var et tema, og hvis det ble snakk om seksuell helse så var det kun de fysiske plagene til pasientene som ble snakket om. Sykepleierne i studien mente derfor det å gi en brosjyre med generell informasjon var den beste og mest korrekte måten å informere om seksualitet på. Ved å gjøre dette mente sykepleierne de hadde gjort jobben sin samtidig som de unngikk å snakke om seksuell helse. Dersom pasientene ønsket mer informasjon, ble det pasientens eget ansvar å ta det opp på et senere tidspunkt.

4.3 Maktforhold og relasjon

Maktforhold og relasjon så ut til å være to viktige aspekter som avgjorde om seksuell helse ble diskutert i samtale av helsepersonell. I den tyske studien som inkluderer ungdom, Albers et al. (2020, s. 135) mener noen sykepleiere at deres tette oppfølging av pasienten gjorde det lettere for dem å skape en god relasjon, slik at man kunne snakke om seksuell helse med pasientene. I tillegg kom det frem at når sykepleierne tok opp seksuell helse, ble det lettere for de yngre å dele deres bekymringer. I den svenske studien Annerstedt og Glasdam (2019) viste resultatene at sykepleierne hadde makten til å styre samtalen i deres favør, avhengig av relasjonen de hadde med pasienten (Annerstedt & Glasdam, 2019, s. 3561). I studien til Ussher et al. (2013) uttrykte en deltaker i følgende sitat: “It takes time to build that rapport before I’d be comfortable to go towards that subject” (Ussher et al, 2013, s. 1383). Dette kan tyde på at sykepleierne hadde behov for å føle seg komfortable med pasienten for å ta opp følgende tema.

Da sykepleiere hadde makt til å styre samtalene, medførte det manglende anledning for pasientene å reflektere og formulere spørsmål om seksuell helse (Annerstedt & Glasdam, 2019, s. 3560). Resultatene indikerte at mangelfull relasjon til pasienten førte til at

sykepleierne ikke tematiserte seksuell helse i kommunikasjon med pasientene. Ifølge en deltaker, dersom sykepleier og pasient fikk tid til å knytte en god relasjon over tid, førte det til at pasientene og sykepleier var mer villig til å snakke om seksuell helse, illustrert i sitatet “It depends a bit on who I have in front of me. Because I avoid it too... So when I bring it up, I feel quite comfortable with it.” (Annerstedt & Glasdam, 2019, s. 3561).

4.4 Ytre barrierer

Resultatene viste at det det var flere ytre barrierer som påvirket om seksuell helse ble tatt opp eller ikke. Kulturen på arbeidsplassen og mangel på kunnskaper om seksuell helse var faktorer som var av betydning.

4.4.1 Arbeidsplassens omgivelser

Det fremkommer i studien til Annerstedt og Glasdam (2019, s. 3560) at å snakke om seksualitet med pasientene, var upassende. Det var en felles forståelse for dette på klinikken, og det ble lagt føringer for hva som var greit å ta opp, samt hvordan pasientene skulle forholde seg til klinikkens rutiner. Dersom seksualitet i det hele tatt ble tatt opp, var det kun de fysiske aspektene av den seksuelle helsen som ble snakket om, og pasientene fikk heller ikke mye rom til å stille spørsmål.

Albers et al. (2020, s. 135-136) viste det var vanskelig å finne riktig tidspunkt å ta opp seksualitet med pasientene. Deltakerne var enige i at det ikke var et *riktig tidspunkt*, men at dette var noe man måtte vurdere individuelt. Likevel var det enighet rundt hvor viktig det var å skape bevissthet hos pasientene om seksuell helse fra starten av. En av deltakerne i studien mente det kunne være hensiktsmessig å sette opp en ekstra time til å diskutere seksuell helse. Det var også flere deltakere som mente det var viktig med repetisjon, det var ikke nok å ta det opp én gang.

Studien til Olsson et al. (2012, s. 429) viste at måten avdelingen var organisert på gjorde det vanskelig for sykepleierne å skape en god nok relasjon til pasientene til å snakke om seksuell

helse. Andre faktorer som påvirket relasjonen mellom sykepleier og pasient var at flere av pasientene hadde kort liggetid og kontinuiteten i sykepleier-pasient-relasjonen var for dårlig. Dårlig tid og mangel på ledige rom i avdelingen ga færre muligheter til å snakke med pasientene uten forstyrrelser. Noen av deltakerne i studien oppga at de noen ganger hadde snakket med pasientene om seksuell helse, men de var opptatt av å møte pasientene flere ganger før det ble tatt opp.

Ussher et al. (2013, s. 1383) viste også at mangel på tid og et privat rom var faktorer som påvirket om seksuell helse ble tatt opp. Deltakerne mente de ikke hadde nok tid til å bygge en god nok relasjon til at det ble komfortabelt å ta opp temaet. Legene i studien mente også de hadde for lite tid til å ta opp temaet på en vanlig konsultasjon, og at de hadde andre viktigere ting å ta opp. En annen faktor var at det var vanskeligere å ta opp seksuell helse med pasientene dersom de hadde med seg partner eller familie.

4.4.2 Mangel på kompetanse

Studien til Olsson et al. (2012, s. 428) viste at sykepleierne unngikk å snakke om seksuell helse da de følte de manglet kunnskaper og erfaringer til å støtte og gi råd til pasientene. Likevel viste studien at det var lettere å snakke om seksuell helse når krefttypen og behandlingen var kjønnsespesifikk og hadde en direkte konsekvens på sexlivet.

