

Karoline Salbu
Tiril Kristin Fjeld
Kine Didriksen Andreassen

På hvilken måte kan sykepleier, gjennom kommunikasjon, bidra til at pasienter kan mestre sin seksualitet etter behandling for gynekologisk kreft?

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: Kirsten Nordang
Mai 2019

Karoline Salbu
Tiril Kristin Fjeld
Kine Didriksen Andreassen

På hvilken måte kan sykepleier, gjennom kommunikasjon, bidra til at pasienter kan mestre sin seksualitet etter behandling for gynekologisk kreft?

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: Kirsten Nordang
Mai 2019

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik

SAMMENDRAG

| | | |
|--|---|----------------|
| Tittel: | På hvilken måte kan sykepleier, gjennom kommunikasjon, bidra til at pasienter kan mestre sin seksualitet etter behandling for gynekologisk kreft? | Dato: 16.05.19 |
| Deltakere: | Karoline Salbu Tiril Kristin Fjeld Kine Didriksen Andreassen | |
| Veileder: | Kirsten Nordang | |
| Nøkkelord (3-5 stk) | Sykepleie, kommunikasjon, gynekologisk kreft og seksuell helse | |
| Antall sider/ord: 51/10887 | Antall vedlegg: 2 | |
| <p>Bakgrunn: Kvinner behandlet for gynekologisk kreft opplever seksuelle utfordringer, og trenger informasjon og veiledning om seksuell helse. Det er et behov for at sykepleiere har kunnskap om hvordan kommunisere om tematikken.</p> <p>Hensikt: Litteraturstudiens hensikt er å undersøke hvordan sykepleiere kan kommunisere om seksuell helse med pasienter gjennomgått gynekologisk kreftbehandling, og finne ut hvorfor dette er et utfordrende tema å diskutere.</p> <p>Metode: For å besvare litteraturstudiens problemstilling, benyttes vitenskapelige kvalitative og kvantitative forskningsartikler, kombinert med en litteraturstudie og annen relevant faglitteratur. Strukturerte søk ble gjort i databasene Cinahl Complete, Medline Ovid og Pubmed.</p> <p>Resultat: Resultater viser at kvinner behandlet for gynekologisk kreft har et umøtt behov for informasjon om seksuell helse. Sykepleiere viser mangel på trening, opplæring og kunnskap om hvordan kommunisere om seksualitet. Det identifiseres holdninger og barrierer hos sykepleiere som påvirker kommunikasjon, samt mangel på prosedyrer og retningslinjer. PLISSIT-modellen og CARD er foreslåtte kommunikasjonsverktøy for å bistå sykepleiere til å initiere til samtale om seksuell helse.</p> <p>Konklusjon: Gjennom selvrefleksjon kan sykepleiere endre holdninger og barrierer for å bedre kommunikasjon om seksuell helse. Det trengs tilbud om videre fordypning om emnet, og det er nødvendig med utarbeidelse av retningslinjer og prosedyrer.</p> | | |

ABSTRACT

| | | |
|--|---|----------------|
| Title: | In what way can nurses, through communication, assist patients treated for gynecological cancer to cope with their sexuality? | Date: 16.05.19 |
| Participants: | Karoline Salbu Tiril Kristin Fjeld Kine Didriksen Andreassen | |
| Supervisor: | Kirsten Nordang | |
| Keywords (3-5) | Nursing, communication, gynecological cancer and sexual health | |
| Number of pages/words: 51/10887 | Number of appendix: 2 | |
| <p>Background: Women treated for gynecological cancer experience sexual changes, and need information and guidance about sexual health. Nurses need to have knowledge of how to communicate about the topic.</p> <p>Aim: The aim of this study is to examine how nurses can communicate about sexual health with patients treated for gynecological cancer, and why this is such a challenging subject to discuss.</p> <p>Method: To answer the aim of this study, a combination of qualitative and quantitative scientific research articles were used, combined with a literature study and other relevant literature. Structured searches in databases such as Cinahl Complete, Medline Ovid and Pubmed were used.</p> <p>Results: Results show that women treated for gynecological cancer have unmet needs when it comes to information about sexual health. Nurses describe lack of education, training and knowledge on how to communicate about sexual health. Nurses identifies attitudes and barriers that affect communication, as well as lack of procedures and guidelines. Suggested communication tools, such as the PLISSIT-model and CARD, can assist nurses to initiate conversation about sexual health.</p> <p>Conclusion: To improve communication about sexual health, nurses must change their attitudes and barriers through self-reflection. Further education in sexual health should be available, and there is a need for development of guidelines and procedures related to this topic.</p> | | |

Forord

Vi kjenner den gjennom hele livet. Kraften vi kaller seksualitet.

Noen tror den seksuelle delen av oss sitter mellom beina.

Men den sitter like mye mellom ørene.

Jeg snakker ofte om at vi både har en fysisk og en psykisk helse.

Vi har en seksuell helse også. Den er både fysisk og psykisk.

God seksuell helse er med på å holde oss friske og i trivsel.

Dårlig seksuell helse gjør oss mer utsatt for sykdommer og mistrivsel.

Da jeg gikk på skolen, lærte vi lite om seksualitet.

Jeg husker at læreren som viste fram plansjer med tverrsnitt av mannlige og kvinnelige

kjønnsorganer, var like pinlig berørt som oss elever.

Han snakket om masturbasjon og menstruasjon.

Han snakket om faren for å bli gravid og faren for å få kjønnsykdommer.

Han snakket ikke om lengselen og lysten.

Han snakket ikke om nærheten og kjærligheten.

Vi snakker fortsatt for lite og for sjelden om at seksualitet er en fantastisk kraft

som kan gi god helse og høy livskvalitet.

Når du er ung eller gammel. Når du er frisk eller syk.

(...) Vi må snakke mer om seksualiteten vår!

(Bent Høie, sitert i Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s.3).

Innholdsfortegnelse

| | |
|---|----|
| 1.0 Innledning..... | 1 |
| 1.1 Introduksjon | 1 |
| 1.2 Bakgrunn for valg av tema..... | 1 |
| 1.3 Sykepleiefaglig relevans | 2 |
| 2.0 Bakgrunn | 3 |
| 2.1 Seksualitet og seksuell helse | 3 |
| 2.2 Gynekologisk kreft og behandlingsmetode | 3 |
| 2.3 Senskader | 3 |
| 2.4 Å kommunisere om seksualitet | 4 |
| 2.5 Jean Watson | 5 |
| 2.5.1 Watsons omsorgsteori..... | 5 |
| 2.5.2 Hjelp med å imøtekomme menneskelige behov | 5 |
| 2.6 Hensikt og problemstilling..... | 6 |
| 3.0 Metode..... | 7 |
| 3.1 Litteraturstudie som metode..... | 7 |
| 3.2 Kvalitativ og kvantitativ forskningsmetode..... | 7 |
| 3.2.1 Standardiserte spørreskjema og semistrukturert intervju | 8 |
| 3.2.2 Tverrsnittstudie og case-studie | 8 |
| 3.3 Validitet og Reliabilitet..... | 9 |
| 3.4 Inklusjons- og eksklusjonskriterier | 10 |
| 3.5 Søkeprosessen | 10 |
| 3.6 Søkematrise: Strukturerte søk i tabell | 11 |
| 3.7 Analyse: Sammenfatning og bearbeiding | 14 |
| 3.8 Forskningsetikk..... | 15 |
| 4.0 Resultater..... | 16 |
| 4.1 Artikkelmatiser | 16 |
| 4.2 Resultatanalyse | 24 |
| 4.2.1 Seksuell helse; bekymring, problemer og behov for hjelp | 24 |
| 4.2.2 Helsepersonells holdninger til samtale om seksuell helse..... | 25 |
| 4.2.3 Barrierer for kommunikasjon om seksuell helse | 25 |
| 4.2.4 Undervisning av sykepleiere | 25 |
| 4.2.5 Kommunikasjonsverktøy..... | 26 |
| 5.0 Drøfting | 27 |
| 5.1 Seksuell helse; bekymring, problemer og behov for hjelp | 27 |

| | | |
|-------|--|----|
| 5.1.1 | Bekymringer og problemer..... | 27 |
| 5.1.2 | Et sprik mellom forventninger..... | 27 |
| 5.1.3 | Preferanse for kommunikasjonstilnærming..... | 28 |
| 5.1.4 | Ønsket informasjon om seksuell helse | 29 |
| 5.2 | Helsepersonells holdninger til samtale om seksuell helse | 30 |
| 5.2.1 | Ansvarsfraskrivelse | 30 |
| 5.2.2 | Sykepleiere danner antagelser | 31 |
| 5.2.3 | Sykepleieres manglende kulturkunnskap | 32 |
| 5.3 | Barrierer for kommunikasjon om seksuell helse..... | 32 |
| 5.3.1 | Emosjonell unngåelse hos pasienter | 32 |
| 5.3.2 | Emosjonell unngåelse hos sykepleiere | 33 |
| 5.3.3 | Sykepleiere må bli mer selvreflekterte | 34 |
| 5.3.4 | Åpningsspørsmål | 34 |
| 5.3.5 | Mangel på prosedyrer og retningslinjer..... | 34 |
| 5.4 | Undervisning av sykepleiere..... | 35 |
| 5.4.1 | Fagmøter, seminarer, etter- og videreutdanning..... | 35 |
| 5.5 | Kommunikasjonsverktøy | 36 |
| 5.5.1 | PLISSIT-modellen og CARD..... | 37 |
| 5.5.2 | Bruk av kommunikasjonsverktøy i praksis | 37 |
| 5.6 | Kritikk av litteraturstudien | 38 |
| 6.0 | Konklusjon | 40 |
| 7.0 | Litteraturliste | 41 |
| | Vedlegg 1 | 45 |
| | Vedlegg 2 | 46 |

1.0 Innledning

1.1 Introduksjon

Gynekologisk kreft består av ulike typer kreft i kvinnens genitalia, og i 2015 ble 1786 kvinner i Norge diagnostisert med dette (Oncolex, 2017). Kvinner rammet av gynekologisk kreft kan oppleve seksuelle utfordringer som følge av sykdommen og dens behandling, og god informasjon om seksuell helse er derfor viktig (Gynkreftforeningen, u.å). Jean Watson poengterer at seksualitet er et grunnleggende menneskelig behov, og skal derfor ivaretas fordi det er en vesentlig del av menneskets helse (Watson, 1985, s.163; Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Det finnes ingen yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere om hvordan en skal ivareta og kommunisere om seksualitet (Norsk sykepleierforbund, 2011). Kreftforeningens brukerundersøkelse fra 2014 belyser at mange pasienter rapporterer mangel på informasjon om hvordan kreftbehandlingen kan påvirke deres seksualitet. En undersøkelse gjennomført i 2014 blant ansatte ved Sykehuset Innlandet HF, viser at 90% av deltakerne mangler grunnlag for samtale om seksualitet fra sin grunnutdanning (Helse og omsorgsdepartementet, 2016). Selv om seksualitet er tabubelagt, ses det større åpenhet om dette i dagens samfunn enn tidligere. *Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017–2022)* er regjeringens tiltak for å motvirke tabuer knyttet til seksualitet, og vil gjennom konkrete foreslåtte mål og tiltak, bidra til et mer åpent og inkluderende samfunn om seksuell helse (Helse og omsorgsdepartementet, 2016).

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Livmorhalskreft er et tema “i vinden” som omtales mye i media. #Sjekkdeg-kampanjen for livmorhalskreft har skapt engasjement i Norge, og satt kreftformen i fokus (Kreftforeningen, 2018). Flere kvinner velger å dele sine historier om livmorhalskreft via sosiale medier. En av våre inspirasjoner til denne litteraturstudien er kvinnen bak instagramkontoen “kreftutenfilter”. Hun er en av grunnene til at denne litteraturstudien beveger seg inn på temaet seksuell helse da hun deler livmorhalskreftens ulike sider, deriblant seksualitet (Bjørkvold, u.å). En annen grunn er at seksualitet omtales i sykepleierstudiets pensumlitteratur, uten at temaet legges særlig vekt på i undervisning. Ved søk etter forskningslitteratur fant vi ut at seksualitet og livmorhalskreft er lite forsket på, og derfor ble fokuset i denne litteraturstudien utvidet til alle typer gynekologisk kreft. Samtidig ses det gjennom sykepleierstudiets praksisperioder, at seksuell helse er et forsømt tema i

spesialisthelsetjenesten. Gynekologisk kreft og seksuell helse må derfor settes på dagsorden og belyses ytterligere!

