



Barriers to "The Vulnerable Conversation": Intimacy, Sexuality, and Closeness

Barrierer rundt «Den sårbare samtalen»: intimitet, seksualitet og nærhet

Kandidatnummer 52

VID vitenskapelige høgskole

OSLO

Fordypningsoppgave

Videreutdanning i Kreftsykepleie

Kull: Høst 2022

Antall ord: 4395

Dato 02.06.2023

Opphavsrettigheter

Forfatteren har opphavsrettighetene til oppgaven.
Nedlasting for privat bruk er tillatt.

Sammendrag

Bakgrunn og problemstilling: Kvinner som blir diagnostiserte med brystkreft kan oppleve behandlingen som inngripende overfor deres seksuelle helse. Mange pasienter har behov for å snakke med noen om dette temaet. Til tross for forskning som viser at temaet seksualitet er en viktig faktor i pasienters livskvalitet, viser det seg at helsepersonell ofte unngår å ta opp dette temaet i dialogen med pasienter og deres partnere. Problemstillingen i oppgaven er: «*Hvilke barrierer finnes for å gå inn på temaet intimitet, seksualitet og nærhet hos brystkreftpasienter?*»

Hensikt: Hensikten med denne litteraturstudien er å finne ut hvilke barrierer som hindrer helsepersonellet i å ta opp dette temaet, og hvor viktig det er å overvinne disse barrierene.

Metode: For å kunne finne svar på problemstillingen, er det benyttet databaser som CINAHL og PubMed for å finne forskningsartikler, samt utført enkelte søk av nettsider som Kreftforeningen, Sykepleien og Lovdata og regjeringens nettsider.

Resultat: Resultatene viser ulike barrierer som hindrer helsepersonellet i å ta opp slike samtaler. Barrierene inkluderer begrenset kunnskap om seksuell helse, tabu og stigma, barrierer knyttet til begrenset tid, prioriteringer av andre temaer og manglende oppfølging som hindrer å ta opp temaet om seksuell helse.

Konklusjon: Studiefunn understreker behovet for at helsepersonell tar initiativ til å ta opp «den sårbare samtalen» om intimitet, seksualitet og nærhet med pasientene. Ledelsen har et ansvar for å iverksette konkrete tiltak som tydelige retningslinjer, opplæringsprogrammer og tilstrekkelig ressursallokering. Dette vil sikre at samtaler om seksuell helse blir prioritert og gjennomført på en tilfredsstillende måte.

Nøkkelord: seksuell helse, brystkreftpasienter, barrierer, kreftsykepleier

Abstract:

Background and research question: Women diagnosed with breast cancer may experience treatment as impacting their sexual health. Many patients have a need to discuss this topic with someone. Despite research showing that sexuality is an important factor in patients' quality of life, healthcare professionals often avoid addressing this topic in conversations with patients and their partners. Research question: What are the barriers to addressing the topic of intimacy, sexuality, and closeness in breast cancer patients?

Purpose: The purpose of this literature review is to identify the barriers that hinder healthcare professionals from addressing this topic and emphasize the importance of overcoming these barriers.

Method: To answer the research question, databases such as CINAHL and PubMed were searched for relevant research articles. Additional searches were conducted on websites such as the Cancer Society, Nursing Journals, and government websites.

Results: The results reveal various barriers that hinder healthcare professionals from addressing these conversations. The barriers include limited knowledge of sexual health, taboo and stigma, time constraints, prioritization of other topics, and lack of follow-up, all of which hinder addressing the topic of sexual health.

Conclusion: The study findings emphasize the need for healthcare professionals to initiate "the vulnerable conversation" about intimacy, sexuality, and closeness with patients. Management has a responsibility to implement specific measures, such as clear guidelines, training programs, and adequate allocation of resources. This will ensure that discussions about sexual health are prioritized and conducted satisfactorily.

Keywords: sexual health, breast cancer patients, barriers, oncology nurses

Innhold

Innledning	6
1.1 Problemstilling	7
1.1.1 Avgrensning.....	7
1.2 Hensikt	7
2 Metode.....	7
2.1 Litteratursøk	8
2.2 Utvalgte artikler	8
2.3 Analyse	8
3 Resultat	9
3.1 Usikkerhet	9
3.2 Tabu og stigma	11
3.3 Rammer.....	12
4 Diskusjon	14
5 Konklusjon.....	19
Litteraturliste.....	20
Vedlegg.....	24
Vedlegg 1 PICCO-skjema	24
Vedlegg 2 Resultattabell.....	25
Vedlegg 3: Søkelogg	34

1.0 Innledning

I Norge er det flere og flere kvinner som blir diagnostiserte med brystkreft (Kreftregisteret, 2021, s. 32). Andelen som overlever med brystkreft er dermed økende (Sørensen et al., 2016). I takt med denne trenden, møter helsepersonellet ulike utfordringer. Følgende er det utfordringer knyttet til samtale om intimitet og seksualitet som gjør seg gjeldende.

Behandlingen av brystkreft er ofte multimodal, noe som betyr at flere behandlingsmetoder som kirurgi, stråling og medisinsk behandling brukes i kombinasjon (Helsedirektoratet, 2022, s. 127). Kvinner som blir diagnostiserte med brystkreft, kan oppleve behandlingen som inngripende overfor deres seksuelle helse. Mange pasienter har behov for å snakke med noen om dette teamet. Til tross for forskning som viser at temaet seksualitet er en viktig faktor i pasienters livskvalitet, viser det seg at helsepersonell ofte unngår å ta opp dette temaet i dialogen med pasienter og deres partnere (Zhu et al., 2023). Det kan føre til uheldige konsekvenser. Det er nødvendig at helsepersonell tar initiativ til å ta opp «den sårbare samtalen» om intimitet, seksualitet og nærhet med pasientene. Det er viktig å iverksette tiltak for å forbedre pasientenes livskvalitet. Barrierer hindrer imidlertid disse samtalenene, noe som understreker behovet for økt oppmerksomhet på temaet.

1.1 Problemstilling

Barrierer rundt «Den sårbare samtalen»: intimitet, seksualitet og nærhet.

Hvilke barrierer finnes for å gå inn på temaet intimitet, seksualitet og nærhet hos brystkreftpasienter?

1.1.1 Avgrensning

Hovedfokuset i denne oppgaven vil være seksuell helse hos brystkreftpasienter og brystkreftoverlevende. Oppgaven vil legge vekt på barrierer for å ta opp seksuell helse mellom helsepersonell og pasient. Kvinnelige pasienter over 18 år som har eller har hatt brystkreft blir vektlagt. Oppgaven ekskluderer mannlige brystkreftpasienter.

1.2 Hensikt

Formålet med denne litteraturstudien er å belyse tilgjengelig litteratur og forskning, for å kunne besvare problemstillingen. Seksuell helse er en menneskerettighet, men likevel blir dette temaet oversett av helsepersonellet. Gjennom denne litteraturstudien vil jeg finne ut hvilke barrierer som hindrer helsepersonellet i å ta opp dette temaet, og hvor viktig det er å overvinne disse barrierene.