Albers et al. (2020, s. 136) viste at helsepersonellet ikke hadde fått nok undervisning i løpet av utdanningen eller trening i sexologi, og at dette trolig var en medvirkende faktor til hvorfor de ikke snakket med pasientene om seksualitet. Mer undervisning i utdanningen ville trolig gjort det lettere for sykepleiere å ta opp tematikken, ifølge en av deltakerne i studien; «If the threshold for talking about sexual health is already lowered by education, it will be easier to talk about this subject later in your career» (Albers et al., 2020 s. 136). Det fremkommer også i studien at kreftsykepleiere bør få utvidet opplæring. Deltakerne mente opplæringen, som et minimum, burde bestå av seksualitet og kreft, og praktisk informasjon om hvordan man starter en samtale om seksuell helse.

Studien til Ussher et al. (2013, s. 1379) viste at hovedgrunnen til hvorfor sykepleierne ikke tok opp seksuell helse, var grunnet mangel på utdanning og opplæring, selv når det ble anerkjent at det var viktig å diskutere. Mangel på kunnskaper og erfaringer førte til at når det først ble tatt opp, var det kun helt enkle ting som ble snakket om, de gikk ikke inn på detaljer. Studien viste likevel at de som snakket jevnlig om seksualitet, hadde bygd opp kunnskapene sine gjennom utdanning og tidligere erfaringer. Dette førte til at sykepleierne ble mer komfortable med å ta opp seksuell helse.

5.0 DISKUSJON

I dette kapitlet diskuterer vi i første delkapittel anvendt metode for å belyse hensikten med oppgaven. Vi trekker også inn kildekritikk og diskuterer artiklenes troverdighet og relevans for besvarelsen. I andre delkapittel har vi resultatdiskusjonen. Her vil vi diskutere våre funn i sammenheng med teori og egne refleksjoner.

5.1 Metodediskusjon

5.1.1 Integrativ litteraturoversikt som metode

Bruk av integrativ litteraturoversikt som metode og med fire forskningsartikler, har etter vår mening, vært tilstrekkelig til å svare på hensikten vår. Da temaet vi valgte tilsynelatende er lite forsket på, valgte vi artikler som var skrevet på engelsk. Innholdet i forskningsartiklene kan dermed ha blitt tolket annerledes i oversettelsesprosessen. I tillegg kunne et søk som inkluderte flere språk eller forskning fra ikke-vestlige land, avdekket et bredere søkeresultat. En annen svakhet er at det utelukkende ble søkt på artikler som samsvarte med vår hensikt. Dette medfører en subjektiv utvelgelse av artikler, noe som fører til at andre viktige funn og synspunkter kan ha gått tapt. Vi valgte å se på artikler begrenset ti år tilbake i tid for at forskningen skulle være relevant. Ut fra egne oppdagelser etter å ha jobbet med dette temaet over flere uker, har vi funnet ut at dette er et problem som har røtter langt tilbake i tid og problemene som var da, er mye av de samme problemene vi mener eksisterer nå. Det kan tyde på at det er blitt gjort lite endringer i praksisen de siste årene og vi kunne trolig brukt eldre artikler. Det at vi har valgt to litt eldre og to nyere artikler er med på å styrke oppgaven da det viser at seksuell helse har vært og fortsatt er et problem. Vi har også fått frem viktige poeng fra artiklene som svarer godt på hensikten vår, og som vi mener er relevant for norske forhold. Resultatene vi har kommet frem til ved å bruke denne metoden er såpass sterke og gjennomgående at andre trolig hadde kommet frem til lignende resultater, noe som etter vår mening er med på styrke studien vår.

5.1.2 Kvalitativ forskning som metode

Samtlige av våre studier benyttet i denne oppgaven tar for seg en kvalitativ tilnærming. Kvalitativ tilnærming har som mål å gå i dybden av et fagområde og undersøke meninger og opplevelser man ikke kan måle seg fram til (Dalland, 2017, s. 52). De studiene vi valgte å bruke hadde som hensikt å blant annet undersøke sykepleiers barrierer og holdninger relatert til seksuell helse hos kreftpasienter, og vi mener derfor en kvalitativ tilnærming passer best til å belyse denne typen problemstilling. Ettersom vi ønsker å se på sykepleieres holdninger, erfaringer og opplevelser knyttet til seksuell helse hos kreftpasienter, var det tydelig for oss helt fra starten av at kvalitativ forskning ville svare best på vår problemstilling. Vi fant tidlig i søkeprosessen ut at det finnes mer forskning på pasientenes opplevelse av seksuell helse og kreft, enn det finnes forskning på seksuell helse fra et sykepleieperspektiv. Det tyder på at det med fordel kan forskes mer på seksuell helse sett fra sykepleieres side, og hvordan sykepleiere kan strukturere arbeidet med seksuell helse i det pasientnære arbeidet.

5.1.3 Land og arena for studiene

De studiene vi valgte å inkludere ble utført i Nederland, Sverige og Australia. Landene studiene ble utførte i, er land vi tenker har et nokså likt og avansert helsevesen som det vi har i Norge. Derfor mener vi studienes resultater kan relateres til norske forhold. Ideelt sett burde samtlige av studiene vært fra Skandinavia, men ettersom vi ikke fant nok forskning som var relevant fra området, ble forskning fra andre land også inkludert. Det fremstår også som om seksuell helse er et globalt problem så forskning fra andre land utenfor Skandinavia er etter vår mening, vel så bra.