1.3 Sykepleiefaglig relevans

Sykepleieteoretikeren Jean Watson sier at sykepleiere må akseptere pasienter som et helhetlig individ, og at seksualitet må likestilles med andre grunnleggende behov. Sykepleiere må derfor identifisere og forutse at pasienter har seksuelle behov som må imøtekommes (Watson, 1985, s.107-109). Ergo er gynekologisk kreft og seksualitet av sykepleiefaglig relevans. Seksualitet tilhører den mest intime delen av livet vårt og er et tema som kan være vanskelig å ta opp, -en snakker derfor ikke om seksuell helse med hvem som helst (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Sykepleiere medvirker i den menneskelige naturen til omsorg og står ofte nærmest pasienten ved sykdom. De må derfor, gjennom sin nøkkelrolle, gi pasienten støtte, informasjon og hjelp med å imøtekomme deres behov. Sykepleiere må bruke holistisk tilnærming for å bistå pasienten med å imøtekomme sine behov, samt hjelpe pasienten å finne mening i sin sykdom (Watson, 1985, s.171 og 173; Watson, 1999, s.54).

2.0 Bakgrunn

2.1 Seksualitet og seksuell helse

Seksualitet er sammensatt av fysiske, psykiske og eksistensielle faktorer (Bergmark, 2013), som inkluderer blant annet biologiske, sosiale, kulturelle, etiske og åndelige dimensjoner. Seksualitet beskrives som et sentralt aspekt ved det å være menneske. Det omhandler ikke kun samleie og genitalienes funksjon, men angår også blant annet kjærlighet, ømhet, nærhet og bekræftelse. Seksualitet kan være en kilde til glede og selvrealisering, men kan hos enkelte by på utfordringer (Helland, 2015).

Verdens helseorganisasjon definerer helse som “a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity” (1946, som sitert i Jacobsen, 2016, s.61). Seksuell helse kan derfor beskrives som en tilstand av fysisk, psykisk og sosial velvære relatert til seksualitet, og anses som en menneskerettighet. Seksuelle rettigheter må respekteres, beskyttes og oppfylles for å oppnå og opprettholde god seksuell helse. God seksuell helse er ofte medvirkende til bedre livskvalitet, samt en ressurs og beskyttelsesfaktor som fremmer mestringssevne. Å gi pasienten tilgang til informasjon, kunnskap og undervisning om seksualitet bidrar positivt til mestringsfølelse og kontroll over egen seksuell helse (Helland, 2015; Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

2.2 Gynekologisk kreft og behandlingsmetode

Gynekologisk kreft omfatter maligne tumorer som befinner seg i og rundt de kvinnelige genitalier; vulva, vagina, uterus, eggstokker og eggleder, samt utgående tumorer fra morkake (Oncolex, 2017). Behandlingsmetode ved gynekologisk kreft velges på grunnlag av tumorens stadium og lokalisasjon, og kan bestå av blant annet kirurgi, cytostatikabehandling eller stråleterapi. Blir tumoren oppdaget i et tidlig stadium kan den fjernes kirurgisk, og noen ganger i kombinasjon med stråling og cytostatika for å oppnå optimal effekt. Dersom kirurgi ikke er et alternativ får pasienten tilbud om stråling og cellegift (Kristoff, 2016).

2.3 Senskader

Det oppstår alltid en påvirkning på den seksuelle helsen ved diagnose og behandling av gynekologisk kreft. Hvordan dette påvirker pasienten varierer ut ifra tumorens stadium, beliggenhet og behandlingsforløp, samt individuelle faktorer som tidligere seksuell historie,

alder, relasjoner og holdninger til seksualitet (Bergmark, 2013). Kreftbehandlingens bivirkninger kan oppstå som fysiske og psykiske, og belyses av en nyere studie som; tørre slimhinner, samleiesmerter, endret seksuell identitet, depresjon og tap av følelse i genitalier (Harris, 2019). Tidligere forskningsstudier belyser at endret seksuell funksjon, seksuelle forhold og kroppsbilde er også komplikasjoner av gynekologisk kreftbehandling. Kvinnen kan dermed føle seg mindre feminin og seksuelt attraktiv grunnet redusert initiativ og seksuell tilfredshet, samt mindre seksuell kontakt med partner (Cleary, Hegarty og McCarthy, 2011; Harris, 2019).

2.4 Å kommunisere om seksualitet

Kommunikasjon defineres som “en prosess der et budskap som inneholder informasjon, blir overført eller formidlet, og har blitt beskrevet som en gjensidig prosess der meldinger blir sendt og mottatt, enten verbalt eller nonverbalt” (Heyn, 2015, s.364). Holdninger og barrierer er knyttet til kommunikasjon, fordi de påvirker måten mennesker reagerer på i møte med andre (Huseby, 2019). Pasienter er lite opptatt av seksualitet ved kreftens diagnostidspunkt og behandlingsforløp (Gjessing, Borg og Dahl, 2013), men de har fortsatt behov for informasjon om seksuell helse. På grunn av sykepleieres kunnskap om kommunikasjon, sykdom og behandling, anses de som gode samtalepartnere. Ettersom Norge består av et flerkulturelt samfunn, må tolk involveres i samtale med pasienter som har reduserte norskkunnskaper; for å sikre at informasjon gis og forstås på en riktig måte (Helsedirektoratet, 2015; Heyn, 2015; Gjessing, 2018).

Det finnes flere relevante kommunikasjonsverktøy som kan benyttes ved samtale om seksuell helse, men PLISSIT-modellen er den mest etablerte som brukes til seksuell rådgivning (Bergmark, 2013). En nyere studie belyser at PLISSIT-modellen er et godt kommunikasjonsverktøy som skaper et trygt, tolerant og terapeutisk miljø, som fremmer effektiv samtale om seksuell helse (Harris, 2019). PLISSIT-modellen (Vedlegg 1) beskriver ulike nivåer av behov for informasjon og hjelp, samt tilnæringsmåter for seksuell rådgivning rangert i fire nivåer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Modellen vil bli beskrevet ytterligere i drøftingskapittelet.

2.5 Jean Watson

2.5.1 Watsons omsorgsteori

Forfatterne av denne litteraturstudien vil bemerke at de knytter sine tolkninger av Jean Watsons omsorgsteori til sin litteraturstudie. Watson sier at omsorg i sykepleie ikke bare er en følelse, bekymring, holdning og et ønske, men krever også kunnskap om hvordan trøste, gi medfølelse og empati (Watson, 1999, s.74). Omsorg er den moralske ideen om pleie, beskyttelse, forbedring og bevaring av menneskets verdighet, og relateres til kunnskap om helse og sykdom, ens egen selvkunnskap og begrensning (Watson, 1999, s.29). Hvis sykepleiere skal være viten om omsorg, må intervensjoner knyttet til seksualitet som behov undersøkes, testes og evalueres for å kunne gi god kvalitet på helsetjenesten (Watson, 1985, s.171). Omsorgsteorien relateres til omsorgsprosessen, der det kreves inngrep, vilje, forhold og handlinger, samt en forpliktelse til individuell omsorg. Kombinasjonen av disse intervensjonene refereres til Watsons ti omsorgsfaktorer, og forutsetter at sykepleieren innehar en kunnskapsbase og klinisk kompetanse (Watson, 1999, s.74-75).

Watson presenterer ti omsorgsfaktorer som danner en struktur for å studere og forstå sykepleie som vitenskapelig omsorg (Watson, 1985, s.9). Omsorgsfaktorene tar stilling til den menneskelige omsorgsprosessen som hjelper pasienten til å opprettholde god helse, og utvikle ansvar og selvkontroll (Watson, 1985, s.7 og 218). De ti faktorene består av aspekter i sykepleien Watson anser som grunnleggende for omsorg, og det hun kaller for en helhetlig og holistisk omsorg. Holistisk omsorg fremmer ifølge Watson humanisme, helse og livskvalitet (Watson, 1985, s.217-218). Selv om Watsons omsorgsteori innebærer ti omsorgsfaktorer, vil denne litteraturstudien kun belyse faktoren som angår hjelp med å imøtekomme menneskelige behov.

2.5.2 Hjelp med å imøtekomme menneskelige behov

Watson sier de menneskelige behovene kan kategoriseres som lavere og høyere behov. De lavere behovene kalles biofysiske, og omhandler overlevelses- og funksjonsbehov slik som ernæring, væske, eliminasjon og ventilasjonsbehov (Watson, 1985, s.105). Aktivitet og seksualitet anses også som lavere behov, men kategoriseres mer som et psykisk- og fysisk behov enn biofysisk behov. De høyere behovene er utpekt som psykososiale, og inkluderer prestasjonsbehov, tilknytningsbehov og behov for selvrealisering (Watson, 1985, s.106). Watson poengterer at et behov aldri kan bli helt adskilt fra en annen; de opererer dynamisk

som en helhet. Når et behov er berørt, påvirkes alle de andre, direkte eller indirekte. Hun belyser derfor at sykepleiere må identifisere og fokusere på hvilke behov som er viktig for pasienten. En nyttig tilnærming er å se behovene som tilhører og påvirker individet, da hele pasienten kan være i nød, og ikke kun en kroppsdel (Watson, 1985, s.108-109).

Watson poengterer at seksualitetsbehovet inkluderer seksuell identitet, selvbevissthet og selvtillit, samt uttrykkes ulikt og relateres til total funksjon av en person. Det består av forhold som personen danner i alle sine daglige livsopplevelser, og imøtekommelse av seksuelle behov er dermed en bidragsyter til ens helhet (Watson, 1985, s.163, 166 og 171). Det krever at sykepleieren anerkjenner pasienten som et enkelt individ for å kunne hjelpe med å imøtekomme deres behov. Pasienten har mer energi til å bevege seg opp i hierarkiet mot selvrealisering når hun først har blitt anerkjent, verdsatt og behandlet som et individ (Watson, 1985, s.109).

2.6 Hensikt og problemstilling

Litteraturstudiets hensikt er å undersøke hvordan sykepleiere kan kommunisere om seksuell helse med pasienter gjennomgått gynekologisk kreftbehandling, og utforske hvorfor dette er et utfordrende tema å diskutere. Det ønskes å belyse aktuelle holdninger og barrierer til samtale om seksuell helse, samt hvordan sykepleier kan bedre kommunikasjon om seksualitet. På bakgrunn av dette lyder litteraturstudiets problemstilling som følger:

På hvilken måte kan sykepleier, gjennom kommunikasjon, bidra til at pasienter kan mestre sin seksualitet etter behandling for gynekologisk kreft?

3.0 Metode

Sosiologen Vilhelm Aubert (1985, som sitert i Dalland, 2012, s.111), definerer metode som “en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder”.

En metode presenterer en fremgangsmåte på hvordan en innhenter informasjon, for å tilegne eller etterprøve kunnskap en ønsker å undersøke. Valg av én bestemt metode argumenteres med at den skal gi egnet informasjon og belyse spørsmålet en ønsker å undersøke på en faglig engasjerende måte (Dalland, 2012, s.111-112).

3.1 Litteraturstudie som metode

Aveyard (2014, s.2-3) beskriver litteraturstudier som en omfattende tolkning av litteratur som relateres til et bestemt tema. Det innledes med et definert forskningsspørsmål, som besvares ved hjelp av en forhåndsbestemt metode som involverer å; søke etter relevant litteratur, vurdere og evaluere litteraturen og kombinere resultatene. Litteraturstudier bør inneholde en IMRaD-struktur, som innebærer introduksjon av et forskningsspørsmål satt i sammenheng med det innledende kapitlet. Videre skal metoddelen presentere søkestrategi, metode for vurdering og analyse av studien. Til slutt skal resultater av studien presenteres og diskuteres, samt belyse videre anbefalinger i praksis. Grundig søk og analyse kan føre til en ny innsikt som kun er mulig når litteraturen er satt i kontekst med annen litteratur (Aveyard, 2014, s.2-3). Litteraturstudiers svakhet er at presenterte forskningsartikler mister sin innflytelse som individuell studie, men styrken ved dette er at de samler resultater fra flere forskningsstudier slik at leseren unngår å lete etter og lese hver enkelt studie (Aveyard, 2014, s.4-6).

3.2 Kvalitativ og kvantitativ forskningsmetode

Kvalitativ forskningsmetode innebærer å utforske mening og fenomener i deltakernes naturlige omgivelser. Forskerne søker å forstå helheten av en opplevelse. Data samles inn via spørsmål, intervjuer og fokusgrupper, og brukes for å skape forståelse og innsikt i situasjonen som undersøkes. Resultatene er beskrivende og tolkende, og det benyttes ingen, eller lite, bruk av statistikk i denne forskningsmetoden (Aveyard, 2014, s.59-60). En styrke ved kvalitativ forskningsmetode er at en får dybdeforståelse av det en ønsker å undersøke. En svakhet er at deltakerne ikke velges ut tilfeldig, men ut ifra om de er utsatt for, eller har erfaring med tematikken forskeren ønsker å undersøke. En annen svakhet er at kvalitative studier ikke kan

generaliseres fordi de konkretiseres til et tema (Aveyard, 2014, s.60).

Kvantitativ forskningsmetode bruker eksperimentelle metoder som involverer bruk av tall i datainnsamlingen, og har en tendens til å involvere mange deltakere. Det er tradisjonelt ingen kontakt mellom forsker og deltaker, og forskeren står metaforisk “bak en glasskjerm” for å utføre sin forskning (Aveyard, 2014, s.49). Svakheten med kvantitativ forskningsmetode er at en kun får numeriske svar, og ikke subjektive svar fra sine deltakere. Styrken er at metoden inkluderer mange deltakere, som gjør at resultatene kan anvendes i andre sammenhenger (Aveyard, 2014, s.49).