2 Metode

Vilhelm Aubert beskriver en metode slik: «*En metode som en fremgangsmåte, er et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap*» (Dalland, 2020, s. 53). Dette arbeidet er et litteraturstudium som innhenter kunnskap fra tidligere publiserte skriftlige kilder, hvor hver artikkel blir kritisk vurdert og deres funn summeres. Hensikten er å aktivt søke etter vitenskapelige artikler som kan bidra til å svare på forskningsspørsmålet (Thidemann, 2017, s. 79-80).

2.1 Litteratursøk

For å kunne finne svar på problemstillingen, er det benyttet elektroniske databaser som CHINAL og PubMed, samt utført enkeltsøk på nettsider som Kreftforeningen, sykepleien, Lovdata og regjeringens nettsider. Ved hjelp av oppslagsverket «MeSH på norsk», ble det laget en liste med søkeord på norsk. Deretter ble ordnett brukt til å oversette disse ordene. For å finne gode og relevante søkeord, har jeg anvendt PICO-skjema. PICO-skjema har vært til stor hjelp med å strukturere spørsmålet, samt at det gir en systematisk tilnærming til litteratursøk og hjelper med å finne den mest relevante og pålitelige informasjonen. For å utføre et omfattende og systematisk søk, ble søkeordene kombinert ved hjelp av boolske operatører OR og/eller AND (Thidemann, 2017, s. 88). De primære søkeordene som ble benyttet var: «Breast Cancer», «Breast tumor», «Intimacy», «Sexual health», «Barriers», «Communication Barriers». Se Vedlegg 1 og 3.

2.2 Utvalgte artikler

Begrensninger som ble satt for å finne aktuelle forskningsartikler, er at forskningen skulle være i nyere tid, ikke eldre enn 10 år. Grunnet ønsket om å oppnå en mer omfattende forståelse av temaet, var ingen begrensninger på geografiske områder valgt.

Jeg leste gjennom overskrift og sammendrag for å vurdere om forskningsartikkelen var relevant for problemstillingen og om artikkelen oppfylte inklusjonskriteriene for oppgaven. Dersom forskningsartikkelen var relevant, leste jeg gjennom dem grundig. Sjekkliste for å kvalitetssikre forskningsartiklene ble brukt, og i tillegg ble det vurdert om forskningsetiske hensyn var ivaretatt. Det ble valgt ut åtte forskningsartikler som oppfylte inklusjonskriteriene som ble brukt for å besvare problemstillingen.

Forskningsmetodene som hovedsakelig ble vurdert inkluderte kvalitativ metode eller blandet metode (mixed methods). Den blandede metoden kombinerer både kvalitative og kvantitative tilnærminger i samme studie, noe som gir en styrke ved å tilrettelegge for en mer helhetlig forståelse av et fenomen eller en problemstilling (Johnson & Onwuegbuzie, 2004).

2.3 Analyse

Analyse er en metode som hjelper for å få en oversikt over de utvalgte forskningsartiklene, for å tolke og forstå deres tekst og innhold (Thidemann, 2017, s. 91). I min analyseprosess har jeg anvendt Aveyards (2019, s. 141-145) tematiske analyse, som beskrives gjennom syv

trinn. Denne har vært til hjelp under min gjennomgang av litteraturen, og den har tillatt meg å systematisere og analysere funnene, samt identifisere felles nøkkelfunn og temaer i artiklene. I det første trinnet i den tematiske analysen oppsummerer jeg de inkluderte artiklene. I det neste trinnet behandler jeg resultatene for å kartlegge felles temaer. Gjennom det tredje trinnet diskuterer jeg styrker/svakheter ved resultatene, og jeg bruker sjekklister for å sikre kvaliteten på funnene. I det fjerde trinnet identifiserer jeg flere hovedtemaer basert på nøkkelfunn som er gjentatte i artiklene. Jeg sammenligner funnene i det femte trinnet og ender opp med tre hovedtemaer i det sjette trinnet. Jeg synes at disse temaene oppsummerer resultatene i litteraturstudien godt. Det sjuende og siste trinnet er ikke aktuelt for min oppgave.

Tabell (1)

Hovedkategorier	Usikkerhet	Tabu og stigma	Rammer
Underkategorier	Mangel på kunnskap	Kulturelt tabu	Tidsbegrensinger
	Tilnærming til tema	Religiøse restriksjoner	Rådgivningsmodell
	Initiativ	Fordommer	Mangel på retningslinjer

3 Resultat

I analysen av de åtte forskningsartiklene som ble funnet, ble det identifisert tre overordnede temaer basert på felles nøkkelfunn. Det første temaet handler om usikkerhet, det andre om tabu og stigma og det tredje om rammer. Resultattabell ligger i Vedlegg 2.

3.1 Usikkerhet

Et sentralt funn i studiene var at helsepersonellet hadde begrenset kunnskap om seksuell helse. Flere av artiklene beskrev utfordringer rundt dette teamet (Zhu et al., 2023; Masjoudi et al., 2019; Zimmaro et al., 2020; Reese et al., 2017; Ferreria et al., 2015). I studien til Zhu et al. (2023) erkjente deltagere at seksuell helse utgjør en viktig del av livskvaliteten til brystkreftpasienter. Til tross for dette tok de sjelden opp temaet seksuell helse med sine

pasienter. Flertallet av deltakerne rapporterte at de hadde vanskeligheter med å forme fagkunnskap på en forståelig måte for pasientene. Kreftsykepleiere og onkologer i denne studien uttrykte mangel på kunnskap om seksuell opplæring i deres utdanningsbakgrunn, og samtidig erkjente flere av dem manglende motivasjon og energi til å lære om seksuell helse. I tillegg rapporterte enkelte helsepersonell at det ikke var deres ansvar å håndtere seksuelle problemer, og de mente pasientene burde oppsøke gynekolog hvis de hadde seksuelle helseproblemer. Mangel på kunnskap kan ses i sammenheng med lite initiativ om temaet og liten fagkunnskap fra utdanningsbakgrunnen Zhu et al. (2023).

I litteraturstudien til Masjoudi et al. (2019) fant de at 90 % av brystkreftpasienter manglet informasjon fra helsepersonell om seksualitetsrelaterte konsekvenser. Deltagerne i studien (54 %) forteller videre at helsepersonellet primært var fokusert på kun hovedsykdommen, og de ignorerte temaet seksualitet. En annen viktig faktor i studien, er helsepersonellens evne til å initiere samtale. *“He was working with his computer and reading jokes while he was asking me, «What is wrong with you»”* (Masjoudi et al., 2019). Barrierene fremhevet her underbygger viktigheten av ordvalg og samtaleinitiering i forbindelse med seksuell helse.

I studien til Zimmaro et al. (2020) opplevde pasientene at helsepersonell ikke tar initiativ til å diskutere seksuell helse eller bringe opp dette temaet under konsultasjoner. Dette skyldes mulig manglende kunnskap, usikkerhet og ubehag hos helsepersonellet når det gjelder å snakke om seksualitet. Pasientene i denne studien uttrykte en opplevelse av begrenset åpenhet og trygghet i kommunikasjonen med helsepersonell. Dermed valgte de å ikke dele sine bekymringer og behov. Studien konkluderer med at denne kommunikasjonsbarrieren kan brytes dersom helsepersonell tar et aktivt initiativ til å bringe opp temaet seksuell helse under konsultasjoner med brystkreftpasienter.