Vi ønsket å bruke en forskningsarena der sykepleiere møter kreftpasienter i alle stadier av kreft og kreftbehandling. Til å begynne med så vi på studier som var utført på sykehus, men etter analysearbeid endret vi tankegangen og ønsket heller å se på artikler som inkluderte flere enheter i spesialisthelsetjenesten. Derfor er våre utvalgte studier utført på kreftklinikker og

sykehus. Vi mener at disse svarer godt til vår problemstilling da klinikkene og sykehusavdelingene retter seg utelukkende mot kreftpasienter.

5.1.4 Hvem er forskerne?

Vi undersøkte bakgrunnen til forskerne for å vurdere troverdigheten til artiklene. Flere av forskerne har helsefaglig bakgrunn og noen av forskerne har spesialisert seg innenfor seksuell helse og helse relatert til kjønn. Det er også flere med sykepleiefaglig bakgrunn, som sykepleier eller spesialsykepleier innenfor kreft, og eller ytterligere forskningskompetanse i form av doktorgrad.

5.1.5 Deltakere

Studiene vi har valgt å bruke har mellom syv og trettiåtte deltakere. I de studiene der alderen på deltakerne ble nevnt, var alderen mellom 24 og 54. Informantene ble invitert via mail, profesjonelt nettverk eller via avdelingsledere. I samtlige av studiene deltok sykepleiere, men i studien til Albers et al. (2020) var leger inkludert, og i studien til Ussher et al. (2013) deltok leger, psykologer og sosialarbeidere. Det var hovedsakelig kvinner som deltok i studiene, men også menn deltok i studien til Ussher et al. (2013).

Inklusjonskriteriene til de ulike studiene var noe ulike, for de to svenske artiklene var det et kriterium at deltakerne måtte kunne snakke og forstå svensk. Det også var ulike krav til hvor lenge deltakerne måtte ha jobbet for å delta. Studien til Albers et al. (2020) krevde at deltakerne måtte ha jobbet i minimum ett år, mens studien til Olsson et al. (2012) hadde som krav at sykepleierne måtte ha jobbet i minimum to år. Samtlige av de som deltok i studiene, hadde erfaring med kreftpasienter i både ulike faser av sykdommen og med ulike typer kreft. Det var kun én av studiene, Annerstedt og Glasdam (2019), som spesifiserte eksklusjonskriterier, disse inkluderte sykepleiere i mammapermisjon og sykepleiere som var fulltids sykemeldt.

Å bruke artikler med deltakere som ikke bare var sykepleiere, mener vi er en styrke med vår besvarelse. Det er med på å fremheve spesielt dette med usikkerhet knyttet til hvem som har ansvar for å ta opp seksuell helse med pasientene, men også for å belyse at det tverrfaglige samarbeidet muligens bør forbedres.

5.1.6 Etiske overveielser

I studiene vi valgte ble etiske forhold ivaretatt ved at deltakerne fikk muntlig og skriftlig informasjon om studien, samt studiens krav om frivillighet og konfidensialitet. Albers et al. (2020) studie ble frikjent for krav om å ivareta etiske forhold etter konsultasjon med medisinsk etisk komité ved Leiden University Medical Center (LUMC) i Nederland.

5.2 Resultatdiskusjon

Målet med denne studien har vært å forstå sykepleieres perspektiv i møte med kreftpasienters seksuelle helse. Vi har ønsket å undersøke hvorfor tema blir unngått og hvordan seksuell helse naturlig kan inkluderes i samtale med kreftpasienter.

Et viktig funn er mangelen på tydelige retningslinjer blant helsepersonell. Man kan stille spørsmål til hvorfor profesjonene ikke har klare regler om ansvaret for gjeldende tema. Både sykepleiere og leger uttrykker usikkerhet om hvem sitt ansvarsområde seksuell helse er. Flere nevner at seksuell helse blir ansett som noen andre sitt ansvarsområde. I Albers et al. (2020, s. 135) studie, mente en av deltakerne dersom det var uklarhet rundt hvem sitt ansvarsområde seksuell helse var, ble det ikke tatt opp med pasientene. Regjeringens strategi for seksuell helse (2017-2022) (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 26) fremhever at alle med 3-årig relevant helseutdanning forventes å kunne initiere samtale om seksuell helse i pasientforløpet. Dette inkluderer lege- og sykepleierprofesjonene. Studier tilsier at sykepleierne som velger å snakke om seksuell helse med pasientene, gjør det på eget initiativ grunnet individuell ansvarsfølelse (Saunamäki & Engström, 2012, s. 536). Ifølge de yrkesetiske retningslinjene skal sykepleiere ivareta hele mennesket (Norsk sykepleierforbund, 2019). Seksuell helse er en del av menneskets fysiologiske og psykologiske funksjon, dermed

faller det innenfor det holistiske perspektivet. Usikkerheten rundt hvem sitt ansvarsområde seksuell helse er, tyder på et svekket tverrfaglig samarbeid mellom profesjonene.