Ved å kombinere kvalitative og kvantitative forskningsmetoder kan sterke sider forbundet ved bruk av én metode, kompensere for svakhetene ved en annen; dette kalles metodetriangulering. Dersom en slik kombinasjon oppnår samme resultat, er det en solid indikasjon på at studienes resultater er gyldige (Thidemann, 2015, s.79). Det benyttes derfor en kombinasjon av søk etter kvalitative og kvantitative forskningsartikler i søkeprosessen til denne litteraturstudien.

3.2.1 Standardiserte spørreskjema og semistrukturert intervju

Et standardisert spørreskjema innhenter informasjon av personer gjennom nedskrevne spørsmålsformuleringer der svaralternativene er veldefinerte. En svakhet med standardiserte spørreskjema er at disse utfylles selvstendig og deltakerne kan misforstå spørsmålene, som av den grunn kan gi uriktige svar (Aveyard, 2014, s.55).

Malt (2015) forklarer at ved semistrukturerte intervju er spørsmålsformuleringen ikke nøyaktig nedskrevet, men fremstilles ved bruk av hjelpeord eller beskrivelser, og intervjueren bruker disse som utgangspunkt når spørsmål formuleres. Svakheten med semistrukturert intervju er at hvert intervju har ulike spørsmålsstillinger, og vil derfor være vanskelig å gjenta. Metodens styrker er at intervjuene tilpasses den enkelte og resultatene kan vise mer dybde, og eventuelt oppdage og kartlegge lite kjente fenomener (Malt, 2015).

3.2.2 Tverrsnittstudie og case-studie

En tverrsnittstudie samler informasjon på en planlagt måte, om en definert populasjon på et gitt tidspunkt. Forskningsmetoden kan utforske sammenhenger, og foretrekkes når målet er å

beskrive forekomst (prevalens). En tverrsnittstudie kan ikke si noe sikkert om årsaksforhold (Helsebiblioteket, 2016).

Case-studie brukes for å beskrive et enkelttilfelle detaljert. Det betyr å gi kunnskap om hvorvidt et fenomen fører til noe annet, eller trekke beskrivende, samt årsaksbestemmende konklusjoner. Metoden brukes for å belyse viktige fenomener gjennom en grundig og helhetlig beskrivelse. Fordelen ved case-studie er dybdeforståelse med detaljerte beskrivelser av fenomenet. En svakhet er utfordringen med å identifisere en årsakssammenheng, samtidig som resultatene kan være vanskelig å generalisere (Dahlum og Wæhle, 2018).

3.3 Validitet og Reliabilitet

Validitet, også kalt gyldighet, vil si i hvilken grad man kan trekke gyldige slutninger om det en ønsker å undersøke, ut fra resultatene i et forsøk eller en studie. For å trekke en gyldig slutning er reliabilitet nødvendig, men ikke en tilstrekkelig betingelse (Dahlum, 2018).

Reliabilitet brukes om målinger som er konsistente og stabile (Svartdal, 2018).

Artikler publisert i vitenskapelige tidsskrifter gjennomgår en fagfelleevaluering, kvalitetssikring, der eksperter innen fagområdet vurderer og godkjenner studien før publisering, og dermed validerer resultatene (Dalland, 2012, s.78). Norsk Senter for Forskningsdata (2019) har et register over vitenskapelige publiseringskanaler, der man ved bruk av det vitenskapelige tidsskriftets tittel, ISSN-nummer eller ISBN-prefiks kan se om tidsskriftet er fagfellevurdert. Fagfelleevaluering skjer på to nivåer, nivå en og to. Hvilket nivå forskningsartikkelen har påvirker ikke validiteten, men sistnevnte nivå er å foretrekke da den gir forskerne mer forskningspoeng (Norsk Senter for Forskningsdata, 2019).

3.4 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

| Inklusjonskriterier | Eksklusjonskriterier |
|--|--|
| Gynekologisk kreft | Barn under 18 år |
| Pasienter gjennomgått gynekologisk kreftbehandling | Artikler publisert før år 2000 |
| Funn basert på sykepleie- eller pasientperspektiv | Artikler som ikke er skrevet på engelsk eller skandinavisk språk |
| Land med helsevesen sammenliknet med Norges helsevesen | |
| IMRaD-struktur | |
| Studie utgitt i et fagfelleurdert tidsskrift | |

Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier.

3.5 Søkeprosessen

Strukturert litteratursøk brukes for å finne relevante vitenskapelige artikler, som overholder valgte inklusjons- og eksklusjonskriterier (tabell 1) (Dalland, 2012, s.70). Pubmed, Medline Ovid og Cinahl Complete er valgte databaser til strukturert søk, fordi de inneholder sykepleiefaglige artikler. Begrep som brukes i strukturerte søk er; *gynecological cancer, nursing, sexual health, communication, sexual dysfunction, sex therapy, cancer, cancer patient, body image, intimacy, sex behaviour, health professionals, nurses og plissit*. Disse brukes hver for seg, før de knyttes opp mot hverandre med “AND” for å begrense søket. Det forsøkes å begrense antall søketreff til under 20 artikler, for å spesifisere resultatene og begrense mengde lesestoff. For å analysere de vitenskapelige artiklene leses alle overskrifter ved hvert søk, samt relevante sammendrag. Sammenlagt ble 24 artikler lest, hvorav åtte er av relevans for denne litteraturstudien.

3.6 Søkematrise: Strukturerte søk i tabell

Sexual health needs and educational intervention preferences for women with cancer
(Stabile et al., 2017).

| Søkeord | Database | Kombinasjoner | Antall treff |
|--|----------------------|--|--------------------------------|
| 1. Gynecological cancer 2. Sexual dysfunction 3. Communication | Pubmed (03.04.19) | 1 AND 2 AND 3 AND published in the last 5 years | 77884 30814 522198 10 |

Let's talk about sex: Risky business for cancer and palliative care clinicians (Hordern og Street, 2007).

| Søkeord | Database | Kombinasjoner | Antall treff |
|---|----------------------|------------------------------|--|
| 1. Nursing 2. Communication 3. Sex therapy 4. Sexual health 5. Cancer | Pubmed (27.03.19) | 1 AND 2 AND 3 AND 4 AND 5 | 734515 521559 241869 87556 3832945 12 |

Sexual health and gynecological cancer: conceptualizing patient needs and overcoming barriers to seeking and accessing services (McCallum *et al.*, 2012).

| Søkeord | Database | Kombinasjoner | Antall treff |
|---|----------------------------|---------------|----------------------------|
| 1. Gynecological cancer 2. Body image 3. Intimacy | Medline Ovid (05.03.19) | 1 AND 2 AND 3 | 1181 2462 13911 1 |

Lack of communication between healthcare professionals and women with ovarian cancer about sexual issues (Stead *et al.*, 2003).

| Søkeord | Database | Kombinasjoner | Antall treff |
|---|----------------------|---------------------------|--|
| 1. Cancer 2. Sexual dysfunction 3. Sex behaviour 4. Communication 5. Healthcare professionals | Pubmed (05.03.19) | 1 AND 2 AND 3 AND 4 AND 5 | 3819688 30654 192884 519166 611914 15 |

Nurses' perceptions of providing psychosexual care for women experiencing gynaecological cancer (Williams, Hauck og Bosco, 2017).

| Søkeord | Database | Kombinasjoner | Antall treff |
|-------------------------|----------------------------|---------------|--------------|
| 1. Gynecological cancer | Medline Ovid (05.03.19) | 1 AND 2 AND 3 | 1181 |
| 2. Sexual health | | | 6944 |
| 3. Intimacy | | | 13911 |
| | | | 3 |

Female Sexual Health Training for Oncology Providers: New Applications (Wang *et al.*, 2015).

| Søkeord | Database | Kombinasjoner | Antall treff |
|-----------------------|----------------------|--|--------------|
| 1. Nurses | Pubmed (03.04.19) | 1 AND 2 AND 3 AND 4 AND published in last 5 years | 241091 |
| 2. Communication | | | 522198 |
| 3. Sexual dysfunction | | | 30814 |
| 4. Cancer | | | 3836754 |
| | | | 5 |

Opening Communication With Cancer Patients About Sexuality-Related Issues

(Hautamäki *et al.*, 2007).

| Søkeord | Database | Kombinasjoner | Antall treff |
|--|-------------------------------|---|---|
| 1. Communication 2. Sexuality 3. Cancer patients 4. Nursing | Cinahl Complete (03.04.19) | 1 AND 2 AND 3 AND 4 AND begrenset til "all ages" | 234651 41325 29176 467521 7 |

Addressing the Sexual Health Needs of Patients With Gynecologic Cancers (Stilos,

Doyle, og Daines, 2007).

| Søkeord | Database | Kombinasjoner | Antall treff |
|--|----------------------------|---------------|----------------------------|
| 1. Communication 2. Sexuality 3. Plissit | Medline Ovid (03.04.19) | 1 AND 2 AND 3 | 213149 26596 41 7 |

3.7 Analyse: Sammenfatning og bearbeiding

Å analysere er å undersøke og tolke en tekst, samt prøve å forstå teksten og hva den forteller (Thidemann, 2015, s.91). Aveyards (2014, s.143) forenklede tilnærming av tematisk analyse benyttes for å analysere valgte vitenskapelige artikler. Valgte artikler leses med et kritisk blikk, der Aveyards (2014, s.109) seks spørsmål til kritisk tenkning brukes (Vedlegg 2). Videre sammenfattes innholdet i artiklene og resultatenes temaer, samt artiklenes styrker og begrensninger identifiseres. Resultatene undersøkes nærmere, der likheter og ulikheter mellom artiklenes temaer påpekes, og til slutt sammenliknes analysens resultater. Denne

prosessen innebærer å finne tema som støtter opp hverandre, og utelukke enkelte tema som ikke underbygger andre (Aveyard, 2014, s.143-149).

3.8 Forskningsetikk

Ifølge Dalland (2012, s.96) gir etikk, veiledning og grunnlag ved krevende omstendigheter eller valg i livet. Forskningsetikk omhandler planlegging, gjennomføring og rapportering av forskning, samt å sikre forskningsresultatene validitet. Det er kun mennesker som kan gi informasjon og forståelse om deres livssituasjon og hvordan de forholder seg til samfunnet. Tillit er derfor nødvendig for å erverve denne kunnskapen, og innebærer at deltakere føler seg ivaretatt, ikke blir påført skade eller unødige belastninger, og personvern ivaretas (Dalland, 2012, s.95-96). Helsinkideklarasjonen betraktes som en etisk grunnlov for forskning på mennesker, og benyttes internasjonalt der mange land baserer sitt forskningslovverk på dens grunnleggende prinsipper (Den norske legeforeningen, 2012).

4.0 Resultater

4.1 Artikkelmatriser

| | |
|--|--|
| Tittel | Sexual health needs and educational intervention preferences for women with cancer |
| Forfattere | Stabile, C., Goldfarb, S., Baser, R.E., Goldfrank, D.J., Abu-Rustum, N.R., Barakat, R.R., Dickler, M.N. og Carter, J. |
| Publiseringsår / Land | 2017/ USA |
| Tidsskrift | Breast Cancer Research and Treatment |
| Hensikten med studien | Studiens hensikt er å undersøke prevalensen av umøtte behov i forbindelse med seksuell helse hos kvinner med gynekologisk- eller brystkreft. Samtidig undersøker studien hvordan kvinnene ønsker å motta informasjon om seksuell helse, og foretrukket tilnæringsmåte. |
| Metode | Kvantitativ metode, tverrsnittstudie med standardiserte spørreskjema. |
| Utvalg/ populasjon | 218 kvinner, hvorav 109 deltakere har gynekologisk kreft. |
| Hovedfunn / resultater | Mange pasienter rapporterer senskader av kreftbehandlingen og at deres seksuelle omsorgsbehov ikke møtes. De er også bekymret for sin seksuelle funksjon. Studien viser samtidig at pasienter har ulike ønsker for hvordan de vil motta informasjon om seksuell helse. |
| Kvalitetsvurdering | Forskningsartikkelen følger inklusjonskriterier, og tidsskriftet den er publisert i er fagfellevurdert til nivå 1. Studiens inklusjonskriterier er brede, og ses som en svakhet da dette kan ha påvirket resultatets validitet. |
| Redegjort for etiske overveielser | Overholder etisk standard etter amerikansk lovverk. Samtykke ble innhentet fra alle deltakere. |
| Relevans for studien | Artikkelen ansees som relevant for denne litteraturstudien da dens resultater understøtter andre utvalgte kvalitative studier. |

