

Kommunikasjon om seksuell helse hos pasienter med brystkreft

Kandidatnummer: 733 & 644
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i BSY- 500
Bacheloroppgaven i sykepleie

Antall ord: 8793
Dato: 03.01.2023



Lovisenberg
diakonale høgskole

Sammendrag	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 03.01.2023
Tittel: kommunikasjon om seksuell helse hos pasienter med brystkreft	
<p><u>Innledning:</u> Temaet for oppgaven er kommunikasjon om seksuell helse ved poliklinisk oppfølging av pasienter med brystkreft. Brystkreft og behandlingen kan medføre fysisk og psykisk belastning som affiserer pasientenes seksuelle helse. Pasientgruppen opplyser om endret seksuell helse etter kreftsykdom. Det rapporteres likevel om at seksuell helse undertematiseres av sykepleiere og helsepersonell i helse- og omsorgstjenesten. Sykepleiere besitter en sentral rolle i arbeid for undervisning og veiledning av pasientene for å møte deres behov for kunnskap og forståelse av egen helsetilstand. Hensikten med denne litteraturstudien er å undersøke hvilke faktorer som påvirker kommunikasjon om seksuelle helse hos pasienter som har gjennomgått brystkreftbehandling.</p> <p><u>Metode:</u> Denne bacheloroppgaven er en litteraturstudie. Litteraturstudien sammenfatter aktuell pensumlitteratur, samt relevante fag- og forskningsartikler for å diskutere problemstillingen. For å finne forskningsartikler av relevans, har den bibliografiske databasen Cinahl blitt benyttet. Søket resulterte i syv forskningsartikler, der fire av disse ble inkludert i oppgaven. Oppgavens struktur og oppbygning følger retningslinjer for oppgaveskriving ved Lovisenberg Diakonale Høgskole.</p> <p><u>Resultat:</u> Funn fra forskningsartiklene viser at individuelle og institusjonelle barrierer påvirker kommunikasjon om seksuell helse. Tidspress, kunnskapsmangel, kultur og redsel for å bli dømt, er faktorer som opprettholder barrierer for dialog om temaet. I tillegg viser funnene til uoverensstemmelse mellom partene når det gjelder hvem som skal ta opp temaet.</p> <p><u>Diskusjon:</u> Sprikende forventninger om hvem som skal starte en dialog om seksuell helse, konkretiserer viktigheten av at sykepleieren er bevisst på de juridiske og etiske kravene som inngår i sykepleierens ansvar- og funksjonsområde, herunder undervisende og veiledende funksjon. Begrenset informasjon om temaet, kan være medvirkende til manglende kommunikasjon om seksuell helse. Dette stiller krav til sykepleierens informasjonsplikt som er regulert av lovverk. Store individuelle forskjeller hos pasientgruppen, samt temaets intime</p>	

karakter, belyser viktigheten av personsentrert sykepleie for å skape kommunikasjon om temaet.

(Totalt antall ord:298)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Sykepleierfaglig relevans	2
1.3	Hensikt og problemstilling.....	2
1.4	Avgrensning.....	3
1.5	Begrepsavklaring	3
2	Teoretisk kunnskapsgrunnlag.....	5
2.1	Seksuell helse	5
2.2	Brystkreft og brystkreftbehandling	6
2.2.1	Behandlingens effekt på seksuell helse	6
2.3	Sykepleierens undervisende og veiledende funksjon	7
2.3.1	Personsentrert sykepleie.....	8
2.3.2	Profesjonell kommunikasjon.....	8
2.4	Lovverk.....	9
2.5	Etikk.....	9
2.6	PLISSIT- modellen	10
3	Metode	12
3.1	Litteraturstudie som metode	12
3.2	Søkeprosessen og utvelgelse av artikler	12
3.3	Øvrig fag- og forskningslitteratur.....	15
4	Resultater	16
4.1	Presentasjon av artiklene i matrise	16
4.2	Syntese av resultatene	19
5	Diskusjon.....	20
5.1	Resultatdiskusjon	20
5.1.1	Personlig og sensitivt tema	20
5.1.2	Fravær av informasjon og kunnskap	23
5.1.3	Fokus på fysiologiske aspekter	25
5.2	Metodediskusjon	28
5.2.1	Styrker og svakheter ved metoden	28
5.2.2	Styrker og svakheter ved litteratursøk.....	29
5.2.3	Styrker og svakheter ved utvalgte artikler.....	29
6	Konklusjon.....	32
	Referanseliste.....	34
	Vedlegg nummer 1	38
	Vedlegg nummer 2	42
	Vedlegg nummer 3	49
	Vedlegg nummer 4	55