Tverrfaglig samarbeid er vesentlig for god pasientbehandling. Derfor tyder det på at det er viktig at profesjonene kommuniserer tydeligere og arbeider mot et forbedret samarbeid med klar ansvarsfordeling. Våre funn viser dette som et dagsaktuelt problem. Det er viktig å understreke at svekket tverrprofesjonelt samarbeid er en kjent problemstilling som har vist seg å være utfordrende tidligere, som nevnt i fagartikkelen til (Cheetham, 2016).

Fagartikkelen til Cheetham (2016) utforsker tverrprofesjonell læring og dens fordeler.

Fagartikkelen konkluderte med behov i helseutdanning for mer tverrprofesjonelt samarbeid, som kan tydeliggjøre de ulike rollene til profesjonene samtidig som det kan oppnå en økt forståelse for hverandres arbeid. Dette kan sees i sammenheng med behov for økt forståelse for hvem sitt ansvar det er å diskutere seksuell helse med pasientene, da det fortsatt er uklart.

Hvem pasienten er, ser ut til å påvirke helsepersonells holdninger til seksuell helse. I studiene vi har undersøkt, uttrykte helsepersonellet at kjønn, legning, kultur og alder påvirker deres grad av pasienttilbud. Det er stadfestet i loven at alle pasienter har rett på lik tilgang til helsetjenester, ifølge Pasient-brukerrettighetsloven (1999), § 1-1. Sykepleierne som deltok i studien til Annerstedt & Glasdam (2019, s. 3561) mener standardiserte brosjyrer for normative pasienter passer alle. Dette var et overraskende funn, da sykepleieres grunnleggende ansvar innebærer å ivareta den enkelte pasient. Ut fra lovens formål, nevnt ovenfor, kan det forventes at informasjon om seksuell helse skal individualiseres ut ifra pasientens situasjon. Informasjonstilbud i skriftform er viktig å tilby pasienten, men det burde ikke erstatte grundig pasientoppfølging. Det er viktig at sykepleiere har kunnskaper til å vite hvem som er best egnet til å snakke med pasienten om deres problemer og situasjon da noen sykepleiere føler på ansvar for å være pasientens talsperson (Saunamäki & Engström, 2012, s. 534).

PLISSIT-modellen (se Figur 1) er et godt eksempel på verktøy som kan brukes til å initiere samtale om seksuell helse med pasientene. Ved hjelp av modellen kan man vurdere ut ifra den enkelte pasientens behov, om hjelpen som mottas er tilstrekkelig eller om de alternativt trenger ytterligere hjelp fra andre institusjoner som spesialiserer seg innenfor seksuell helse. Det bør nevnes at sykepleiere har gitt uttrykk for fraværende kunnskap om verktøyene

tilgjengelig (Åling, Lindgren, Löfall og Okenwa-Emegwa, 2021, s. 261). Studien rapporterte 86% av sykepleiere ikke visste at verktøy som PLISSIT-modellen eksisterte. Med det tatt i betraktning, kan dette være en medvirkende faktor som forårsaker sykepleieres unnvikelse av temaet i samtale med pasienter. Derfor kan det kanskje være nyttig at enheter i spesialisthelsetjenesten som ivaretar kreftpasienter, burde ha skjema tilgjengelig over modeller som omhandler seksuell helse.

Som nevnt tidligere bemerkes det at sykepleiere har makten til å styre samtalen i deres favør. Etter vår oppfatning og i henhold til våre resultater, tyder det på at sykepleiere har en viktig rolle når det gjelder å bryte stigma rundt seksuell helse. Ved å utøve makten de har og ta ansvar for å tematisere seksuell helse med pasientene, kan det hjelpe å påvirke andre som er redd for å ta opp tema selv. I tillegg, når temaet er anerkjent av helsepersonell, skaper det en tillatelse og trygghet for pasientene å ta opp temaet ved andre anledninger. Den første bokstaven i PLISSIT-modellen, p-permission (tillatelse), forklarer viktigheten av å anerkjenne tema, slik at pasienten vet det er mulig å snakke om seksuell helse med helsepersonell. Følgelig kan dette være med på å bryte barrieren som har naturlig presedens gjennom samfunnets oppfatning om seksualitet som en privat forekomst.

Resultatene viser at sykepleiere velger å ikke snakke om seksuell helse med pasienter, grunnet personlig ubehag, og frykten for å skape ubehag for pasientene. Denne tankegangen kan bidra til å videreføre oppfatningen om seksuell helse som et tabubelagt tema. For å skape et naturlig forhold til tabu tema som seksuell helse, kan sykepleieren gjøre pasienten oppmerksom på at de er til stede for å snakke om eventuelle spørsmål og bekymringer. Det bemerkes i studien til Olsson, et al. (2020) at kommunikasjonsevnene til sykepleiere er bekymringsverdige (Olsson et al., 2020, s. 429). For å gjøre det lettere for sykepleiere å ta opp tema som seksuell helse, kan det være til fordel for sykepleiere å fokusere på personorientert kommunikasjon. Ved å skape en god relasjon til pasienten åpner det for muligheten å snakke om sensitive samtaleemner som seksuell helse, da de to partene har oppnådd tillit til hverandre. Joyce Travelbee forklarer dette i hennes teori om menneske-til-menneske relasjon. Hun mener en god og reell relasjon er avhengig av at sykepleier og pasient anerkjenner hverandre som egne individer, istedenfor rollene tildelt til partene. Deretter vil det oppstå en tillit og forståelse for hverandre, som vil være med å forme en god relasjon. Til gjengjeld kan det hjelpe sykepleieren å navigere samtalen om seksuell helse da

de kjenner pasientens begrensninger gjennom relasjonen. Resultatene indikerer at det bør tas opp på et tidlig tidspunkt at den seksuelle helsen kan endres i kreftforløpet.