| | |
|--|--|
| Tittel | Let's talk about sex: Risky business for cancer and palliative care clinicians |
| Forfattere | Hordern, A.J. og Street, A.F. |
| Publiseringsår / Land | 2007/ Australia |
| Tidsskrift | Contemporary Nurse: health care across the lifespan |
| Hensikten med studien | Hensikten er å synliggjøre helsepersonells meninger angående kommunikasjon om seksualitet og intimitet med pasienter, i sammenheng med kreft og palliativ omsorg. |
| Metode | Kvalitativ metode med semistrukturert intervju. |
| Utvalg/ populasjon | 32 helsepersonell, derav 13 sykepleiere. |
| Hovedfunn / resultater | Pasienters seksualitet og intimitet blir betydelig medikalisert, slik at samtale angående deres seksualitet begrenses til fruktbarhet, prevensjon og menopausal status. Det er fire faktorer som påvirker helsepersonell til å ikke diskutere seksualitet med sine pasienter. Forfatterne legger frem spørsmål for selvrefleksjon, og åpningsspørsmål helsepersonell kan benytte for å starte en samtale om seksualitet. |
| Kvalitetsvurdering | Artikkelen møter ikke alle inklusjonskriterier, da den omhandler alle krefttyper. Den målrettede teknikken studien bruker for å velge deltakere er en begrensning, da dette kan føre til at kun de som ønsker å snakke om seksualitet deltar i studien. Tidsskriftet artikkelen er publisert i er fagfellevurdert til nivå 1. |
| Redegjort for etiske overveielser | Etisk godkjenning er gitt av forskerens universitet, La Trobe University, og fra sykehusets Human research Ethics Committee. |
| Relevans for studien | Artikkelen trekker frem at helsepersonell må bli mer reflektert rundt hvordan man selv definerer seksualitet og intimitet, for at kommunikasjon med pasienter om seksualitet skal imøtekommes. Derfor ansees studien som relevant for vår litteraturstudie. |

| | |
|--|---|
| Tittel | Sexual health and gynecological cancer: conceptualizing patient needs and overcoming barriers to seeking and accessing services |
| Forfattere | McCallum, M., Lefebvre, M., Jolicoeur, L., Maheu, C. og Lebel, S. |
| Publiseringsår / Land | 2012/ Canada |
| Tidsskrift | Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology |
| Hensikten med studien | Studiens hensikt er å utforske subjektive erfaringer hos kvinner behandlet for gynekologisk kreft. Emner de ønsker å belyse er; kvinners definisjon på seksuell helse, bedre forståelsen for ønskede tjenester blant denne pasientgruppen, samt identifisere barrierer for deltakelse i kommunikasjon om seksualitet. |
| Metode | Kvalitativ metode, med semistrukturert intervju. |
| Utvalg/ populasjon | 15 kvinner diagnostisert og behandlet for all type gynekologisk kreft. |
| Hovedfunn / resultater | Studiens resultater fokuserer på 3 hovedtemaer: pasienters beskrivelse av sunn seksualitet og barrierer som hindrer dem i å ta kontakt for hjelp, samt forslag til forbedring av helsevesenet. |
| Kvalitetsvurdering | Artikkelen følger inklusjonskriterier og tidsskriftet den er publisert i er fagfellevurdert til nivå 1. Studien mottar pengestøtte for gjennomføring, som kan påvirke validiteten. |
| Redegjort for etiske overveielser | Etisk godkjenning ble hentet fra Institutional Research Ethics Board. |
| Relevans for studien | Artikkelen er relevant for denne litteraturstudien da den utforsker hvordan kvinner ønsker å motta informasjon om seksuell helse, hva slags informasjon de ønsker å motta og hvilke barrierer som hindrer god kommunikasjon mellom sykepleier og pasient. |

| | |
|--|--|
| Tittel | Lack of communication between healthcare professionals and women with ovarian cancer about sexual issues |
| Forfattere | Stead, M.L., Brown, J.M., Fallowfield, L. og Selby, P. |
| Publiseringsår / Land | 2003/ England |
| Tidsskrift | British Journal of Cancer |
| Hensikten med studien | Studiens hensikt er å undersøke helsepersonells holdninger til å diskutere seksualitet med kvinner som har eggstokkreft, identifisere nåværende informasjonsnivå og eventuelle opplæringsbehov. Samtidig undersøker studien hvordan kvinnene opplever kommunikasjonen. |
| Metode | Kvalitativ metode, med semistrukturerte intervju. |
| Utvalg/ populasjon | Studien inkluderer 27 sykepleiere og 16 leger, samt 15 kvinner med eggstokkreft. |
| Hovedfunn / resultater | Studien viser at et flertall av helsepersonell tror kvinner med eggstokkreft vil oppleve seksuelle problemer, men kun et fåtall helsepersonell diskuterer seksualitet med kvinnene. Samtidig identifiseres det barrierer som hindrer god kommunikasjon. |
| Kvalitetsvurdering | Forskningsartikkelen møter ikke alle inklusjonskriterier, da det ikke kommer frem om kvinnene har gjennomgått behandling. Samtidig inkluderer studien kun kvinner med eggstokkreft. Artikkelen er fra 2003, men resultatene er fremdeles svært relevante og dagsaktuelle. Tidsskriftet artikkelen er publisert i er fagfelleurdert til nivå 2. |
| Redegjort for etiske overveielser | Lokal etikkomité har gitt godkjennelse av studien. |
| Relevans for studien | Artikkelen ansees som relevant for vår studie da den innehar både sykepleier- og pasientperspektiv om kommunikasjon om seksuell helse. |

| | |
|--|--|
| Tittel | Nurses' perceptions of providing psychosexual care for women experiencing gynaecological cancer |
| Forfattere | Williams, N.F., Hauck, Y.L. og Bosco, A.M. |
| Publiseringsår / Land | 2017/ Australia |
| Tidsskrift | European Journal of Oncology Nursing |
| Hensikten med studien | Studiens hensikt er å få innsikt i australske sykepleiers holdninger og oppfatninger om tilbudet rundt psykoseksuell omsorg for kvinner som gjennomgår behandling for gynekologisk kreft. Samtidig undersøker den hvordan dette samstemmer med sykepleiere globalt. |
| Metode | Kvalitativ metode, med semistrukturert en til en intervju. |
| Utvalg/ populasjon | 17 sykepleiere. |
| Hovedfunn / resultater | Resultatene viser fem tema som påvirker tilbudet om psykoseksuell omsorg. Sykepleiere har ulike meninger om temaene påvirker tilbudet i negativ eller positiv retning. |
| Kvalitetsvurdering | Artikkelen møter ikke alle inklusjonskriterier, fordi pasienter som gjennomgår behandling inkluderes i studien. Det ble ikke innhentet demografiske data om deltakerne, og derfor vet man ikke hvilken sosioøkonomisk status de har. Artikkelen er publisert i tidsskrift som er fagfellevurdert til nivå 1. |
| Redegjort for etiske overveielser | Studien har etisk godkjenning fra Human Research Ethics Committees på helseinstitusjonen og Curtin University. Samtidig er datainnsamling og lagring fulgt etter Australian National Health and Medical Research Council sine prinsipper. |
| Relevans for studien | Artikkelen ansees som relevant for vår studie da den har rent sykepleieperspektiv, og begrunner hvorfor samtale om seksualitet utelukkes. Selv om artikkelen omhandler pasienter under behandling, mener vi at resultatene kan overføres til pasienter som har gjennomgått behandling. |

| | |
|--|---|
| Tittel | Female Sexual Health Training for Oncology Providers: New Applications |
| Forfattere | Wang, L.Y., Pierdomenico, A., Lefkowitz, A. og Brandt, R. |
| Publiseringsår / Land | 2015/ USA |
| Tidsskrift | Sexual Medicine - Open Access |
| Hensikten med studien | Studiens hensikt er å utforske om kort, målrettet opplæring i kommunikasjon kan øke hyppigheten av, og gjøre helsepersonell mer komfortable til å kommunisere om seksuell helse med brystkreftrammede kvinner. |
| Metode | Kvantitativ metode, der deltakende helsepersonell gjennomfører pre- og postundersøkelse før og etter opplæring, for å evaluere effekten av undervisningen. |
| Utvalg/ populasjon | Pre-undersøkelsen inkluderer 62 sykepleiere og annet personell, 7 leger og 2 kirurger. Post-undersøkelsen inkluderer 24 sykepleiere og annet personell, 8 leger og 4 kirurger. |
| Hovedfunn / resultater | Studien viser at kort, målrettet opplæring av helsepersonell gjør de mer komfortable med å kommunisere om seksualitet, og øker hyppigheten for adressering av seksuell helse hos pasienter. Forfatterne har utviklet et kommunikasjonsverktøy, "CARD", som gjør det lettere for helsepersonell å ta initiativ til samtale om seksuell helse. |
| Kvalitetsvurdering | Studien imøtekommer ikke alle inklusjonskriterier fordi den omhandler brystkreftpasienter, men vi mener artikkelens resultater kan overføres til gynekologisk kreftpasienter, fordi faglitteraturen dokumenterer at de kan oppleve samme seksuelle senkomplikasjoner. USA har et helsesystem ulikt Norge, men artikkelens metode og resultat anses som overførbart til vår studie. Tidsskriftet artikkelen er publisert i er fagfelleurdert til nivå 1. |
| Redegjort for etiske overveielser | Studien redegjør ikke for etiske overveielser. Det er innhentet samtykke for deltakelse, og deltakerne utfører studien anonymt. Forfatterne mottar pengestøtte for å gjennomføre studien; dette kan påvirke artikkelens validitet. |
| Relevans for studien | Artikkelen anses som relevant da den presenterer god effekt av opplæring, samt et lettanvendelig kommunikasjonsverktøy. |

| | |
|--|--|
| Tittel | Opening Communication With Cancer Patients About Sexuality-Related Issues |
| Forfattere Publiseringsår / Land Tidsskrift | Hautamäki, K., Miettinen, M., Kellokumpu-Lehtinen, P-L., Aalto, P. og Lehto, J. 2007/ Finland Cancer Nursing |
| Hensikten med studien | Hensikten med studien er å beskrive helsepersonells holdninger og erfaringer med å gi informasjon angående seksualitet til kreftpasienter. |
| Metode | Kvantitativ metode, tverrsnittstudie med standardisert spørreskjema. |
| Utvalg/ populasjon | Studien inkluderer 215 helsepersonell, hvorav 185 er sykepleiere. |
| Hovedfunn / resultater | Studien viser at helsepersonell sjeldent diskuterer seksuelle utfordringer med pasienter og pasientinformasjon blir av den grunn ikke møtt. Til tross for dette, anerkjenner de at det er en del av deres ansvar. Et viktig funn i denne studien er mangel på retningslinjer eller prosedyrer angående seksualitet. |
| Kvalitetsvurdering | Studien møter ikke alle inklusjonskriterier, da den inkluderer alle typer kreftpasienter, samt uansett hvor pasientene befinner seg i behandlingsforløpet. Antall deltagende helsepersonell avviker fra hverandre, men da dette ikke er av stor betydning ses studien fortsatt på som valid. Tidsskriftet artikkelen er publisert i er fagfellevurdert til nivå 2. |
| Redegjort for etiske overveielser | Studien er etisk godkjent av den etiske komité på Tampere University Hospital. Deltakerne utførte studien anonymt, og informasjon ble behandlet konfidensielt. |
| Relevans for studien | Artikkelen har relevans for studien da den belyser at temaet seksualitet er et forsømt tema i helsetjenesten, og forfatterne presenterer konkrete tiltak for å lettere initiere til samtale om temaet. |

| | |
|---|---|
| Tittel | Addressing the Sexual Health Needs of Patients With Gynecologic Cancers |
| Forfattere Publiseringsår/ Land Tidsskrift | Stilos, K., Doyle, C. og Daines, P. 2007/ Canada Clinical Journal of Oncology Nursing |
| Hensikten med studien | Studiens hensikt er å diskutere temaet seksualitet med gynekologisk kreftrammede kvinner, og belyse barrierer som utelukker diskusjon. Videre gir studien kommunikasjonsverktøy til bruk for sykepleiere. |
| Metode | Litteraturstudie, med case-studie. |
| Utvalg/ populasjon | Kvinner behandlet for gynekologisk kreft. |
| Hovedfunn / resultater | Litteraturstudien belyser at helsepersonell må ta mer initiativ til å formidle informasjon om seksuell helse, og støtte par som rammes av gynekologisk kreft. PLISSIT-modellen illustreres som et anbefalt kommunikasjonsverktøy for å diskutere seksuell helse. |
| Kvalitetsvurdering | Litteraturstudien følger ikke alle inklusjonskriterier da den ikke har IMRaD-struktur, men tidsskriftet artikkelen er publisert i er fagfelleurdert til nivå 1. Artikkelen som litteraturstudien viser til, er forøvrig også publisert i tidsskrift som er fagfelleurdert til nivå 1 eller 2. |
| Redegjort for etiske overveielser | Det er ikke redegjort for etiske overveielser i artikkelen. |
| Relevans for studien | Litteraturstudien er relevant fordi den viser hvordan sykepleiere i praksis kan anvende PLISSIT-modellen. |

4.2 Resultatanalyse

4.2.1 Seksuell helse; bekymring, problemer og behov for hjelp

Stead *et al.* (2003) viser i sin studie at majoriteten av kvinner opplever flere forandringer i sin seksuelle funksjon etter diagnostisering av gynekologisk kreft. Samtidig belyser Stilos, Doyle og Daines (2007) og Stabile *et al.*, (2017) de vanligste problemene kvinner opplever etter gynekologisk kreftbehandling. 29% av deltakerne i Stabile *et al.* (2017) sin studie viser misnøye med sin seksuelle helse, og 70% av deltakerne er bekymret for sine seksuelle utfordringer. Videre forklarer 73 % av deltakerne at de har kjennskap til mulige ressurser til å forbedre sin seksuelle helse, men 48% adresserer aldri seksuelle utfordringer med helsepersonell. 79% av deltakerne føler seg komfortabel med å initiere til samtale om seksuell helse, men 70% foretrekker at helsepersonell innleder dialogen (Stabile *et al.*, 2017). Resultatene til Stabile *et al.* (2017) støttes av studien til Stead *et al.* (2003), som også belyser at kvinner har delte meninger om hvilket kjønn de foretrekker å diskutere seksualitet med. I tillegg mottok ingen av deltakerne skriftlig informasjon om seksualitet etter gynekologisk kreftbehandling, -kun to fikk muntlig informasjon (Stead *et al.*, 2003).