I studien til Reese et al. (2017) opplever pasientene at helsepersonell ikke tok initiativ til å snakke om seksuell helse. Studien identifiserte at mange helsepersonell mangler bevissthet og kunnskap om betydning av seksuell helse i brystkreftomsorgen. Mangel på kunnskap hos helsepersonell og at de er usikre på temaet selv, kan begrense dem til å gi pasienter relevant informasjon. Reese et al. (2017) hevder at pasientene kan oppleve en følelse av frustrasjon og manglende tillit til helsepersonell når de ikke får tilstrekkelig hjelp med sine seksuelle bekymringer. Studien påpekte at manglende kulturell kompetanse kan føre til misforståelser og negativ påvirkning på pasienters følelse av å bli misforstått eller undervurdert.

I studien til Ferreira et al. (2015) rapporterte helsepersonellet at de manglet tilstrekkelig kunnskap og kompetanse når det gjaldt å håndtere seksualitetsspørsmål hos kvinner med kreft. Dette førte til usikkerhet og manglende selvtillit i å ta opp seksualitet som en del av omsorgen. En annen barriere som helsepersonellet legger frem, er at de følte at pasientene ikke initierte samtaler om seksualitet. De var derfor usikre på hvordan de skulle ta opp temaet på en sensitiv og profesjonell måte. Dette førte til at dette temaet ble oversett.

3.2 Tabu og stigma

Et annet vesentlig tema som blir identifisert er tabu og stigma, studiene beskrev utfordringer og barrierer rundt dette (Zhu et al., 2023; Masjoudi et al., 2019; Gong et al., 2021; Ferreria et al., 2015; Ussher et al., 2012). I studien til Zhu et al. (2023) kom det frem at seksualitet kan være et tabubelagt tema i mange kulturer. Brystkreftpasienter kan oppleve det skamfullt å snakke om sine seksuelle bekymringer. Denne barrieren skyldes kulturelle normer og forventninger som begrenser åpenhet om temaet seksualitet. Studien belyser også frykt hos pasienter som begrensing. De kan være redde for å bli dømt eller stigmatiserte hvis de tar opp seksuelle bekymringer med helsepersonell. Pasientene kan føle seg flau eller usikre på hvordan bekymringer vil bli mottatt av helsepersonellet. I studien til Masjoudi et al. (2019) kom det også frem at seksualitet er et tabubelagt tema i den iranske kulturen. Pasienten opplevde derfor vanskeligheter med å snakke om sine seksuelle bekymringer.

I studien til Gong et al. (2021) opplevde flere av pasientene et manglende privatrom som hindrer dem i å ta opp temaet. Pasienter betrakter seksualitet som privat, og de mente at det kreves et privat rom for å diskutere dette temaet. De synes det var flaut og pinlig å ta opp dette temaet mens de delte rom med en annen pasient og deres pårørende kunne være til stede. Mange pasienter følte seg ukomfortable med å ta opp temaet. Noen deltakere oppfattet sykehusrommene som et sted for å helbrede og livredding, noe som begrenset deres evne til å diskutere emner som oppfattes som irrelevante, for eksempel seksualitet. Dekorasjonen av avdelingen, plakater og oppslagstavler handler alle om "*kreft*" eller "*behandling*". Diskusjoner med sykepleiere handlet primært om hvordan man beskytter sår, forebygger komplikasjoner og unngår tilbakefall. Dette resulterte i at deltakerne betraktet spørsmål om seksualitet som uegnede for samtaler med helsepersonell.

Studien påpeker at kulturelle normer og tabuer rundt seksualitet i kinesisk kontekst var en barriere for å diskutere seksuelle bekymringer. Kvinners samfunnsroller og uttrykk for deres behov ble begrenset av kulturelle normer, som forventet at kvinner skulle være tilbakeholdne og tause når det gjelder seksualitet. Studien fremhever også at utilstrekkelig bevissthet, kunnskap og tilgjengelige ressurser som følge av kulturelle barrierer, kan resultere i begrenset forståelse og kompetanse blant både pasienter og helsepersonell (Gong et al., 2021).

I studien til Ferreira et al. (2015), kommer det også frem at kulturelle fordommer knyttet til seksuell helse kan påvirke helsepersonellens holdning og tilnærming til å diskutere temaet seksualitet med pasienter. Deltakerne i studien sier at seksualitet betraktes som et tabuområde i mange kulturer. Det gjør det vanskelig for dem å ta opp dette temaet med pasienter, på grunn av kulturelle normer og verdier. Studien fremhever også at utilstrekkelig bevissthet, kunnskap og tilgjengelige ressurser som følge av kulturelle barrierer kan resultere i begrenset forståelse og kompetanse blant både pasienter og helsepersonell. I studien til Ussher et al. (2012) kommer det også frem at pasientene følte seg ukomfortable med å diskutere seksuelle problemer, grunnet samfunnets tabu og stigma knyttet til seksualitet og kreft.

3.3 Rammer

Artiklene viser flere barrierer knyttet til begrenset tid, prioriteringer av andre temaer og manglende oppfølging som hindrer en å ta opp temaet om seksuell helse (Zhu et al., 2023; Masjoudi et al., 2019; Zimmaro et al., 2020; Reese et al., 2017; Ferreira et al., 2015).

Helsepersonellet i studien til Zhu et al. (2023) følte at de ikke hadde tilstrekkelig tid til å gå dypt inn i pasientenes seksuelle bekymringer. Dette førte til at mange seksuelle spørsmål forble uadresserte eller bare berørt overfladisk. I studien til Masjoudi et al. (2019) kommer det fram at både pasienter og helsepersonell opplevde begrensninger i tid som en betydelig barriere. Pasientene følte at de ikke hadde tilstrekkelig tid til å bringe opp spørsmål eller bekymringer om seksuell helse under konsultasjonene. Andre temaer ble prioritert grunnet begrenset tid. Seksuell helse ble ansett som et mindre viktig tema. Pasientene opplevde at det var begrenset oppfølging og oppmerksomhet rundt seksuell helse.

En av barrierene som ble identifisert i studien til Zimmaro et al. (2020), var manglende retningslinjer og protokoller som inkluderte temaet seksuell helse. En annen barriere som også blir nevnt, er begrensingen av tid i konsultasjonen. Pasientene følte seg ikke komfortable nok til å ta opp temaet med helsepersonellet i denne korte tiden.

I studien til Keshavarz et al. (2021), har de undersøkt effekten av PLISSIT-basert rådgivningsmodell på seksuell funksjon, livskvalitet og seksuelle bekymringer hos kvinner som har overlevd brystkreft. Hensikten var å bidra til evidensbasert praksis og informere helsepersonellet om en mulig tilnærming for å håndtere seksuell helse hos kvinner som har overlevd brystkreft.