I hovedkategorien “ytre barrierer” avklarer mangler på kunnskap angående seksuell helse og mangel på tid som hinder for å ta opp tematikken. I studien til Saunamäki og Engström (2012) uttrykte sykepleierne mangel på tid i tillegg til mangel på rom og privatliv som avgjørende for hvorfor det ikke ble snakket om, dette medføre vanskeligheter for å ta opp temaet da de mente temaet ikke burde bli tatt opp i et hastverk. Sykepleierne uttrykte også behov for støtte og kursing, da de ikke hadde nok grunnkunnskap om tema å støtte seg til i det nåværende arbeidet deres (Saunamäki og Engström, 2012, s. 535).

Problemet kan tenkelig forbindes med manglende oppfølging i utdanningen til sykepleiere. Ut fra våre erfaringer, og i samtale med andre sykepleiere, tyder det på at seksuell helse ikke er dekket nok i sykepleierutdanningen. Mangelen fører til usikkerhet rundt hvordan en skal håndtere temaet. Mangel på kompetanse er en generell barriere i helsevesenet, da sykepleiere som regel ikke utfører, for eksempel, sykepleieprosedyrer hvis de ikke har kjennskap til det fra før. Dette kan sees i sammenheng med å snakke om seksuell helse. Mange sykepleiere har ikke mot til å diskutere seksuell helse, da de ikke har erfaringer eller kunnskaper om det. Derfor kan det stilles spørsmål om det bør være mer teori og praksis som kan forberede nye sykepleiere til å ta opp temaet. Studien utført av Eid et al. (2020) brukte “train-the-trainer” tilnærming, for å gi individuell opplæring om seksuell helse til sykepleiere. Studiens resultat viste post-opplæring en forbedring og økning i deltageres inklusjon av seksuell helse i samtale med pasienter (Eid et al., 2020, s. 53). En slik tilnærming viser seg å ha effekt for å øke sykepleieres villighet til å snakke om seksuell helse. Derfor kan det tyde på at sykepleiere i spesialisthelsetjenesten bør bli tilbudt lignende kursing, enten i utdanningen eller på arbeidsplassen. Dermed er det sannsynlig at utførelsen av dette i praksis vil øke sjansen til sykepleiere å være forberedt i møte med kreftpasienter som har behov for å snakke om seksuell helse.

Det er nevneverdig at hensikten i studien vår og dens resultater, kan ha overføringsverdi til andre pasientgrupper, da seksuell helse generelt sett fremstår som et vanskelig tema å snakke om for sykepleiere, av flere grunner (Saunamäki & Engström, 2012, s. 535-536). Tema kan og ha presedens for andre pasientgrupper som også har behov for å snakke om deres seksuelle

helse. I likhet med kreftpasienter, påvirkes også pasienter med eksempelvis stomi, da de kan oppleve et endret kroppsbilde som kan ha en negativ effekt på deres seksuelle helse.

Debattinnlegget til Nåmdal & Stensås (2019) belyser at stomipasienter, i likhet med kreftpasienter, opplever et helsevesen som ikke er flink til å tematisere seksuell helse med pasientene (Nåmdal & Stensås, 2019).

Deltakerne i forskningsartiklene avdekket at sykepleiere i stor grad er avhengig av hverandre i yrket. De følger mønstrene til veteran-sykepleierne som har stor visdom, respekt og kompetanse innenfor helsevesenet. Likevel kan det være hensiktsmessig at nye sykepleiere er med å utfordre det eldre tankesettet som preger helsevesenet. For at de skal være med å bryte stigma og ubehaget seksuell helse medbringer, må noen gå utenfor sin komfortsone. Dette er trolig nødvendig, da sykepleieryrket er i stadig endring. Å være en god sykepleier avhenger i stor grad av å være faglig oppdatert. I studien til Christiansen & Bjørk (2016) uttrykker deltakerne det å holde seg faglig oppdatert som et personlig ansvar, som stammer fra de yrkesetiske retningslinjene til sykepleiere. Forventningene om å holde seg faglig oppdatert var blitt en del av deltakernes yrkesidentitet (Christiansen & Bjørk, 2016, s. 71).

Tankesettet om at seksuell helse er tabu er i endring og den nye generasjonen utfordrer stadig normene samfunnet baserer seg på. Sykepleiere bør være med på denne tankegangen for å ivareta behovene pasientene presenterer til dem. Derfor kan det tenkes at sykepleiere, spesielt nyutdannede sykepleiere, har et ansvar og mulighet til å bryte stigma rundt seksuell helse som preger helsevesenet. Det er også viktig å nevne at bevisstgjøringen av kommunikasjonsverktøy som PLISSIT, kan være en medvirkende faktor for å øke kunnskap og kommunikasjon om tema. Det å endre sykepleierens indre holdninger kan være vanskelig og ta tid, med tanke på at alle har sine egne barrierer og vanskeligheter for å snakke om tema, som kan fremstå grenseoverskridende.