Hordern og Street (2007) viser i sin studie at helsepersonell ofte unnlater samtale om seksuell helse, og styrer samtalen til et annet kreftrelatert tema. Stead *et al.* (2003) presiserer at sykepleiere venter med å diskutere seksuelle problemer til pasienten selv initierer til samtale, fordi tematikken har lav prioritet på diagnose- og behandlingstidspunkt. Hautamäki *et al.* (2007) påpeker at sykepleiere sjeldent gir pasienter mulighet til samtale om seksuell helse, og unnlater å dele ut skriftlig informasjon så lenge pasienten ikke etterspør dette.

Majoriteten av kvinner behandlet for gynekologisk kreft ønsker skriftlig informasjon om seksuell helse før en eventuell samtale. Pasienter ønsker informasjon om hvordan den gynekologiske kreftbehandlingen påvirker deres seksualitet, og det ses en ulikhet mellom yngre og eldre kvinner om preferanse for informasjon (Stead *et al.*, 2003; McCallum *et al.*, 2012; Stabile *et al.*, 2017). Stead *et al.*, (2003) og Hordern og Street (2007) påpeker at seksualitet og intimitet blir betydelig medikalisert når helsepersonell snakker med sine pasienter.

4.2.2 Helsepersonells holdninger til samtale om seksuell helse

Helsepersonell antar at 75% av kvinner diagnostisert med gynekologisk kreft vil oppleve seksuelle utfordringer (Stead *et al.*, 2003). Det angis at seksuell helse bør snakkes om, men kun et fåtall tar initiativ til dette (Stead *et al.*, 2003; Hautamäki *et al.*, 2007). Samtale om seksuell helse anses, ifølge helsepersonell selv, som noen andres ansvar; men det påpekes ikke hvem ansvaret tilhører (Stead *et al.*, 2003; Hautamäki *et al.*, 2007; Hordern og Street, 2007). Hordern og Street (2007) belyser grunner til hvorfor helsepersonell unnlater å initiere til samtale om seksuell helse. Williams, Hauck og Bosco (2017) presenterer at sykepleieres holdninger til samtale om seksuell helse påvirkes av faglig og personlig erfaring, samt samfunnsfaktorer. Videre påpeker Hordern og Street (2007) og Williams, Hauck og Bosco (2017) at sykepleiere danner antagelser om pasienter ut ifra deres karakteristika. Det oppleves utfordrende å diskutere seksuell helse når pasientens karakteristika avviker fra ens egen. Videre belyser både Hordern og Street (2007) og Stilos, Doyle og Daines (2007) at helsepersonell må bli mer selvreflektert rundt seksualitet.

4.2.3 Barrierer for kommunikasjon om seksuell helse

Kvinner behandlet for gynekologisk kreft har barrierer som hindrer dem i å snakke om seksuell helse med sykepleiere. Disse innebærer blant annet beskjedenhet og ubehag samt emosjonell unngåelse (McCallum *et al.*, 2012). Hordern og Street (2007) belyser at unngåelse, sårbarhet, benektelse og risikotaking er temaer som påvirker helsepersonell til å ikke diskutere seksualitet med sine pasienter. Felles for studiene til Stead *et al.* (2003), Williams, Hauck og Bosco (2017) og Hordern og Street (2007) er funn av barrierer som hindrer god kommunikasjon om seksuell helse. Barrierene består av blant annet; forlegenhet, lite kunnskap og trening, lav selvtillit, samt at seksualitet er et tabubelagt tema. Hordern og Street (2007) legger ved åpningsspørsmål til hjelp for å starte en dialog om seksuell helse. Videre belyser Stead *et al.* (2003) og Williams, Hauck og Bosco (2017) at helsetjenestens systemer påvirker tilbudet til samtalen om seksuell helse. Hautamäki *et al.* (2007) understreker en mangel på retningslinjer og prosedyrer for samtale om seksuell helse.

4.2.4 Undervisning av sykepleiere

Wang *et al.* (2015) viser i sin studie at kort og målrettet opplæring av helsepersonell i kommunikasjon om seksuell helse, gir en betydelig forbedring i kategoriene; å starte samtale, evaluere pasientens behov, behandle problemer og koordinere tverrfaglig behandling.

4.2.5 Kommunikasjonsverktøy

Williams, Hauck og Bosco (2017) beskriver at sykepleiere må individualisere omsorgen etter pasientens individuelle karakteristika. Stilos, Doyle og Daines (2007) påpeker bruken av individuell tilnærming ved kartlegging av seksuelle problemer. De viser derfor til PLISSIT-modellen som et kommunikasjonsverktøy sykepleiere kan benytte. Denne omhandler; “P” for tillatelse, “LI” for begrenset informasjon, “SS” for spesifikk rådgivning og “IT” for intensiv terapi. En viktig bemerkelse er at PLISSIT ikke foregår lineært; fremgangsmåten veksler ut ifra pasientens behov (Stilos, Doyle og Daines, 2007). Wang *et al.* (2017) presenterer kommunikasjonsverktøyet “CARD”, der “C” innebærer at sykepleier forklarer pasienten hvordan kreftbehandling kan påvirke den seksuelle helsen. “A” står for “spørre”, “R” for henvisning av pasient til riktig behandling og “D” innebærer dokumentasjon av samtalens innhold.

5.0 Drøfting

5.1 Seksuell helse; bekymring, problemer og behov for hjelp

5.1.1 Bekymringer og problemer

Kvinner behandlet for gynekologisk kreft opplever forandringer i seksuelle funksjoner, relatert til fysiske og psykiske senskader av behandlingen. De vanligste problemene kvinner opplever er; samleiesmerter, manglende sexlyst, angst, frykt, skyldfølelse, vaginal tørrhet, menopausale symptomer, forandret kroppsbilde og dårlig selvfølelse. Disse forårsaker bekymring og belastning, og av den grunn må behov for samtale fremheves (Stead *et al.*, 2003; Stilos, Doyle og Daines, 2007; Stabile *et al.*, 2017). Stead *et al.* (2003) og Stabile *et al.* (2017) viser i sine studier at majoriteten av pasienter behandlet for gynekologisk kreft, vet om tilgjengelige ressurser for å bedre deres seksuelle helse. Til tross for dette, kan det oppleves ubehagelig å rådføre seg med sykepleiere, og som konsekvens tar færre pasienter kontakt med sykepleier om sine seksuelle utfordringer. Det foretrekkes derfor at sykepleieren initierer til samtale om seksuell helse (Stead *et al.*, 2003; Stabile *et al.*, 2017).

Seksualitet er ifølge Watson (1985, s.163) et menneskelig- og grunnleggende behov, men det erfarer i praksis at dette ikke vektlegges i spesialisthelsetjenesten. Hordern og Street (2007) belyser at sykepleiere unnlater å snakke om seksualitet, og samtalens innhold føres derfor til andre kreftrelaterte tema. Behovet for å tematisere seksuell helse må derfor synliggjøres mer gjennom hele pasientforløpet. På bakgrunn av dette trenger sykepleiere mer kunnskap og bevissthet om seksuell helse som ressurs (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). For at pasienter gjennomgått gynekologisk kreftbehandling skal mestre sin seksualitet, må sykepleiere utnytte deres nøkkelposisjon for å fremme holistisk omsorg og imøtekomme pasientens behov. Det er derfor nødvendig at det gis like stor oppmerksomhet til alle behov, inkludert seksualitet (Watson, 1985, s.109, 163 og 218).

5.1.2 Et sprik mellom forventninger

Pasienter har grunnleggende behov som må imøtekommes, og sykepleiere skal derfor kunne identifisere og forutse disse (Watson, 1985, s.107-108). Ettersom seksualitet ikke er hovedfokuset ved diagnosetidspunkt og behandling av gynekologisk kreft, oppstår et sprik i informasjonsgivning (Gjessing, Borg og Dahl, 2013). På en side gir sykepleiere pasienter sjelden mulighet til å snakke om seksuell helse, og skriftlig informasjon utdeles kun dersom pasienten etterspør dette. På en annen side venter ofte sykepleiere til pasienten selv initierer til

samtale om seksuell helse, selv om de vet at pasienter behandlet for gynekologisk kreft vil oppleve seksuelle utfordringer. Det medfører at et fåtall av sykepleiere snakker om seksuell helse med sine pasienter (Stead *et al.*, 2003; Hautamäki *et al.*, 2007). På bakgrunn av dette ses et gap mellom sykepleieres- og pasienters forventninger, der begge parter venter på at «den andre» skal initiere til samtale.

Helse- og omsorgsdepartementet (2016) viser til Strategi for seksuell helse, som har et mål om at seksuell helse integreres i sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid i helsetjenesten. Et tiltak er derfor å inkludere seksuell helse i behandlingsplaner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Det observeres i praksis på Sykehuset Innlandet HF at sykepleiere er ansvarlig for å opprette behandlingsplaner, og har dermed mulighet til å implementere seksuell helse i behandlingen. Eksempelvis kan ferdiglagde maler, relatert til gynekologisk kreft, også innebære seksuell helse og dens elementer. I den forbindelse kan det være mindre utfordrende å ta opp tematikken i samtale og oppfølging. Dersom sykepleiere tilstreber dette, vil de ifølge Norsk Sykepleierforbund (2011) imøtekomme de yrkesetiske retningslinjene, ved at sykepleiepraksisen fremmer helse og forebygger sykdom.

5.1.3 Preferanse for kommunikasjonstilnærming

Det er delte meninger om hvilket kjønn pasienter ønsker å snakke med om seksuell helse. De har ikke preferanse for hvilket kjønn sykepleieren har, men får de valget mellom mannlig og kvinnelig sykepleier, foretrekkes den sistnevnte (Stead *et al.*, 2003). Det kan ses en sammenheng der det å snakke om sensitive og intime tema kan være mer betryggende med samme kjønn. I studiene til Stead *et al.* (2003), McCallum *et al.* (2012) og Stabile *et al.* (2017) viser resultater at pasienter ønsker å motta skriftlig informasjon om seksuell helse og gynekologisk kreft, før samtale med sykepleier. Til tross for dette, viser resultatene til Stabile *et al.* (2017) at et fåtall mottar skriftlig og muntlig informasjon om seksuell helse.

Det ses for øvrig en ulikhet ved pasienters alder; pasienter over 50 år foretrekker å lese skriftlig informasjon på egenhånd før samtale, mens yngre pasienter ønsker å diskutere den skriftlige informasjonen umiddelbart med sykepleieren (Stabile *et al.*, 2017). Hvorfor ulikheten er slik ved alder, kan de unge forfatterne av denne litteraturstudien kjenne seg igjen i. Dagens unge voksne er vant til å ha informasjon i umiddelbar tilgjengelighet. Å ta opp spørsmål direkte i samtale med sykepleier er derfor sammenlignbart med dette, da sykepleiere

ifølge Helse- og omsorgsdepartementet (2016) skal inneha kunnskap og informasjon om relevant samtaleemne. Pasienten vil dermed få direkte svar på sine spørsmål av en fagperson.

McCallum *et al.* (2012) påpeker i sin studie en mangel på informasjon om seksuell helse. Samtidig belyser Stabile *et al.* (2017) at yngre pasienter er mer åpne for informasjon på internett. Et av hovedmålene til Strategi for seksuell helse er å sikre tilgjengelighet av god kunnskap og nødvendig kompetanse, slik at pasienter får ivaretatt egen seksuell helse. Et tiltak for å nå dette målet er å videreutvikle internettsiden “helsenorge.no” med flere selvbetjeningsløsninger og tilgang til kvalitetssikret informasjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Det anses som nødvendig at sykepleieren vet om denne siden, slik at pasienter kan vises hit for mer informasjon. Pasientene får dermed større innflytelse på hva slags informasjon en velger å motta, og mulighet til å finne informasjon på egenhånd. Samtidig påpeker Helse- og omsorgsdepartementet (2016) at “helsenorge.no” gir mulighet til anonym dialog med fagpersoner, og terskelen for å ta opp vanskelige og tabubelagte tema kan reduseres. Selv om dette anses som et nødvendig tiltak for pasientens del, kan det imidlertid ses på med et kritisk blikk; sykepleiere skyver ansvaret for informasjonsgivning om seksuell helse over til en internettside.