I studien utført av Reese et al. (2017) identifiseres det at enkelte sykepleiere hadde adressert emnet seksualitet med sine pasienter, men ofte henviste de videre til støttegrupper fremfor å ta det opp direkte. Dette skyldes delvis grunnet tidspress og usikkerhet. Enkelte pasienter fant slik henvisning upraktisk, som eksemplifisert ved pasienter med en time reisevei til støttegruppen. Studien påpeker også at det er mangel på klare retningslinjer og struktur for å adressere seksuell helse i brystkreftbehandlingen. Dette førte til inkonsekvent tilnærming og manglende standardisering i kommunikasjonen om seksuelle bekymringer.

Ferreira et al. (2015) fremhever at klinisk helsepersonell ofte står overfor tidsbegrensninger, noe som begrenser deres muligheter for å diskutere seksualitet med pasientene. Mangelen på klare retningslinjer for å inkludere seksualitet i sykepleieomsorg, fører til utfordringer for helsepersonellet i å håndtere dette temaet adekvat. I studien til Ussher et. al (2012) opplevde pasientene begrensede ressurser for å adressere seksuelle endringer, inkludert mangel på spesialiserte helsetjenester, utilstrekkelige støttegrupper eller terapitilbud, samt knappe ressurser for seksualundervisning og veiledning.

4 Diskusjon

Kjernefunnene fra flere studier (Zhu et al., 2023; Masjoudi et al., 2019; Zimmaro et al., 2020; Reese et al., 2017; Ferreira et al., 2015) avdekket betydelige barrierer knyttet til helsepersonellets håndtering av seksuell helse hos brystkreftpasienter. En sentral barriere som ble identifisert, var helsepersonellets begrensede kunnskap om seksuell helse og deres manglende evne til å initiere samtaler om dette temaet.

Zhu et al. (2023) påpeker at helsepersonellet sjelden tar opp temaet seksualitet, grunnet manglende kunnskap om dette temaet. I studien til Rees et al. (2017) kommenterte flere av helsepersonellet at kunnskaps- eller ferdighetshull var barrieren for å ta opp seksuell helse med pasienter. En i helsepersonellet uttalte følgende: *"I think part of it is [that] I don't want to ask a question that I don't have a solution for it."* (Reese et al., 2017). Manglende kunnskap og usikkerhet rundt dette temaet fører til at helsepersonellet ikke ønsker å ta opp dette temaet med pasienter. Sykepleierens frykt for å virke inkompetent ved spørsmål om seksuell helse, kan bidra til at de unngår å ta opp dette temaet. Når sykepleiere mangler kunnskap på dette området, kan det føre til en oppfatning av manglende profesjonalitet. Dette kan i sin tur svekke tilliten fra pasienter mot sykepleier (Reese et al., 2017). Derimot understreker Helsepersonelloven § 4 om *"Krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp"*, at helsepersonell skal gi helsehjelp i samsvar med kravene til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. Dette innebærer å holde seg oppdatert på den mest aktuelle forskningen og kunnskapen, for å sikre høyest mulig kvalitet på helsehjelpen (Helsepersonelloven, 1999).

Denne uoverensstemmelsen mellom lovpålagte krav og helsepersonellets opplevde kunnskapshull tyder på et presserende behov for å styrke kompetansen rundt seksuell helse hos helsepersonell. Dersom helsepersonell unngår å ta opp et viktig tema som seksuell helse, kan det føre til negative helseutfall for pasienter. Det er derfor vesentlig å adressere og overvinne disse barrierene for å forbedre helsetjenester til brystkreftpasienter (Zhu et al., 2023; Ferreira et al., 2015).

I tillegg til kunnskapsbarrierer, oppstår det et annet kritisk spørsmål rundt hvem som bør ha ansvaret for å igangsette samtaler om seksuell helse. På den ene siden kommer det frem i studiene til Zimmaro et al. (2020) og Reese et al. (2017) at pasienten opplevde at helsepersonell ikke tar initiativ til å diskutere seksuell helse eller bringe opp dette temaet under konsultasjoner. På den andre siden kommer det frem i studien til Ferreira et al. (2015)

at helsepersonellet følte at pasientene ikke initierte samtaler om seksualitet. De var derfor usikre på hvordan de skulle ta opp temaet på en sensitiv og profesjonell måte. Manglende initiering av samtaler om seksuell helse fra sykepleiers side kan ha flere konsekvenser. For det første kan det medføre at pasientens behov for informasjon og støtte i forhold til seksuell helse blir oversett. Dette kan føre til økt følelse av isolasjon, misforståelser rundt egen helsetilstand, samt en mulig forverring av pasientens psykologiske velvære (Ussher et al., 2012). Basert på min egen erfaring som sykepleier på en onkologisk avdeling, har jeg observert at pasienter sjelden selv bringer opp temaet om seksuell helse. Dette kan være et resultat av usikkerhet, ubehag eller en antakelse om at det ikke er sykepleierens rolle å diskutere dette aspektet av helse. Denne unnlatsen av å ta initiativ kan ytterligere forverre de nevnte konsekvensene, da det kan hindre pasienten i å motta nødvendig støtte og veiledning.

I studien til Zhu et al. (2023) kommer det også frem at både onkologer og sykepleiere ikke tok initiativet til å ta opp seksuell helse med sine pasienter, noe som kan speile holdningen til helsepersonellet. En av deltagerne sier følgende: *“I call it enlightenment sexual health education, and we just gave them some short answers without in-depth discussion. They did not ask, and I wouldn't take the initiative to say. It's quite difficult to break the ice”* (Zhu et al., 2023). Imidlertid kommer det frem i litteraturstudiet utført av Masjoudi et al. (2019) at 90 % av brystkreftpasienter ikke hadde fått informasjon om seksuell helse. Hvem har da ansvar for å ta opp dette temaet? Gitt at sykepleiere ofte har mest direkte kontakt med pasienter, kan de være en naturlig kilde til informasjon knyttet til seksuell helse (Gamnes, 2016, s. 401). Det kan derfor antas at en initiell samtale, ledet av sykepleiere, kan gi en gylden mulighet til å identifisere og adressere pasientens seksuelle behov. Forutsetningen er at sykepleiere er forberedte på å åpne opp for denne type dialog. Hvis sykepleiere anerkjenner viktigheten av seksuell helse, kan de ta en mer proaktiv rolle i å adressere disse spørsmålene, noe som kan bidra til å sikre at pasientens behov for informasjon tilfredsstilles på en tilstrekkelig måte. Sykepleieteoretiker Travelbee (1999, s. 135) fremhever viktigheten av holdninger i dannelsen av et menneske-til-menneske-forhold, som er avgjørende for å oppnå målene med sykepleie. Dette tyder på at reflektert bruk av holdninger kan være nøkkelen til å ivareta den enkelte pasients unike behov.