6.0 ANVENDELSE I PRAKSIS

Etter vårt arbeid med oppgaven, har vi avdekket flere aspekter som påvirker sykepleieres holdninger omkring temaet og hvorfor sykepleiere unngår å ta opp tematikken. Det kan tyde på at det kreves en omveltning i den nåværende praksisen for at det å snakke om seksuell helse skal bli bedre mottatt blant helsepersonell og pasienter. Vi ønsker å foreslå tiltak vi anser som nyttige for å senke terskelen til helsepersonell for å ta opp seksuell helse med pasienter. Vi avdekket at det foreligger kunnskapsmangler blant helsepersonell og det er tenkelig at det trengs mer kursing og øvelse i praksis, samt mer undervisning om tema i grunnutdanningen. I tillegg kan det være hensiktsmessig med fagdager der fokuset er seksuell helse og hvordan man snakker om det med pasientene, her kan man trekke inn relevante kommunikasjonsverktøy. Det ble også avdekket usikkerhet knyttet til hvem sitt ansvar det er å ta opp seksuell helse med pasientene. Derfor kan det tenkes at klare retningslinjer for hvem ansvaret ligger hos er nødvendig og det tverrfaglige samarbeidet bør trolig styrkes for å gi pasientene et godt og fullverdig behandlingstilbud.

REFERANSER

- Albers, L. F., Bergsma, F. B., Mekelenkamp, H., Pelger, R. C. M., Manten-Horst, E & Elzevier, H. W. (2020). Discussing Sexual Health with Adolescent and Young Adults with Cancer: a Qualitative Study Among Healthcare Providers. *Journal of Cancer Education*, 37(1) 133-140. <https://doi.org/10.1007/s13187-020-01796-0>
- Annerstedt, C. F. & Glasdam, S. (2019). Nurses' attitudes towards support for and communication about sexual health - A qualitative study from the perspectives of oncological nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 28(19-20), 3557-3566. <https://doi.org/10.1111/jocn.14949>
- Annon, J. (1976). *PLISSIT-modell*. Hentet fra <https://dsr.dk/article-theme/seksualitet>
- Bruusgaard, D & Rørtveit, G. (2020, 21 mai). Holisme. Hentet fra: <https://sml.snl.no/holisme>
- Cancer Registry of Norway. (2021). *Cancer in Norway 2020. Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway: Kreft i Norge-hva sier tallene?* (ISSN: 0806-3621) Oslo: Kreftregisteret. Hentet fra: <https://www.kreftregisteret.no/globalassets/cancer-in-norway/2020/cin-2020.pdf>
- Cheetham, N. (2016). Få innsikt i hverandres fag. *Sykepleien*, 104(9), 48-50 <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2016.58637>
- Christiansen, B. & Bjørk, I. T. (2016). Godt – eller godt nok? Hvordan opplever sykepleiere idealer og realiteter i utøvelsen av yrket? *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 12(1), 65-76. <http://dx.doi.org/10.7557/14.3774>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eid, K., Christensen, S., Hoff, J., Drake, D., Yadac, K., Burtson, P., Kuriakose, M., Patton, H & Nyamathi, A. (2020). Sexual Health Education: Knowledge level of oncology nurses and barriers to discussing concerns with patients. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 24(4), 50-56. <https://doi.org/10.1188/20.CJON.E50-E56>

Eide, H & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner* (3. utg.). Oslo: Gyldendal.

Friberg, F. (Red.). (2017). *Dags för uppsats* (3. utg.). Lund: Studentlitteratur AB.

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

Helsedirektoratet. (2020, 21. april). *Seneffekter etter kreftbehandling* (IS-2872). Oslo:

Helsedirektoratet. Hentet fra:

https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/seneffekter-etter-kreftbehandling/Seneffekter%20etter%20kreftbehandling.pdf/_attachment/inline/3d984c2a-7926-4d1a-a5f0-06d48fe7c95f:f3e498d059734ff34b013c1c206877e488e95600/Seneffekter%20etter%20kreftbehandling.pdf

Helsenorge. (2021, 29. april). Kreft og seksualitet. Hentet fra:

<https://www.helsenorge.no/sex-og-samliv/kreft-og-seksualitet/>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022)*. Hentet fra:

https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf

Kreftforeningen. (u.åa). Behandling. Hentet fra:

<https://kreftforeningen.no/om-kreft/behandling/>

Kreftforeningen. (u.åb). Seksualitet, kropp og selvbilde. Hentet fra:

<https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/kreft-og-seksualitet/seksualitet-kropp-og-selvbilde/>

M, Åling., Lindgren, A., Löfall & L, Okenwa-Emegwa. (2021). A Scoping Review to Identify Barriers and Enabling Factors for Nurse-Patient Discussions on Sexuality and Sexual Health. *Nursing reports* 11(2), 253-266

<https://doi.org/10.3390/nursrep11020025>

Norsk sykepleierforbund. (2019). Yrkesetiske retningslinjer. Hentet fra:

<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Nåmdal, C. & Stensås, T. A. (2019, 14. oktober). Hvorfor vil ingen snakke med oss om sex og utlagt tarm? Hentet fra:

<https://sykepleien.no/meninger/innspill/2019/10/hvorfor-vil-ingen-snakke-med-oss-om-sex-og-utlagt-tarm>

Olsson, C., Berglund, A-L., Larsson, M. & Athlin, E. (2012). 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>

Oslo Universitetssykehus. (u.å). Seksjon for seneffekter. Hentet fra:

<https://oslo-universitetssykehus.no/avdelinger/kreftklinikken/avdeling-for-kreftbehandling/seksjon-for-seneffekter#les-mer-om-seksjon-for-seneffekter-og-poliklinikk-for-seneffekter>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter.