5.1.4 Ønsket informasjon om seksuell helse

Stead *et al.* (2003) og McCallum *et al.* (2012) viser at pasienter for det første ønsker informasjon om hvordan kreftbehandlingen vil påvirke deres seksuelle helse. For det andre ønsker pasienter en bekreftelse på hvorvidt forandringer i deres seksuelle funksjoner er normale, om og når samleie er trygt, samt hvordan håndtere vaginale forandringer og andre senskader. Til tross for dette påpeker Horden og Street (2007) at seksualitet og intimitet blir betydelig medikalisert, og begrenses til fertilitet, prevensjon og menopausal status. Det fokuseres på det fysiske aspektet kontra det psykiske aspektet ved seksuell helse. Watson (1985, s.108) angir at sykepleieren alltid skal ta pasientens synspunkt i betraktning angående hvilke behov som er overordnede for dem. Hennes utsagn samsvarer med ett av hovedmålene i Strategien for seksuell helse; å sikre at helsepersonell respekterer og forstår pasientens seksuelle behov (Helse- og omsorgsdepartementets, 2016). En grunnleggende forutsetning for omsorg er at sykepleieren aksepterer pasienten som et helhetlig individ. I den forbindelse er det viktig at informasjon angående seksuell helse gis både skriftlig og muntlig, samt repeteres, og det anbefales å fokusere like mye på intimitet og nærhet som samleie (Watson, 1985, s.107; Gjessing, Borg og Dahl, 2013). På den måten vil sykepleiere etterstrebe de yrkesetiske

retningslinjer som blant annet innebærer at de tilpasser informasjon og forsikrer seg om at denne er forstått, slik at pasienten har mulighet til å ta selvstendige avgjørelser angående sin seksuelle helse (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

5.2 Helsepersonells holdninger til samtale om seksuell helse

5.2.1 Ansvarsfraskrivelse

Williams, Hauck og Bosco (2017) belyser at seksualitet er et intimt og tabubelagt tema, og påvirker hvorvidt det er akseptabelt å snakke om. Selv om noen sykepleiere i studien til Stead *et al.* (2003), Hautamäki *et al.* (2007) og Hordern og Street (2007) mener at de selv burde ta initiativ til samtale om seksuell helse, antar de at andre profesjoner i helsevesenet kommuniserer med pasienter om temaet. På grunn av usikkerhet om hvor ansvaret tilhører, unnlates derfor samtale om seksuell helse. I tillegg mener enkelte sykepleiere at seksualitet ikke omhandler liv og død, og synes tematikken er unødvendig å diskutere (Stead *et al.*, 2003; Hautamäki *et al.*, 2007 og Hordern og Street, 2007). Watson (1985, s.106-109) poengterer imidlertid at seksualitet er et av de lavere, grunnleggende behov, og må dekkes for at pasienten skal kunne oppnå de høyere behovene. Dersom pasienten etter behandling for gynekologisk kreft ikke får oppfylt sine seksuelle behov, står også andre grunnleggende behov i fare, noe som kan påvirke pasientens livskvalitet. Hvorfor blir seksualitet til stadighet forsømt i helsevesenet da?

I den forbindelse belyser Hordern og Street (2007) at sykepleiere mangler selvtillit, erfaring og opplæring for å kunne føre samtale om seksuell helse. Samfunnsfaktorer, faglig og personlig erfaringer, samt verdier påvirker sykepleieres holdninger til å yte seksuell omsorg (Williams, Hauck og Bosco, 2017). Profesjonen sykepleie beskrives derimot som bestående av kunnskap, engasjement og handling med en viss lidenskap. Det innebærer blant annet å hjelpe pasienten i å finne mening i sin sykdom, samt bistå pasienten til å forbedre og bevare sin seksuelle helse (Watson, 1999, s.53-54). Ergo oppstår et spenn mellom hva teorien belyser, og hvordan sykepleiere forholder seg til temaet seksuell helse. Likevel anses sykepleiere som gode samtalepartnere, fordi gode kommunikasjonsferdigheter er en del av deres profesjon (Heyn, 2015). Samtale om seksuell helse betraktes derfor som en sykepleieroppgave, og det er derfor viktig at de også anerkjenner ansvaret de er tildelt, uten å fraskrive dette til noen andre.

5.2.2 Sykepleiere danner antagelser

Sykepleiere i studien til Hordern og Street (2007) og Williams, Hauck og Bosco (2017) viser fordommer ved å danne antagelser om pasientens seksuelle behov ut ifra deres karakteristika, slik som partnerskap, alder og kulturell tilhørighet. Sykepleiere synes det er utfordrende å snakke om seksualitet når pasientens karakteristika avviker fra ens egne. Følgelig unnlater noen sykepleiere å snakke om seksualitet med pasienter som er enke, skilt, enslig eller i forhold med samme kjønn. Det begrunnes med at tidspunktet ikke passer seg, og en er redd for å såre pasienten ved å påpeke manglende seksualliv. Samtidig sier noen sykepleiere på en side at seksuell helse blir tatt opp dersom pasienten er i et sunt forhold. På en annen side er det vanskelig å spesifisere hva et sunt forhold innebærer, da det i virkeligheten er noe som defineres av parforholdet selv (Hordern og Street, 2007; Williams, Hauck og Bosco, 2017). Det er derfor ironisk at en deltakende lege i Hordern og Street (2007) sin studie beskriver et sunt parforhold som “når to personer holder hender offentlig”.

Sykepleiere i Hordern og Street (2007) og Williams, Hauck og Bosco (2017) sine studier antar at eldre pasienter gjennomgått gynekologisk kreftbehandling aldri har samleie, og uttaler at de ikke vil utsette pasienten for samtale om seksuell helse. Det betyr derimot ikke at pasienten har et fraværende seksuelt behov (Hordern og Street, 2007; Williams, Hauck og Bosco, 2017). På bakgrunn av slike utsagn oppstår en viss tanke om at sykepleiere har manglende forståelse av hva seksualitet som helhet innebærer. Watson (1985, s.163 og 166) forklarer at seksualitets-behovet uttrykkes individuelt, eksempelvis; behov for nærhet, kjærlighet, intimitet og romantikk. Det omfatter derfor mye mer enn genitalienes funksjon. Sykepleiere i studien til både Hordern og Street (2007) og Williams, Hauck og Bosco (2017) forklarer at de unngår å snakke om seksualitet med eldre pasienter, fordi det føles feil å kommunisere om seksuell helse med noen som assosieres med deres egne foreldre. Ergo motstrides Watsons (1985, s.173) utsagn om at seksuelle behov er fremtredende i alle stadier av menneskelig vekst. En kan dessuten stille spørsmål om når en pasient defineres som ung eller gammel. Det fremkommer ikke noe svar på dette i forskningsartiklene, og en kan derfor konkludere med at alder er en subjektiv følelse, og noe pasienten definerer selv. Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet (2016) er derfor et viktig tiltak å øke bevisstheten om at seksuell helse er en livslang ressurs. Sykepleiere må av den grunn, uavhengig av pasientens alder, kommunisere om seksuell helse med pasienter, slik at de kan mestre egen seksualitet etter gynekologisk kreftbehandling.

5.2.3 Sykepleieres manglende kulturkunnskap

I det voksende flerkulturelle Norge vil flere pasienter som behandles for gynekologisk kreft ha en ikke-vestlig bakgrunn (Heyn, 2015), og det erfares også i praksis en økende andel pasienter med ulike kulturer. Imidlertid viser Hordern og Street (2007) at noen sykepleiere opplever det som utfordrende å snakke om seksuell helse med pasienter fra en ikke-vestlig kultur, da de er bekymret for å bli mistolket på grunn av kultur- og språkforskjeller. Samtidig kan det oppleves vanskelig å kommunisere med pasienter med reduserte norskkunnskaper, da misforståelser lett kan oppstå (Hordern og Street, 2007). Det observeres i praksis at sykepleiere er usikre på seg selv, og som ifølge Williams, Hauck og Bosco (2017) kan ses i sammenheng med mangel på kunnskap og forståelse av andre kulturer enn sin egen. Av erfaring gjennom sykepleierstudiet, er undervisning av tilnærming til ulike kulturer mangelfull. En kan derfor kjenne seg igjen i usikkerheten sykepleiere beskriver. Ifølge sykepleieres yrkesetiske retningslinjer, pliktes det å yte helsehjelp på en forsvarlig måte og sikre god informasjonsflyt (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Dersom pasienter av ikke-vestlig bakgrunn mottar mindre informasjon om seksuell helse, grunnet kultur- og språkforskjeller, kan det diskuteres om det utøves forsvarlig sykepleie. I den forbindelse er det ifølge Helsedirektoratet (2015) sykepleiers plikt å bestille tolk. Likevel kan det anses som utfordrende for både pasient og sykepleier å snakke om seksuell helse via tolk, på bakgrunn av tematikkens intimitet og sensitivitet. En viktig bemerkning er at tolken har, på lik linje som sykepleieren, taushetsplikt for å hindre at sensitive personopplysninger skal komme til kjenne for andre (Helsedirektoratet, 2015; Williams, Hauck og Bosco, 2017).

5.3 Barrierer for kommunikasjon om seksuell helse

5.3.1 Emosjonell unngåelse hos pasienter

Pasienter i studien til McCallum *et al.* (2012) beskriver forventninger om at samtale med sykepleier kun omhandler medisinske problemer, og seksuell helse er derav mindre viktig. Dermed oppfatter pasienter at samtaleemnet kun relateres til kreftens behandling og tilbakevendende symptomer, og av den grunn blir ikke egne bekymringer om seksualitet tatt opp (McCallum *et al.*, 2012). Følgelig anser forfatterne av denne litteraturstudien det som nødvendig at sykepleiere normaliserer seksuell helse i spesialisthelsetjenesten, for at tematikken ikke unngås i samtale. Stead *et al.* (2003) belyser at en eventuell partner, på lik linje som pasienten, også har behov for informasjon om gynekologisk kreft og seksualitet. Derimot uttrykker enkelte pasienter i studien til McCallum *et al.* (2012) at det er ubehagelig å

åpne seg opp om seksualitet med nære relasjoner i privatlivet. Hvis en ikke klarer å snakke med egen partner om seksuell helse, hvordan skal en da mestre å snakke om dette med sykepleier?

Andre pasienter i McCallum *et al.* (2012) og Stabile *et al.* (2017) sine studier forklarer at de på en side er komfortabel med å snakke om seksuell helse, men på en annen side oppleves det som flaut og utfordrende å kommunisere med sykepleiere angående sine seksuelle bekymringer. I tillegg belyser McCallum *et al.* (2012) at pasienter velger å fokusere på å se fremover i livet fremfor å oppsøke spesialisthelsetjenesten for hjelp. I den forbindelse unngår noen pasienter å motta informasjon og støtte i frykt for å bli utsatt for negative følelsesmessige reaksjoner (McCallum *et al.*, 2012). På bakgrunn av mange pasienters negative assosiasjoner med sykehus, kan konsultasjon i hjemmet anses som et godt tiltak, ettersom pasienter kan oppleve det som mer komfortabelt å kommunisere om sensitive tema i kjente omgivelser (McCallum *et al.*, 2012). Et forslag fra denne litteraturstudiens forfattere, er at pasienter behandlet for gynekologisk kreft får oppnevnt en kontaktsykepleier i spesialisthelsetjenesten, som etter avtale kan møte i pasientens hjem. På den måten vet pasienten hvem å kontakte når hun er klar for samtale, og siden pasient og sykepleier kjenner til hverandre kan et tillitsforhold skapes gjennom en tettere dialog.

5.3.2 Emosjonell unngåelse hos sykepleiere

Flere sykepleiere i studien til Hordern og Street (2007) unngår å ta opp seksuell helse i samtale med pasienter, fordi de er bekymret for å vise egen personlig sårbarhet. Manglende åpenhet om seksuell helse resulterer i at sykepleiere synes det er utfordrende å snakke om temaet i sitt personlige liv. De beskriver at det å tulle om seksualitet anses som en måte å takle situasjonen på, uten å vise for mange følelser (Hordern og Street, 2007). Gjennom sykepleierstudiet opplæres en til at det er lov å vise følelser, men med en viss begrensning, -det er ikke sykepleieren som skal bli trøstet av pasienten. For øvrig skal sykepleiere på en side evne å gi pasienten trøst, medfølelse og empati (Watson, 1999, s.74). På en annen side bemerker denne litteraturstudiens forfattere at kan det være vanskelig å vite i hvilken grad en skal gi omsorg, i forhold til hvordan pasienten ønsker råd, veiledning, trøst, nærhet og avstand. I den forbindelse kan det for sykepleieren være utfordrende å yte omsorg dersom en ikke kjenner pasienten og dens omsorgsbehov. Det er eksempelvis ikke alle som liker å bli tatt fysisk på, som et klapp på armen, og sykepleiere må derfor inneha kompetanse om hvordan gi verbal støtte og omsorg. Å finne støtte og veiledning hos kollegaer om tematikkens

utfordringer, betraktes som en god ressurs som følgelig kan styrke kollegiet. I tillegg er ikke alle sykepleiere, på grunn av personlige årsaker, egnet til samtale om seksuell helse; og det er som Watson (1999, s.29) belyser derfor viktig å kjenne sine egne begrensninger.