En annen hindring som blir påpekt, er kulturelle tabuer og stigmatisering knyttet til seksualitet (Zhu et al., 2023; Masjoudi et al., 2019; Gong et al., 2021; Ferreira et al., 2015; Ussher et al., 2012). Samlet sett fremheves det en tydelig sammenheng mellom de undersøkte landene. Uavhengig av kulturell kontekst, er seksualitet og selvoppfatning sensitive temaer, som både pasienter og helsepersonell finner utfordrende å ta opp. Denne utfordringen har en betydelig innvirkning på åpenheten om seksuell helse blant brystkreftpasienter og helsepersonellet. Seksualitet har lenge vært et tabubelagt tema også i vår kultur (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 25). Denne belastningen kan delvis tilskrives den dypt personlige og private naturen til seksuell helse, som typisk holdes utenfor offentlig diskusjon. Resultatet av dette er en mulig utfordring i kommunikasjon mellom pasienter og helsepersonell om disse temaene, gitt deres privatlivsømfintlighet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 25).

I studien til Zhu et al. (2023) påpekes det at kulturelle tabuer kan være en vesentlig barriere, da seksualitet kan være et tabubelagt tema i mange kulturer. Pasientene i studien opplevde at det er skamfullt å snakke om sine seksuelle bekymringer, grunnet barrierer som er rotfestet i kulturelle normer og forventninger som begrenser åpenhet rundt seksualitet. Ifølge dette perspektivet, kan det forstås som at pasienter kan være redde for å bli dømt eller stigmatiserte hvis de tar opp seksuelle bekymringer med helsepersonell. Videre reflekteres det over i studiene av Ferreira et al. (2015) og Ussher et al. (2012) at kulturelle fordommer knyttet til seksuell helse kan påvirke helsepersonells holdninger og tilnærming til å diskutere seksualitet med pasienter. Norge fremstår som et multikulturelt samfunn, noe som innebærer at jeg i min rolle som sykepleier ofte står overfor pasienter med et bredt spekter av kulturelle bakgrunner. Erkjennelsen av hvordan kulturelle faktorer kan påvirke helse- og sykepleiepraksis er derfor avgjørende. Dermed må det legges vekt på en kulturell sensitiv og respektfull tilnærming i sykepleiepraksis.

Under intervjuene brukte deltakerne sjelden ordet «sex», men brukte «det» eller «dette» i stedet. Helsepersonellet ga tydelig uttrykk for at de syntes det var flaut å snakke om sex offentlig grunnet kulturelle barrierer (Zhu et al., 2023). Dette kan ses i sammenheng med at offentlige samtaler om seksualitet, inkludert diskusjoner i helsevesenet, ofte anses som upassende. Dette medfører at helsepersonell sjelden adresserer seksuell helse på en åpen og eksplisitt måte, noe som skaper en underforstått norm der pasienter kan anta at seksuelle

problemer skal tolereres og ikke rapporteres. En slik holdning kan mulig hemme helsepersonellet i å oppdage og håndtere pasienters seksuelle helseproblemer (Gong et al., 2021; Masjoudi et al., 2019).

I studien til Gong et al. (2021) oppfattet noen av deltagerne sykerommene som et sted for å helbrede og redde liv, noe som begrenset deres evne til å diskutere emner som oppfattes som irrelevante, for eksempel seksuelle bekymringer. Dekorasjonen av avdelingen, plakater og oppslagstavler handler alle om "kreft" eller "behandling", og diskusjoner med sykepleiere handlet primært om hvordan man beskytter sår, forebygger komplikasjoner og unngår tilbakefall. Dette førte til at deltakerne ofte oppfattet spørsmål om seksualitet som upassende tema å diskutere med helsepersonell. Dette fenomenet kan relateres til arbeidskulturen på min arbeidsplass også, der dekasjonen av avdelingen, plakater og oppslagstavler primært fokuserer på "kreft" eller "behandling". I lys av dette, kan det fremheves at effektive strategier for å normalisere diskusjonen rundt seksualitet kan inkludere tiltak som å distribuere brosjyrer, formidle informasjon om relevante nettsider og henge opp plakater i avdelingen som tar for seg seksualitet i kontekst av kreftbehandling (Gong et al., 2021).

Et bredt utvalg av litteratur påpeker hindringer knyttet til begrenset tid, prioriteringer av andre temaer og manglende oppfølging, som begrenser diskusjonen om seksuell helse (Zhu et al., 2023; Masjoudi et al., 2019; Zimmaro et al., 2020; Reese et al., 2017; Ferreira et al., 2015).

På den ene siden viser det seg at en betydelig barriere som helsepersonellet nevner, er tidspress (Zhu et al., 2023; Ferreira et al., 2015). Helsepersonellet følte ofte at de ikke har tilstrekkelig tid til å gå grundig inn på pasientens seksuelle bekymringer. En av deltagerne i studien sier følgende: *"I have to see more than 100 patients a day in the outpatient clinic. How do we spare the time to talk about this (sexual health)?"* (Zhu et al., 2023). På den andre siden påpeker helsepersonellet i studien at det var manglende retningslinjer og protokoller som inkluderte temaet seksuell helse som en del av helhetlig omsorg for brystkreftpasienter (Zimmaro et al., 2020; Reese et al., 2017). Det er viktig å merke seg at

ledelsen også har et ansvar for å sikre at forholdene legges til rette, slik at sykepleierne kan utføre sine oppgaver på en forsvarlig måte (Helsedirektoratet, 2018, kapittel 2, § 4, første ledd). Det ser ut til at sykepleierne kan nedprioritere samtaler om seksuell helse grunnet tidspress og manglende rutiner på arbeidsplassen. Når det ikke finnes konkrete tiltak og rutiner for å ivareta pasientens seksuelle helse, er det sannsynlig at sykepleierne prioriterer andre prosedyrer og at pasientens behov for å snakke om seksuell helse ikke blir tilfredsstillt (Zimmaro et al., 2020; Masjoudi et al., 2019).

I studien utført av Keshavarz et al. (2021) ble effekten av en PLISSIT-basert rådgivningsmodell undersøkt. Formålet med studien var å bidra til evidensbasert praksis og informere helsepersonell om en mulig tilnærming til håndtering av seksuell helse blant kvinner som har overlevd brystkreft. En PLISSIT-basert rådgivningsmodell gir et rammeverk for å identifisere og adressere seksuelle utfordringer og bekymringer hos brystkreftpasienter (Keshavarz et al. 2021). Det er mulig at implementeringen av PLISSIT-modellen kan være en hjelpsom tilnærming for sykepleiere når det gjelder å adressere temaet seksuell helse med brystkreftpasienter. Ved å gi sykepleiere et strukturert rammeverk og konkrete verktøy for å håndtere seksuelle bekymringer og utfordringer, kan modellen bidra til å styrke sykepleiernes evne til å ta opp dette sensitive temaet i deres kliniske praksis (Keshavarz et al., 2021). Ved å ha klare rutiner og støtte fra ledelsen, kan sykepleierne føle seg mer trygge og motiverte til å ta opp temaet seksuell helse og sikre at pasientenes informasjonsbehov blir ivaretatt (Zhu et al., 2023; Zimmaro et al., 2020; Reese et al., 2017).