(LOV-1999-07-02-63). Hentet fra: <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

Saunamäki, N. & Engström, M. (2012). Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears. *Journal of Clinical Nursing*, 23(3-4), 531-540. <https://doi.org/10.1111/jocn.12155>

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Ussher, J. M., Perz, J., Gilbert, E., Wong, W. K. T., Mason, C., Hobbs, K & Kirsten, L.
(2013). Talking about sex after cancer: A discourse analytic study of health care professional accounts of sexual communication with patients. *Psychology & Health*, 28(12), 1370-1390. <https://doi.org/10.1080/08870446.2013.811242>

VEDLEGG 1: SØKELOGG

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte artikler
25.03.2022	Medline	«nurs* perspective» OR «nurs* attitudes» AND «cancer patients» OR «oncology patients» OR «patients with cancer» AND «sexual health» OR sexuality	Peer reviewed 2012-2022	3	3	2	2
28.03.2022	Medline	«sexual health» OR sexuality AND «cancer patients» OR «oncology patients» OR «patients with cancer» AND «healthcare professionals» OR «healthcare workers» OR «healthcare providers»	Peer reviewed 2012-2022	31	10	2	1
28.03.2022	CINAHL	Cancer AND sexuality AND «healthcare professional» AND communication	Peer reviewed 2012-2022	7	3	2	1

VEDLEGG 2: OVERSIKTSTABELL OVER ANALYSERTE ARTIKLER

Artikkel 1	
Tittel	Nurses' attitude towards support for and communication about sexual health - A qualitative study from the perspectives of oncological nurses
Tidsskrift/ årstall/land	Journal of Clinical Nursing (2019). Sverige.
Forfattere	Catharina Frid Annerstedt & Stinne Glasdam.
Perspektiv/utvalg	Sykepleierperspektiv. 7 sykepleiere ved en onkologisk klinikk i sør-Sverige.
Problem	Seksuell helse påvirkes i stor grad når en får kreft og blir behandlet for kreft. Pasienter opplever at tema om seksuell helse ikke tas opp av helsepersonell.
Hensikt	Undersøke sykepleieres yringer angående støtte og kommunikasjon i forhold til seksuell helse.
Metode	Bruk av kvalitative semi- strukturerte intervju basert på SRQR sjekklister. (standard for reporting qualitative research). Ord for ord empirisk analyse av data, deretter ble tre generelle spørsmål formulert for å organisere hovedfunnene i datainnsamlingen.
Resultat	Resultatene fra studiene viser flere tema som hindrer sykepleiere i å snakke om seksuell helse: <ul style="list-style-type: none"> - Seksualitet tilhørte seksuelt aktive yngre. - Seksuell helse har lav prioritet i kreftklinikken. - Seksuelle problemer var fysiske, og kunne behandles farmakologisk. - Samtale om seksuell helse ble erstattet ved utdeling av brosjyrer. - Personlig kjemi og kunnskap med pasienten styrte situasjonen
Konklusjon	Sykepleierens perspektiv var at kommunikasjon og støtte om seksuell helse var fraværende. I tillegg var det å snakke om seksuell helse med kreftpasienter i kreftklinikken av lav prioritet. Sykepleierne hadde makt til å sette standarden for å ta opp tema om seksuell helse i kreftklinikken. Det kliniske blikket påvirket til hvilken grad seksuell helse ble tematisert i kreftklinikken.

Artikkel 2	
Tittel	Patient's sexuality - A neglected area of cancer nursing?
Tidsskrift/ årstall/land	European Journal of Oncology Nursing (2012). Sverige.
Forfattere	Cecilia Olsson, Anna- Lena Berglund, Maria Larsson & Elsy Athlin
Perspektiv/utvalg	Sykepleierperspektiv. 10 sykepleiere som jobbet med kreftpasienter i ulike stadier av sykdommen, samt med ulike typer kreft.
Problem	Sykepleier snakker ofte ikke om seksuell helse med kreftpasienter. Studier viser at sykepleiers usikkerhet kan relateres til mangelfull kunnskap og erfaring i møte med seksuell helse.
Hensikt	Hensikten med denne studien var å beskrive sykepleieres inntrykk og opplevelse av å ta opp seksuell helse i samtale med kreftpasienter.
Metode	Ti sykepleiere som arbeider med pasienter i ulike stadier av kreftbehandling ble intervjuet ved bruk av kvalitativ metode.
Resultat	Resultatene i artikkelen påviste en hovedkategori og tre beskrivende underkategorier: <ul style="list-style-type: none"> - Vi burde snakke om seksuell helse- men vi gjør det som regel ikke det <ul style="list-style-type: none"> - Sykepleieres holdninger, kunnskaper og ferdigheter har innvirkning - Pasientenes seksuelle problemer er utgangspunkt for dialog - Arbeidsmiljøet påvirker
Konklusjon	Sykepleiere opplevde kreftpasienters behov for å snakke om sin seksuelle helse under kreftforløpet var lav. Likevel følte sykepleierne de må snakke om seksuell helse med pasientene. Men studien viste at egne holdninger, kunnskaper- og ferdigheter mangler og arbeidsstedets premisser, er grunner til at det ikke blir tematisert.