5.3.3 Sykepleiere må bli mer selvreflekterte

For å minske alle nevnte utfordringer i denne litteraturstudien, er sykepleiere nødt til å ha en åpen, individuell og holistisk tilnærming til pasienter behandlet for gynekologisk kreft (Watson, 1985, s.171 og 173; Hordern og Street, 2007; Stilos, Doyle og Daines, 2007). Sykepleiere må dermed, ifølge Hordern og Street (2007), bli mer selvreflekterte for å få et åpent sinn, bli tryggere på seg selv og rollen som samtalepartner. Eksempelvis kan sykepleieren stille reflekterende spørsmål, for å utforske hvordan en selv definerer intimitet og seksualitet, samt hvor komfortabel en er til å snakke om seksuell helse i privatlivet. Videre kan sykepleieren reflektere omkring i hvilken grad ens personlige definisjon vil påvirke samtalen med pasienter om seksuell helse (Hordern og Street, 2007). Det kan dermed anses som enklere å snakke om seksualitet i jobbsammenheng, uten at pasientens erfaringer knyttes til egne relasjoner, dersom sykepleieren blir mer bekvem om tematikken privat.

5.3.4 Åpningsspørsmål

Sykepleiere identifiserer at det er utfordrende å vite hva en skal si, når en skal starte samtale om seksuell helse. De lar derfor være å initiere til samtale i frykt for å feile og gjøre pasienten forlegen (Williams, Hauck og Bosco, 2017). Hordern og Street (2007) presenterer en rekke åpningsspørsmål sykepleiere kan benytte for å starte en dialog om seksuell helse.

Sykepleieren kan eksempelvis åpne samtalen med; “Min profesjonelle erfaring er at gynekologisk kreft og dens behandling påvirker pasienters seksuelle helse negativt. På hvilken måte har denne erfaringen påvirket din intimitet og seksualitet?”. Ved å innlede samtalen med at flere opplever seksuelle utfordringer etter behandling av gynekologisk kreft, kan pasienten føle seg mindre alene om sine problemer. Det er viktig at sykepleieren stiller åpne spørsmål slik at pasienten kan svare mer utdypende enn bare “ja og nei” (Horden og Street, 2007).

5.3.5 Mangel på prosedyrer og retningslinjer

Hautamäki *et al.* (2007) påpeker en mangel på prosedyrer og retningslinjer angående samtale om gynekologisk kreft og seksuell helse, og det trengs av den grunn utarbeidelse av retningslinjer og standardiserte prosedyrer (Hautamäki *et al.*, 2007). Retningslinjer kan svare

på når og hvor samtale om seksuell helse skal finne sted, og prosedyrer vil belyse hvordan en kan anvende kommunikasjonsverktøy, og gi en mal på hva samtalen bør inneholde. Ergo ses det en sammenheng der alle nevnte barrierer i denne litteraturstudien kunne blitt redusert, dersom prosedyrer og retningslinjer for samtale om seksuell helse hadde vært tilgjengelig. På bakgrunn av det ovennevnte, kan en ikke si at det kun er sykepleierens "feil" at samtale om seksuell helse uteblir, når mangelen befinner seg på et systemnivå. Likevel skal sykepleiere ifølge Watson (1999, s.53) vise initiativ og engasjement om seksuell helse, og må derfor argumentere for å utarbeide retningslinjer og prosedyrer.

5.4 Undervisning av sykepleiere

Det observeres i praksis at sykepleiere innehar mer kunnskap og opplæring om de biofysiske behovene som søvn, ernæring og eliminasjon, kontra det psykiske- og fysiske behovet om seksualitet. Å sikre kunnskap om, og ivaretagelse av seksuell helse i spesialisthelsetjenesten er et mål i Strategi for seksuell helse. I den forbindelse er det startet et arbeid for å sikre at sykepleiere får aktuell kunnskap om seksuell helse gjennom sin grunnutdanning (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Dersom nåværende sykepleierstudenter mottar undervisning om seksuell helse, kan det ta mange år før temaet blir normalisert og integrert i spesialisthelsetjenesten. Watson (1999, s.75) sier at det er en forutsetning at sykepleiere innehar en kunnskapsbase og klinisk kompetanse for å kunne utøve holistisk omsorg. Følgelig kan det bli problematisk for praktiserende sykepleiere å utøve holistisk omsorg, på grunn av manglende kunnskap om seksuell helse. Motsatt oppfattes det enklere for sykepleiere som har mottatt undervisning å integrere seksuell helse i sin holistiske omsorg. Dermed kan det skapes et skille mellom sykepleiere med og uten undervisning om seksuell helse. Hvordan kan en sikre at praktiserende sykepleiere får lik kompetanseopplæring om seksuell helse da?

5.4.1 Fagmøter, seminarer, etter- og videreutdanning

Det fremkommer i studien til Wang *et al.* (2015) at kort og målrettet opplæring av sykepleiere om hvordan kommunisere om seksuell helse, gjør de mer komfortable å adressere seksuelle problemer med pasienter. Det kan medføre økt hyppighet av samtale om seksuell helse, vurdering av pasientens behov og behandling av disse, samt tverrfaglig koordinering (Wang *et al.*, 2015). Strategi for seksuell helse anbefaler å arrangere fagmøter og seminarer slik at praktiserende sykepleiere kan fordype seg i kommunikasjon om seksuell helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Siden Wang *et al.* (2015) viser til gode resultater ved

opplæring av sykepleiere i kommunikasjon om seksuell helse, kan deres studie brukes som en mal ved fagmøter eller seminarer.

Videre tiltak utover fagmøter og seminarer er egne etter- og videreutdanningstilbud, som kan styrke sykepleiers kunnskap om seksuell helse og kommunikasjon. Strategi for seksuell helse foreslår at undervisning skal skje i regi av universiteter eller høyskoler, og i samarbeid med spesialisthelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). For mange sykepleiere kan det være vanskelig å gjennomføre videre studier. Dette begrunnes med at dersom de kun skal leve på et studielån, uten ekstra økonomisk støtte, kan privatøkonomien påvirkes betraktelig. Fagutvikling er dessuten noe som kommer arbeidsplassen til gode. Det anses derfor som et godt alternativ at sykepleiere, som til daglig er i kontakt med pasienter behandlet for gynekologisk kreft, blir prioritert til å motta økonomisk støtte og mulighet fra arbeidsplassen til å gjennomføre slik utdanning. Likevel er det opp til sykepleieren å ta initiativ til videre studier.

Denne litteraturstudiets forfattere foreslår at en til to sykepleiere ved aktuell avdeling utnevnes som ressurspersoner, som kan sendes til fagmøter og seminarer eller etter- og videreutdanning om kommunikasjon og seksuell helse. Videre kan ressurspersonene oppdatere sine kollegaer, og igangsette tiltak og fagutvikling omkring tematikken i avdelingen. Med hensyn til dette er det ikke forventet at alle sykepleiere skal kunne alt om seksuell helse, fordi det er mye annet av sykepleiefaget en skal kunne. Det betraktes derfor at sykepleiere må benytte tilbud om fagmøter og seminarer, eller etter- og videreutdanning om seksuell helse, for å kunne imøtekomme de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere ved å holde seg faglig oppdatert (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

5.5 Kommunikasjonsverktøy

Kommunikasjonsverktøy, slik som PLISSIT-modellen og CARD, kan bistå sykepleiere til initiering av samtale om seksuell helse og kartlegging av seksuelle problemer. Samtidig gir de mulighet til å individualisere omsorgen, ved å tilpasse tilnærming etter pasientens individuelle karakteristika. Det kan begrunnes med at individuell tilnærming ved kartlegging av seksuelle problemer, kan bedre sykepleierens forståelse av de utfordringer pasienten opplever (Stilos, Doyle og Daines, 2007; Wang *et al.*, 2017 og Williams, Hauck og Bosco, 2017).

5.5.1 PLISSIT-modellen og CARD

Stilos, Doyle og Daines (2007) viser til gode resultater ved bruk av PLISSIT-modellen til initiering av samtale om seksuell helse. I PLISSIT-modellen står “P” for tillatelse, og innebærer at sykepleieren gir pasienten tillatelse til å ta opp sensitive tema, og stille spørsmål angående sin seksuelle helse. Sykepleieren kan som nevnt tidligere, eksempelvis starte samtalen med åpningsspørsmål. På den måten viser sykepleieren at seksuell helse er akseptabelt å snakke om, og åpner mulighet for samtale om tematikken ved en senere anledning. Videre betegnes “LI” som begrenset informasjon, hvor sykepleieren informerer om hvordan gynekologisk kreftbehandling kan påvirke seksualiteten. Sykepleieren kan eksempelvis informere om normaliteten av endringer i seksuell funksjon, og når samleie er trygt. Bilde av kvinnelig kjønnsorgan kan være et godt hjelpemiddel for å visualisere informasjonen som gis. “SS” innebærer spesifikk rådgivning, der pasienten får faglig begrunnede forslag, samt råd vedrørende sine seksuelle utfordringer. “IT” står for intensiv terapi, der sykepleier, i samarbeid med lege, kan henvise pasienten videre til mer kvalifisert fagpersonell (Stilos, Doyle og Daines, 2007). Av den grunn tolkes det at de tre første nivåene av PLISSIT-modellen er mer klinisk relevant for sykepleie, enn det siste nivået.

Kommunikasjonsverktøyet CARD innebærer at sykepleieren anerkjenner pasientens bekymringer, og stiller spørsmål basert på kontekst og hvor bekvem pasienten er til dialog om seksuell helse. Dersom pasienten ønsker det, kan hun henvises av sykepleieren til annet fagpersonell for hjelp med sine seksuelle problemer. Til slutt skal sykepleieren dokumentere samtaleinnhold og at pasientens seksuelle utfordringer er kartlagt, samt dokumentere eventuell videre henvisning (Wang *et al.*, 2017).

5.5.2 Bruk av kommunikasjonsverktøy i praksis

Ved bruk av kommunikasjonsverktøyene PLISSIT og CARD vil man gjennom kort dialog validere pasientens individuelle behov, samt gi råd for deres seksuelle problemer (Stilos, Doyle og Daines, 2007; Wang *et al.*, 2017). Av den grunn kan disse verktøyene oppfattes som kartleggingsverktøy, men de anses som gode kommunikasjonsverktøy. Ergo anbefales de til sykepleiere for å initiere til samtale om seksuell helse. Imidlertid viser erfaring fra praksis at det er lite kjennskap til PLISSIT-modellen, til tross for at den er mye omtalt i sykepleierstudiets pensumlitteratur og betraktes som det mest etablerte kommunikasjonsverktøyet for seksuell rådgivning (Bergmark, 2013; Helland, 2015). Det ses dermed behov for videre opplæring om hva PLISSIT-modellen er, og hvordan den skal anvendes.

CARD er på en side et godt kommunikasjonsverktøy, fordi den presenterer konkrete spørsmål sykepleiere kan stille for å starte samtale om seksuell helse. På en annen side mener denne litteraturstudiens forfattere at PLISSIT-modellen kan være et bedre alternativ. Det begrunnes med at gjennom PLISSIT-modellen skal sykepleiere gi råd og veiledning til pasienter med seksuelle utfordringer, noe de gjennom CARD ikke gjør. Sammenliknet skal sykepleieren ved bruk av CARD dokumentere samtalen om den seksuelle helsen og dens innhold, noe PLISSIT-modellen ikke innebærer. På bakgrunn av det ovennevnte foreslår denne litteraturstudiens forfattere å kombinere kommunikasjonsverktøyene, da de utfyller hverandre. Avslutningsvis påpekes det at dersom sykepleieren gir pasienten tillatelse til å snakke om seksuell helse, er mye gjort.

5.6 Kritikk av litteraturstudien

Å ikke benytte begrepet psykoseksuell omsorg etter fremstilling av Williams, Hauck og Bosco (2017) sin studie i artikkelmatrise, kan anses å ha en negativ betydning for denne litteraturstudiens resultater. Litteraturstudiens forfattere tolker at psykoseksuell omsorg omhandler kun det psykiske, mens oppgaven fokuserer på både psykiske og fysiske aspekter ved seksuell omsorg. Det ble derfor valgt å omtale psykoseksuell omsorg som seksuell omsorg, for å inkludere begge aspekter. Fire inkluderte forskningsstudier omtaler sine deltakere som helsepersonell, da de inkluderer flere helseprofesjoner (Stead *et al.*, 2003; Hautamäki *et al.*, 2007; Hordern og Street, 2007; Wang *et al.*, 2015). Likevel har litteraturstudiens forfattere valgt å omtale disse som sykepleiere konsekvent gjennom studien, da alle inkluderte studier har deltakende sykepleiere, noe som fremmer det sykepleiefaglige perspektivet.