5 Konklusjon

Sykepleiere har et juridisk ansvar for å tilby nødvendig informasjon om seksuell helse til brystkreftpasienter. Funn fra forskjellige studier kommer frem til at det er nødvendig at helsepersonell tar initiativ til å ta opp «den sårbare samtalen» om intimitet, seksualitet og nærhet med pasientene. Det er ulike barrierer som hindrer helsepersonellet i å ta opp slike samtaler, og det er derfor viktig å øke oppmerksomheten rundt dette temaet. Barrierene inkluderer begrenset kunnskap om seksuell helse, tabu og stigma, barrierer knyttet til begrenset tid, prioriteringer av andre temaer og manglende oppfølging, som hindrer i å ta opp temaet om seksuell helse. For å sikre at samtaler om seksuell helse blir prioriterte og utførte på en tilfredsstillende måte, bør ledelsen ta ansvar for å iverksette konkrete tiltak. Dette kan inkludere å etablere tydelige retningslinjer for håndtering av seksuell helse, organisere opplæringsprogrammer og kurs for sykepleiere, og tilrettelegge for tilstrekkelig tid og ressurser til å håndtere pasientenes behov.

Litteraturliste

Aveyard, H. (2019). *Doing a literature review in health and social care: A practical guide* (4. utg.). Open University Press / McGraw-Hill Education

Ferreira, S. M. A., Gozzo, T. O., Panobianco, M. S., Santos, M. A., & Almeida, A. M. (2015). Barriers for the inclusion of sexuality in nursing care for women with gynecological and breast cancer: perspective of professionals. *Revista Latino-americana de Enfermagem* 23(1):82-89. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3602.2528>

Gamnes, S. (2016). Seksualitet og helse. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie, Bind 2: Grunnleggende behov* (3. utg., s. 373-407). Gyldendal Akademisk.

Gong, N., Yhang, Y., Suo, R., Dong, W., Zou, W. & Zhang M. (2021). The role of space in obstructing clinical sexual health education: A qualitative study on breast cancer patients' perspectives on barriers to expressing sexual concerns. *European Journal of Cancer*. 30: e13422. <https://doi.org/10.1111/ecc.13422>

Helse- og omsorgsdepartementet (2016, 06. desember). *Snakk om det!* Strategi for seksuell helse (2017-2022). <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/snakk-om-det/id2522933/>

Helsedirektoratet. (2023, 11. januar). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med brystkreft*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/brystkreft-handlingsprogram>

Helsedirektoratet. (2018, 01. januar) *Helsepersonelloven med kommentarer IS-IS-8-2012*. <https://lovdata.no/static/ROO/is-2012-0008.pdf>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64) Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Johnson, R. B., & Onwuegbuzie, A. J. (2004). Mixed methods research: A research paradigm whose time has come. *Educational researcher*, 33(7), 14-26. <https://doi.org/10.3102/0013189X033007014>

Keshavarz, Z., Karimi, E., Golezar, S., Ozgoli, G., & Nasiri, M. (2021). The effect of PLISSIT based counseling model on sexual function, quality of life, and sexual distress in women

surviving breast cancer: a single-group pretest–posttest trial. *BMC Women's Health*, 21, 417.

<https://doi.org/10.1186/s12905-021-01570-4>

Masjoudi, M., Keshavarz, Z., Akbari, M. E., Kashani, F. L., Nasiri, M., & Mirzaei, H. R. (2019).

Barriers to sexual health communication in breast cancer survivors: A qualitative study.

Journal of Clinical and Diagnostic Research, 13(5), XC01–XC4.

<https://www.doi.org/10.7860/JCDR/2019/40073/12825>

Nasjonalt kreftregister for brystkreft. (2021). *Årsrapport 2020: Resultater og*

forbedringstiltak fra Nasjonalt kvalitetsregister for brystkreft. Kreftregisteret.

[https://www.kreftregisteret.no/globalassets/publikasjoner-og-](https://www.kreftregisteret.no/globalassets/publikasjoner-og-rapporter/arsrapporter/publisert-2021/arsrapport-nasjonalt-kvalitetsregister-for-brystkreft-2020.pdf)

[rapporter/arsrapporter/publisert-2021/arsrapport-nasjonalt-kvalitetsregister-for-brystkreft-2020.pdf](https://www.kreftregisteret.no/globalassets/publikasjoner-og-rapporter/arsrapporter/publisert-2021/arsrapport-nasjonalt-kvalitetsregister-for-brystkreft-2020.pdf)

Reese, J. B., Beach, M. C., Smith, K. C., Bantug, E. T., Casale, K. E., Porter, L. S., Bober, S. L.,

Tulsky, J. A., Daly, M. B., & Lepore, S. J. (2017). Effective patient-provider communication

about sexual concerns in breast cancer: a qualitative study. *Supportive care in cancer: official*

journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer, 25(10), 3199–3207.

<https://doi.org/10.1007/s00520-017-3729-1>

Sørensen, E. M., Lorvik, M. K., Erntsen, N. G., & Almås, H. (2016). *Sykepleie ved brystkreft* (5.

utg., Bind 2, pp. 438-451). Gyldendal Akademisk.

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (1. utg.). Gyldendal Akademisk.

Thidemann, I-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille*

motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving (2.utg.). Universitetsforlaget.

Ussher, J. M., Perz, J., & Gilbert, E. (2012). Information needs associated with changes to

sexual well-being after breast cancer. *Journal of advanced nursing*, 69(2), 327- 337.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06010.x>

Zimmaro, L. A., Lepore, S. J., Beach, M. C., & Reese, J. B. (2020). Patients' perceived barriers

to discussing sexual health with breast cancer healthcare providers. *Psycho-oncology*, 29(7),

1123–1131. <https://doi.org/10.1002/pon.5386>

Zhu, P., Wu, B., Zheng, R., Cheng, F., Wang, M., Pei, Y., Shi, L., Wu, S., Wan, J., & Zhang, L. (2023). Oncology nurses' and oncologists' experience of addressing sexual health concerns in breast cancer patients: A qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*, 63, 102286. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2023.102286>

Vedlegg 1 PICCO-skjema

Vedlegg 2 Resultattabell

Vedlegg 3 Kvalitetsvurdering av artikler

Vedlegg

Vedlegg 1 PICCO-skjema

Kvalitativ problemstilling		
P Population/problem	I (Phenomenon of) Interest	Co Context
Kvinner som får kreftbehandling og har fått behandling. Helsepersonellet som jobber med brystkreftpasienter	Utvikling og implementering av kommunikasjonsstrategier retter mot seksuell helse.	Overvinning av kommunikasjonsbarrierer, økt åpenhet om seksualitet

	p	I	Co
Norske tekstord	Brystkreft Sykepleiere	Kommunikasjonsstrategier Barrierer Seksualitet Klinisk praksis Intimitet	Åpenhet Pasient-sykepleier forhold Helsekommunikasjon Helseopplæring Kulturelle barrierer
Engelske tekstord	Breast cancer Breast neoplasm Nurses	Communications strategies Barriers Sexuality Clinical practice Intimacy or intimate	Openness Patient-nurse-relationship Health communication Health education Cultural barriers