Artikkel 3	
Tittel	Discussing Sexual Health with Adolescent and Young Adults with Cancer: a Qualitative Study Among Healthcare Providers
Tidsskrift/ årstall/land	Journal of Cancer Education (Juni, 2020). Nederland.
Forfattere	Leonore F. Albers, Folkertje B. Bergsma, Hilda Mekelenkamp, Rob C.M. Pelger, Eveliene Manten- Horst & Henk W. Elzevier
Perspektiv/utvalg	Lege og sykepleierperspektiv. 14 personer deltok, det ble ikke skilt mellom leger og sykepleiere (omtales som helsepersonell i studien) da de jobber sammen i team med ungdom og unge voksne.
Problem	Tenåringer og unge voksne som gjennomgår kreft kan oppleve en stopp eller barriere i utviklingen av deres seksuelle helse. Tenåringer og unge voksne oppgir et behov for å motta informasjon fra helsepersonell, men erfaringsmessig opplever de manglende kommunikasjon fra helsearbeidere.
Hensikt	Studien sitt mål er å få ny innsikt i helsepersonells perspektiv, og hvordan de arbeider for å ivareta ungdom og unge voksnes behov i forhold til seksuell helse.
Metode	Semi-strukturert intervju av kvalitative metode ble brukt. Seks leger og åtte sykepleier spesialisert i ungdom og unge voksnes helse ble intervjuet.
Resultat	<p>Intervjuene med helsepersonellet avslørte fem hovedtema med tilhørende underkategorier i diskusjonen om seksuell helse.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Å ha ansvar om å ta opp tema om seksuell helse - Finne et godt tidspunkt å snakke om seksuell helse - Innhente kunnskap for å kunne tematisere seksuell helse i samtale - Tilrettelegge for kommunikasjon om seksuell helse <ul style="list-style-type: none"> - Verktøy for å tilrettelegge kommunikasjon - Kommunikasjonsstrategier for å tilrettelegge diskusjon om seksuell helse med ungdom og unge voksne under konsultasjoner - Anskaffe informativt materiale for ungdom og unge voksne
Konklusjon	For å tilrettelegge for samtale om seksuell helse, må ansvarsområder innenfor helsepersonell gruppen defineres og de må ha gode nok grunnkunnskaper. Kommunikasjonsverktøy for helsepersonell og selv-rapport-skjema, sjekklister, og informasjonshefter er hjelpsomt når en skal diskutere seksuell helse. Ved å ta i bruk disse kan kommunikasjon med tenåringer og unge voksne forbedres.

Artikkel 4	
Tittel	Talking about sex after cancer: A discourse analytic study of health care professional accounts of sexual communication with patients
Tidsskrift/ årstall/land	Psychology & Health (2013). Australia.
Forfattere	Jane M. Ussher, Jeanette Perz, Emilee Gilbert, W.K Tim Wong, Catherine Mason, Kim Hobbs & Laura Kirsten
Perspektiv/utvalg	Sykepleiere, leger, psykologer og sosialarbeidere. 38 personer deltok. 11 sykepleiere, 9 leger, 10 psykologer og 8 sosialarbeidere som alle jobbet innenfor ulike kreftspesialiteter.
Problem	Det er bevist at behov for informasjon og støtte om seksuell helse for pasienter med kreft ikke er møtt av helsepersonell.
Hensikt	Studien undersøkte flere problemstillinger: Hvordan omtaler helsepersonell konseptet om seksualitet innenfor kreft bildet? Hvilken oppfattelse og tanker bruker helsepersonell i seksuell kommunikasjon? Hva anser helsepersonell som barrierer i samtale om seksuell helse med kreftpasienter?
Metode	Studien tar i bruk en kvalitativ metode med en struktur basert dialog, i sammenheng med en drøftelse mellom subjektivitet og sosial praksis. 38 helsepersonell som var anerkjent innenfor spesialisering av kreft, tok del i semi-strukturerte intervju.
Resultat	Ulike problemer og barrierer ble oppdaget gjennom studien: <ul style="list-style-type: none"> - Kreftbehandling ble identifisert som hovedårsaken til seksuell smerte og seksuell dysfunksjon, det medførte også endret kroppsbilde og endret sex liv - Sex burde være en del av pasient oppfølgingen, der sex blir gjenkjent som viktig å kommunisere om for å gi god pasientstøtte - Helsepersonell identifiserte tre hovedkategorier som gjorde at de ikke ville snakke om sex: kunnskap, selvtillit og ubehag.
Konklusjon	Studien konkluderer med at det er behov for bevisstgjøring i blant helsepersonell til å ta ansvar for å inkludere tema med pasientene. Sex må sees fra et helsefaglig perspektiv uavhengig av kjønn, alder, kultur, seksuell legning eller krefttype. Samtidig kan informasjon og brosjyrer til personer med kreft redusere bekymringer om at tema ikke er mulig å diskutere. Studien avslutter med å uttrykke at sex ikke må være et vanskelig tema etter kreft, da det kan identifiseres som et viktig aspekt for å ivareta livskvaliteten og et partnerskap.