Det benyttes faglitteratur fra 1985 og 1999 for å belyse Watsons omsorgsteori. På en side kan faglitteraturen ses som utdatert fagstoff, men på en annen side anses det som relevant fordi Watson er forfatteren selv, og det foretrekkes bruk av primærkilder. Statistikken over forekomst av gynekologisk kreft er hentet fra 2015, og i løpet av årene som har gått kan det tenkes at tallet har endret seg. Det var problematisk å finne oppdatert forekomst i forbindelse med manglende statistikk på enkelte gynekologiske kreftformer. Det ses også bruk av et mangfold av søkeord, noe som måtte til for å imøtekomme inklusjons- og eksklusjonskriterier. En siste bemerkning er at siden litteraturstudiens forfattere har hatt

begrenset tid til å gjennomføre studien, er derfor deres tilnærming til å identifisere, kritisere og oppsummere relevant forskningslitteratur begrenset.

6.0 Konklusjon

Litteraturstudiets forfattere konkluderer med at pasienter gjennomgått behandling for gynekologisk kreft trenger informasjon om seksuell helse, og det anses som sykepleiers ansvarsområde å imøtekomme dette. For at sykepleiere gjennom kommunikasjon skal kunne bidra til at pasienter mestrer sin seksualitet etter behandling for gynekologisk kreft, må de overkomme egne holdninger og barrierer omkring seksualitet gjennom selvrefleksjon. Dersom seksualitet i ytterligere grad implementeres i grunnutdannelsen, betraktes det som en bidragsyter til å endre sykepleieres holdninger, og en forbedring av kommunikasjon om tematikken. For allerede praktiserende sykepleiere kan en tilegne seg mer faglig kunnskap om seksuell helse gjennom fagmøter og seminarer på arbeidsplassen, eller egne etter- og videreutdanninger om seksuell helse.

Det er mangel på retningslinjer og prosedyrer for samtale om gynekologisk kreft og seksuell helse, og sykepleiere mangler av den grunn to hjelpemidler som kan bistå til kommunikasjon om seksualitet. Sykepleiere må derfor skape engasjement for å utarbeide slike retningslinjer og prosedyrer. I tillegg må seksuell helse implementeres i behandlingsplaner for at tematikken skal bli et samtaleemne og en del av behandlingsforløpet. PLISSIT-modellen og CARD er gode kommunikasjonsverktøy, som skal hjelpe sykepleieren til å initiere til samtale. Det er derfor viktig at PLISSIT og CARD fremheves og tilgjengeliggjøres for sykepleiere. Sykepleiere må implementere kommunikasjonsverktøy som hjelpemiddel i deres praksis for å initiere til samtale om seksuell helse, og gjennom bruken av disse vil de hjelpe pasienter til å mestre sin seksualitet etter gynekologisk kreftbehandling.

7.0 Litteraturliste

Aveyard, H. (2014) *Doing a Literature Review in Health and Social Care: A Practical Guide*. 3. utgave. Berkshire: Open University Press.

Bergmark, K. (2013) Seneffekter, seksualitet, fysisk rehabilitering, i Sorbe, B., Frankendal, B. og Högberg, T. (red.) *Gynekologisk onkologi*. Lund: Författarna och Studentlitteratur, s. 475-495.

Bjørkvold, I.Ø. (u.å) *Kreftutenfilter*. Tilgjengelig fra:

<https://www.instagram.com/kreftutenfilter/?hl=nb> (Hentet: 08. mai 2019).

Cleary, V., Hegarty, J. og McCarthy, G. (2011) Sexuality in Irish Women With Gynecologic Cancer, *Oncology Nursing Forum*, 38(2), s. 87-96. doi: 10.1188/11.ONF.E87-E96

Dahlum, S. (2018) Validitet, *Store Norske Leksikon*. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/validitet> (Hentet: 15. april 2019).

Dahlum, S. og Wæhle, E. (2018) Case-studie, *Store Norske Leksikon*. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/case-studie> (Hentet: 16. april 2019).

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

Den norske legeforeningen (2012) *Helsinkideklarasjonen*. Tilgjengelig fra:

<https://beta.legeforeningen.no/fag/forskning/helsinkideklarasjonen/> (Hentet: 4. april 2019).

Gjessing, R., Borg, T. og Dahl, A.A. (2013) Problemer med seksualitet, i Loge, J.H., Dahl, A.A., Fosså, S.D. og Kiserud, C.E. (red.) *Kreftoverlevende. Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv*. 2.utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 87-108.

Gjessing, R. (2018) Seksualiteten etter kreften, *Sykepleien fagutvikling*, 106(72373). doi: 10.4220/Sykepleiens.2018.72373

Gynkreftforeningen (u.å) *Seksuelliv*. Tilgjengelig fra:

<https://www.gynkreftforeningen.no/seksualitet/> (Hentet: 08. mai 2019).

Harris, M.G. (2019) Sexuality and Menopause: Unique Issues in Gynecologic Cancer, *Seminars in Oncology Nursing*, 35(2), s. 211-216. Tilgjengelig fra:

<https://doi.org/10.1016/j.soncn.2019.02.008> (Hentet: 10. mai 2019).

Hautamäki, K., Miettinen, M., Kellokumpu-Lehtinen, P-L., Aalto, P. og Lehto, J. (2007) Opening Communication With Cancer Patients About Sexuality-Related Issues, *Cancer Nursing*, 30(5), s. 399-404. doi: 10.1097/01.NCC.0000290808.84076.97

Helland, Y. (2015) Seksualitet, i Grov, E.K. og Holter, I.M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie, sykepleieboken 1*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 861-886.

Helsebiblioteket (2016) *Tverrsnittstudie*. Tilgjengelig fra:

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/tverrsnittstudie>

(Hentet: 15. april 2019).

Helsedirektoratet (2015) *Rett til tolk*. Tilgjengelig fra: <https://helsenorge.no/rettigheter/rett-til-tolk> (Hentet: 30. april 2019).

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

https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf (Hentet: 6. mars 2019).

Heyn, L. (2015) Kommunikasjon -menneskets grunnleggende behov for å forstå og å bli forstått, i Grov, E.K. og Holter, I.M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie, sykepleieboken 1*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 363-398.

Hordern, A.J. og Street, A. F. (2007) Let's talk about sex: Risky business for cancer and palliative care clinicians, *Contemporary Nurse: health care across the lifespan*, 27(1), s. 49-60. doi: 10.5172/conu.2007.27.1.49

Huseby (2019) *Holdninger, meninger og verdier*. Tilgjengelig fra: <https://ndla.no/subjects/subject:18/topic:1:194233/topic:1:78246/resource:1:122106> (Hentet: 10.mai 2019).

Jacobsen, E.L. (2016) Helse og sykdom, i Heggestad, A.K.T. og Knutstad, U. (red.) *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie, sykepleieboken 2*. 4.utg. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 56-79.

Kreftforeningen (2018) *Om Sjekk deg*. Tilgjengelig fra: <https://kreftforeningen.no/sjekk-deg/om-sjekk-deg/> (Hentet: 21. februar 2019).

Kristoff, A. (2016) Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer, i Ørn, S. og Bach-Gansmo, E. (red.) *Sykdom og behandling*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 401-418.

Malt, U. (2015) Strukturert Intervju, *Store Norske Leksikon*. Tilgjengelig fra: https://snl.no/strukturert_intervju (Hentet: 16. april 2019).

McCallum, M., Lefebvre, M., Jolicoeur, L., Maheu, C. og Lebel, S. (2012) Sexual health and gynecological cancer: conceptualizing patient needs and overcoming barriers to seeking and accessing services, *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 33(3), s.135-142. doi:10.3109/0167482X.2012.709291

Norsk Senter for Forskningsdata (2019) *Register Over Vitenskapelige Publiseringsskanaler*. Tilgjengelig fra: https://dbh.nsd.uib.no/publiseringsskanaler/Forside.action?request_locale=no (Hentet: 15. april 2019).

Norsk Sykepleierforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/Content/2182990/seefile> (Hentet: 11. mars 2019).

Oncolex (2017) *Gynekologisk kreft*. Tilgjengelig fra: <http://oncolex.no/GYN> (Hentet: 6. mars 2019).

Stabile, C., Goldfarb, S., Baser, R.E., Goldfrank, D.J., Abu-Rustum, N.R., Barakat, R.R., Dickler, M.N. og Carter, J. (2017) Sexual health needs and educational intervention preferences for women with cancer, *Breast Cancer Research and Treatment*, 165 (1), s. 77-84. doi: 10.1007/s10549-017-4305-6

Stead, M.L., Brown, J.M., Fallowfield, L. og Selby, P. (2003) Lack of Communication Between Healthcare Professionals and Women With Ovarian Cancer About Sexual Issues, *British Journal of Cancer*, 88(5), s. 666-671. doi: 10.1038/sj.bjc.6600799.

Stilos, K., Doyle, C. og Daines, P. (2007) Addressing the Sexual Health Needs of Patients With Gynecologic Cancers, *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12(3), s. 457-463. doi: 10.1188/08.CJON.457-463

Svartdal, F. (2018) Reliabilitet, *Store Norske Leksikon*. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/reliabilitet> (Hentet: 15. april 2019).

Thidemann, I.J. (2015) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter. Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.

Wang, L.Y., Pierdomenico, A., Lefkowitz, A. og Brandt, R. (2015) Female Sexual Health Training for Oncology Providers: New Applications, *Sexual Medicine - Open Access*, 3(3), s. 189-197. doi: 10.1002/sm2.66

Watson, J. (1985) *Nursing. The Philosophy And Science Of Caring*. USA: Colorado Associated University Press.

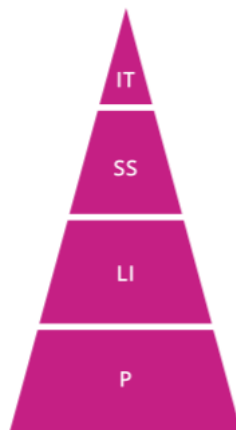
Watson, J. (1999) *Nursing. Human Science and Human Care. A Theory of nursing*. USA: National League for Nursing.

Williams, N.F., Hauck, Y.L. og Bosco, A.M. (2017) Nurses' perceptions of providing psychosexual care for women experiencing gynaecological cancer, *European Journal of Oncology Nursing*, 30(2017), s. 35-42. doi: 10.1016/j.ejon.2017.07.006

Vedlegg 1

PLISSIT er en modell for sexologisk rådgivning som illustrerer behov for og tilnærming til pasienten i fire rangerte nivåer. Modellen er utviklet av den amerikanske psykologen Jack S. Annon og fornsket av sexologene Elsa Almås og Esben Esther Pirelli Benestad.

- **P** står for Permission – og danner basis i informasjonspyramiden, hvor pasienten gis rom for (tillatelse til) å ta opp ulike temaer og spørsmål knyttet til sin seksualitet og seksuelle helse.
- **LI** står for Limited information – hvor pasienten får begrenset, tilpasset informasjon, for eksempel om hva som er normalt, endringer i seksuell lyst, følger av svangerskap og medisinbruk m.m.
- **SS** står for Specific suggestions – hvor pasienten får spesifikke råd som er faglig begrunnede.
- **IT** står for Intensive therapy – hvor komplekse problemstillinger som kjønnsidentitetstematikk, følgetilstander etter overgrep m.m. behandles.



Utklipp fra Helse- og omsorgsdepartementet (2016, s. 26)

Vedlegg 2

Table 5.1 Six questions to trigger critical thinking (adapted from Woolliams et al. 2009)

| Six questions to trigger critical thinking | |
|--|--|
| <p>Where did you find the information?</p> <ul style="list-style-type: none">• Did you just 'come across' it? Or did you access it through a systematic search? | <p>What is it and what are the key messages or results/findings?</p> <ul style="list-style-type: none">• Is it a research study, professional opinion, discussion, website or other?• What are the key messages/results/findings? |
| <p>How has the author/speaker come to their conclusions?</p> <ul style="list-style-type: none">• Is their line of reasoning logical and understandable?• If it is research or a review of research, how was it carried out, was it done well, and do the conclusions reflect the findings? | <p>Who has written/said this?</p> <ul style="list-style-type: none">• Is the author/speaker an organization or individual? Are they an expert in the topic? Could they have any bias? How do you know? |
| <p>When was this written/said?</p> <ul style="list-style-type: none">• Older key information may still be valid, but you need to check if there has been more recent work. | <p>Why has this been written/said?</p> <ul style="list-style-type: none">• Who is the information aimed at – professionals or patient/client groups?• What is the aim of the information? |

Utklipp fra Aveyard (2014, s.109)