Vedlegg 2 Resultattabell

Tittel, forfatter, Årstall	Hensikt	Metode	Utvalgte	Resultat	Svakheter Og vurdering av artikkelens relevans for din oppgave
Oncology nurses' and oncologists' experience of addressing sexual health concerns in breast cancer patients: A qualitative study av Zhu et al. (2023)	Hensikten var å undersøke opplevelse til onkologisk sykepleier og onkolog til å diskutere seksuell helse med brystkreftpasienter, og å identifisere strategier som kan hjelpe helsepersonellet til å bli bedre på dette temaet	Studien benytter en kvalitativ forskningsmetode, og data ble innhentet gjennom semistrukturert intervjuer med helsepersonell i Kina	Onkologisk sykepleier og onkogen. Totalt 19 deltakere	Studien viser at det er flere barrierer som hindrer helsepersonell til å diskutere seksuell helse med brystkreftpasienter. Som for eksempel mangel på kunnskap om tema, følelsen av at det er et sensitivt tema (kulturell sensitivitet) som pasienten ikke vil snakke om, bekymringer for at pasientene vil bli forstyrret eller enslige, og mangel på tid til å diskutere teamet alene med pasienten. Mangel på opplæring om kartleggingen blir også nevnt som et problem.	Kun helsepersonell fra kina som er inkludert, og derfor kan funnene ikke generaliseres til andre land eller kultur. Studien inkluderer hovedsakelig kvinnelige, og mannlige sykepleiere blir ikke inkludert. Denne artikkelen er relevant for min oppgave da den forteller om helsepersonellens perspektiv om

					hvorfor de ikke tar opp seksuell helse med brystkreftpasienter.
“Barriers to sexual health communication in breast cancer survivors: A qualitative study. J Clin Diagn Res.” Av Masjoudi et al. (2019)	Hensikten med denne studie var å undersøke hvilke barrierer som hindrer kommunikasjonen om seksuell helse mellom brystkreftoverlevende og deres helsepersonell	Studien benytter en kvalitativ forskningsmetode. Det ble gjennomført semistrukturerte dybdeintervjuer med 13 brystkreftoverlevende som hadde gjennomgått kirurgi og strålebehandling.	Brystkreftpasienter i stadium 1 eller 2 som hadde fullført behandling en.	Studien påpeker flere barrierer som: Mangel på initiativ fra helsepersonell Manglende kunnskap og ferdigheter hos helsepersonell Kulturelle barrierer: spesielt knyttet til sykepleiere som hadde konservative holdninger til seksualitet. Stigma og tabu rundt temaet seksualitet: Pasienter ikke ønsket å ta opp da helsepersonellet Manglende tid: begrenset tid til å diskutere seksuell helse, og dette hindrer en åpen og ærlig kommunikasjon.	Utvalgte av deltagere i studien var begrenset, kun 20 brystkreftoverlevende ble inkludert. Studien ble gjennomført i en bestemt kulturell kontekst og kan ikke nødvendigvis generaliseres til andre kulturer og samfunn. Denne artikkelen er relevant for min oppgave da den forteller hvordan om hvilke barrierer som hindrer kommunikasjonen om seksuell helse mellom brystkreftoverlev

					ere og helsepersonell
"The role of space in obstructing clinical sexual health education: A qualitative study on breast cancer	Hensikten med denne studien er å undersøke brystkrefters oppfatninger om barrierer for å uttrykke seksuellebeskyrninger og sykepleierens holdning	Metoden som er brukt i denne studien er en kvalitativ metode. Data ble samlet ved hjelp av intervju.	Studien inkluderte 20 brystkreft pasienter.	Studien påpeker ulike barrierer: Upassende sted for å ta opp samtalen; Begrensinger i rom og tid for å uttrykke bekymringer Tabu og stigma; hindrer åpen kommunikasjon.	Svakheten kan være at det var en relativ liten gruppe deltakere som ble intervjuet, og derfor kan det være risiko for at noen oppfatninger og erfaringer ikke ble

<p>patients' perspectives on barriers to expressing sexual concerns" av Gong et al., (2021)</p>				<p>Pasientene ville ikke ta opp samtalen.</p> <p>Manglende ressurser for videre oppfølging</p> <p>Funnene påpeker at behovet for å øke kunnskap og oppmerksomhet rundt seksuell helse etter brystkreft er viktig, samt å utvikle bedre henvisningsmuligheter er viktig.</p>	<p>fanget opp på grunn av begrensningene i utvalget.</p> <p>Denne artikkelen er relevant for min oppgave da den forteller hvordan om brystkreftpasienters oppfatninger om barrierer for å uttrykke seksuelle bekymringer og sykepleierens holdning</p>
<p>"Patients' perceived barriers to discussing sexual health with breast cancer healthcare providers. Supportive Care in</p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke brystkreftpasienters oppfattelse av barrierer for å diskutere seksuell helse med helsepersonell, samt å identifisere faktorer som kan påvirke</p>	<p>Metoden som er benyttet Mixed metode.</p>	<p>Studien inkluderte 144 kvinner med brystkreft. Både brystkreftpasienter og brystkreftoverlevende ble inkludert</p>	<p>Hovedfunnene i studien: Det er to faktorer som påvirket kommunikasjon om seksuell helse; Pasientens egen tro og opplevelse av manglende evne til å diskutere seksuell helse (selvsentrerte barrierer)</p>	<p>Studien satte søkelys på pasientenes oppfatninger og erfaringer, og inkluderte ikke perspektivet til helsepersonell.</p> <p>Denne artikkelen er relevant for min oppgave da</p>

Cancer” av Zimmaro et al., (2020)	kommunikasjonen om dette teamet.			<p>Opplevelse av skam og ubehag knyttet til å spørre helsepersonellet om hjelp grunnet helsepersonellenes reaksjon (Helsepersonell relaterte barrierer)</p> <p>Studien konkluderte med at det er behov for intervensjoner som kan forbedre både pasientens og helsepersonellenes ferdigheter til å diskutere seksuell helse.</p>	<p>den forteller hvordan om brystkreftpasienters oppfattelse av barrierer for å diskutere seksuell helse med helsepersonell, samt å identifisere faktorer som kan påvirke kommunikasjonen om dette teamet.</p>
“Effective patient-provider communication about sexual concerns in breast cancer: a qualitative study, Support	<p>Hensikten med denne studien var å kartlegge årsaker til dårlig kommunikasjon (barrierer) om seksuelle bekymringer mellom brystkreftpasienter og helsepersonell, for å deretter kunne komme</p>	<p>Metode som er benyttet i denne studien er kvalitativ.</p> <p>Ble gjennomført i USA</p>	<p>Studien inkluderte 28 brystkreftpasienter og 11 helsepersonell (onkologer + sykepleier)</p>	<p>Resultatene fra studien viste til at det var både individuelle barrierer og barrierer knyttet til selve helsevesenet som begrenset god kommunikasjon om seksuelle bekymringer. Barrierene som ble funnet er blant annet mangel på kunnskap og at temaet er ukomfortabelt å snakke</p>	<p>Denne artikkelen er relevant for min oppgave da den forteller hvordan om kommunikasjon barrierer om seksuelle bekymringer mellom brystkreftpasienter og helsepersonell, og</p>

<p>Care Cancer'' Av Reese, J.B. et al. (2017)</p>	<p>med forslag til tiltak for å forbedre dette.</p>			<p>om. Dersom ikke pasientene selv tok initiativ til samtale rundt sin seksuelle helse, nevnte heller ikke helsepersonell dette. Helsepersonell opplevde at det var tidsbegrensninger som også gjorde det vanskelig å ta opp seksuell helse i samtaler med pasienter, da det allerede var andre ting som skulle tas opp. Studien konkluderte med at det er nødvendig med kunnskap både for å aktivere pasient i samtale, men også for å hjelpe behandler på veien for å oppnå god kommunikasjon rundt seksuelle bekymringer. Det trengs også en endring i selve systemet for å ufarliggjøre temaet, da det er noe tabubelagt</p>	<p>kommer med tiltak for å forandre dette.</p>
---	---	--	--	--	--

<p>"The effect of PLISSIT based counseling model on sexual function, quality of life, and sexual distress in women surviving breast cancer: a single-group pretest–posttest trial" av Zohreh Keshavarz et al. 2021</p>	<p>Hensikten med denne studien var å undersøke effekten av PLISSIT-basert rådgiving hos brystkreftoverlevende</p>	<p>Metoden som er brukt i denne studien er kvantitativ. Det ble brukt standardiserte spørreskjemaer</p>	<p>65 brystkreftoverlevende var inkludert i studien</p>	<p>Hovedfunnene i denne studien er: PLISSIT-basert rådgiving har en positiv effekt hos brystkreftoverlevende. Kvinnene som deltok i studien, rapporterte at livskvaliteten ble bedre. Studien anbefaler slike rådgivningsprogrammer blir innlemmet i helsevesenet.</p>	<p>Studien hadde ingen kontrollgruppe, noe som betyr at det ikke var noen sammenligning mellom de som mottok rådgiving og de som ikke gjorde det. Derfor kan det være vanskelig å fastslå om endringene som ble observert skyldtes rådgivningen eller andre faktorer.</p> <p>Denne artikkelen er relevant for min oppgave da den forteller hvordan om hvilke modeller man kan anvende for å overvinne barrierer</p>
--	---	---	---	--	---

<p>“Barriers for the inclusion of sexuality in nursing care for women with gynecological and breast cancer: perspective of professional nurses” av Ferreria et.al (2015)</p>	<p>Hensikten med denne studien var å undersøke hvilke barrierer som hindrer inkludering av seksualitet i sykepleieomsorg for kvinner med gynekologisk og brystkreft fra perspektivet til helsepersonell</p>	<p>Studien benyttet en kvalitativ metode med semistrukturerte intervjuer for å samle inn data.</p>	<p>Totalt 30 sykepleiere fra to forskjellige helseinstitusjoner i Brasil.</p>	<p>Hovedfunnene i denne studien: Fire hovedkategorier ble identifisert som hindringer for inkludering av seksual helse: manglende kunnskap, stigma, mangel på tid og manglende støtte fra helseinstitusjonen. Manglende kunnskap ble identifisert som en stor hindring, spesielt når det gjelder kommunikasjon om seksualitet med pasientene. Stigma ble identifisert som en barriere, både fra helsepersonellets og pasientenes side. Tidsbegrensninger ble også identifisert som en hindring, da det ofte var knapp tid til å diskutere seksualitet i detalj.</p>	<p>Studien har begrensninger da den ble utført i Brasil og med et begrenset antall deltakere. Denne studien setter søkelys på perspektivet fra helsepersonell, og ikke pasienters opplevelse av inkludering av seksualhelse. Denne artikkelen er relevant for min oppgave da den forteller hvordan om barrierer som hindrer inkludering av seksualitet i sykepleieomsorg for kvinner med gynekologisk og brystkreft fra perspektivet til helsepersonell.</p>
--	---	--	---	--	--

				Manglende støtte fra helseinstitusjonen ble også nevnt, da det manglet retningslinjer og opplæring for å inkludere seksualhelse.	
“Information needs associated with changes to sexual well-being after breast cancer” av Ussher et al (2012)	Hensikten med studien var å vurdere informasjonsbehovet om seksuelt velvære etter brystkreft, samle data om erfaringer ved å skaffe denne type informasjon, og erfaringer fra å kommunisere med fagpersonell om seksualitet etter brystkreft.	Denne studien bruker en blandet metode. Kvantitativ og kvalitativ metode. Data ble samlet inn ved bruk av en nettundersøkelse med åpne og lukkede spørsmål.	1965 deltakere med nåværende eller tidligere gjennomgått brystkreft. Deltakerne var medlem i en Australsk brystkreftorganisasjon og 98,8% av disse var kvinner.	I studien ble det funnet at 85% av deltakerne opplevde endringer i sitt seksuelle velvære etter å ha fått brystkreft, og av disse ønsket 68% informasjon om disse endringene, helst i skriftlig form. En betydelig andel av deltakerne mente at informasjon om fysiske endringer, seksuell respons, forholdsproblemer, psykologiske konsekvenser, kroppsbilde og identitet var svært viktig. Overraskende nok hadde bare 41% av deltakerne mottatt denne typen informasjon. På den annen side hadde 65%	Studien satte søkelys på pasientenes oppfatninger og erfaringer, og inkluderte ikke perspektivet til helsepersonell. Denne artikkelen er relevant for min oppgave da den vurderer informasjonsbehovet om seksuelt velvære etter brystkreft. Forteller videre om erfaringene fra å kommunisere med fagpersonell om seksualitet etter brystkreft.

				<p>av deltakerne diskutert seksuelle endringer med sin partner (76%), fastlege (49%), venn/slektning (47%), onkolog (39%) eller sykepleier (21%).</p> <p>Deltakernes tilfredshet med disse diskusjonene var høyest når det gjaldt sykepleiere (60%), mens onkologer hadde den laveste tilfredsheten (34%)</p>	
--	--	--	--	---	--

Vedlegg 3: Søkelogg

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgreninger	Antall Treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Antall valgte artikler

20.4.23	Pubmed	(Intimacy or inimate) AND (Sexuality or closeness) AND (Breast cancer or Breast neoplasm) AND (Barrier or Barriers)	År: 2013-2023 Språk: Engelsk	75	15	9	3
27.4.23	CHINAL	(Communication Barriers) AND (Sexuality or closeness) AND (Breast cancer or Breast neoplasm) And (Oncolog*nurs*) or (Cancer nurs*)	År: 2013-2023 Peer reviewed Språk: Engelsk	16	7	3	2
01.5.23	Oria	(Nurs*) AND (“brest cancer”) OR (“Cancer mamma”) AND (Sexuality or Closeness or Nearness*)	År: 2018-2023 Fagfelleverdert	13	5	2	1
03.5.23	CHINAL	(PLISSIT -modell) AND Communications Barriers) AND (Breast cancer or Breast neoplasm)	År: 2013-2023 Peer reviewed Språk: Engelsk	104	18	2	1

Referansesøk:

Gjennom manuelt søk funnet en artikkel.