1 Innledning

Innledningen vil presentere oppgavens tema, samt utdype temaets relevans for sykepleierens yrkesutøvelse. Videre blir oppgavens problemstilling og hensikt presentert, der omfang og avgrensning konkretiseres. Dette kapittelet vil i tillegg skissere oppgavens overordnede formål, samt oppklare meningsbærende ord av relevans for temaet.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Tall fra krefregisteret konstaterer at det i 2021 ble påvist 3991 nye tilfeller av brystkreft hos kvinner i Norge. Dette er en økning på mer enn det dobbelte sammenlignet med tall fra 1958 (Krefregisteret, 2022). 92,3% av pasientene som blir diagnostisert lever etter fem år, og ved hjelp av screeningprogrammer blir tidlig diagnostisering mer utbredt (Krefregisteret, 2022). Resultatet av dette, medfører at pasientgruppen stadig blir større. Behandlingen av brystkreft kan medføre en rekke komplikasjoner, der endret kroppsbilde og seksuelle utfordringer antas å være bivirkninger med hyppig forekomst. Likevel blir seksuell helse ofte neglisjert i møte med helsevesenet. (Kreftforeningen, 2022).

Seksualitet er i dag et tydeliggjort tema i samfunnet vårt via medier, kunst og musikk. Samtidig er det et svært personlig og sensitivt tema for det enkelte mennesket. Seksualitet er et sentralt aspekt ved det å være menneske, god helse og en medvirkende faktor til god livskvalitet (Helland, 2019, s. 861). Seksuelle problemer kan dermed påvirke både fysiologiske, psykologiske og sosiale dimensjoner ved et menneskets liv. Til tross for temaets tilknytning til helse og livskvalitet, er det et tabubelagt tema i helse- og omsorgstjenesten (Helland, 2019, s. 862). Helse- og omsorgsdepartementet utviklet for første gang en strategi i 2016 om seksuell helse kalt "Snakk om det!". Strategien hadde som mål å tydeliggjøre betydningen, samt føre til en helhetlig innsats for å styrke befolkningens seksuelle helse. (Helse og omsorgsdepartementet, 2016, s. 10). En utfordring som løftes frem av bruker- og interesseorganisasjoner, er at seksuell helse får lite oppmerksomhet, og at det ofte er mangelfull tilgang til informasjon om seksuelle problemer i forbindelse med sykdom og behandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 10). Dette belyser viktigheten av å tematisere seksuell helse hos pasienter som har gjennomgått behandling for brystkreft, da

komplikasjoner etter behandling i stor grad kan affisere pasientens velvære og livskvalitet (Helland, 2019, s. 869).

1.2 Sykepleierfaglig relevans

Sykepleiere betegnes som den profesjonsgruppen som bruker mest tid i pasientnært arbeid. Derfor innehar sykepleiere en avgjørende rolle ved identifisering av, samt møte pasientenes behov for dialog og veiledning om seksuell helse (Helland, 2019, s. 871). Brystkreftpasienter befinner seg i en rehabiliteringsfase etter behandlingen, og sykepleieren skal etterstrebe å ivareta kvinnens grunnleggende behov, samt møte hennes reaksjoner og opplevelse av sykdom (Kristoffersen et al., 2016, s. 21). Rehabiliteringsfasen kan være en spesielt utfordrende fase i et kreftforløp, ettersom pasienten ofte vil ha et økt informasjonsbehov (Reitan, 2017, s. 36). Alle pasienter har ulike opplevelser og individuelle reaksjoner etter behandling som medfører kroppslige endringer (Bredal, 2017, s. 483). Å tematisere seksuell helse kan oppfattes utfordrende i en sårbar situasjon der behandlingen oppleves omveltende. Det stilles derfor krav til sykepleierens yrkesutøvelse, der den undervisende og veiledende funksjonen er viktig for å møte pasientens behov for kunnskap om egen helse (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s. 19). I tillegg skal sykepleieren praktisere personsentrert sykepleie i samtaler med hver enkelt pasient, ettersom alle pasienter har individuelle behov. Sykepleierens rolle innebærer å dekke pasientens informasjonsbehov, bistå med emosjonell støtte, samt hjelpe pasienten til å opprettholde et godt selvbilde (Bredal, 2017, s. 483).

1.3 Hensikt og problemstilling

Hensikten med denne litteraturstudien er å undersøke hvilke faktorer som påvirker kommunikasjon om seksuelle helse hos pasienter som har gjennomgått brystkreftbehandling. Sykepleierens rolle i møte med pasientgruppen vil diskuteres opp mot forskningsfunn, og kommunikasjonsmodellen PLISSIT sees i sammenheng med kommunikasjon mellom pasient og sykepleier.

Problemstilling: *Hvilke faktorer påvirker kommunikasjonen om seksuell helse hos pasienter med brystkreft som har gjennomgått behandling?*

1.4 Avgrensning

Denne litteraturstudien begrenses til postoperative brystkreftpasienter som har gjennomgått kurativ behandling. Inoperative pasienter, samt pasienter som mottar palliativ behandling er ikke inkludert i utvalget, da denne pasientgruppen trolig besitter bekymringer og ønsker som i liten grad omhandler seksuell helse. Litteraturstudien vil basere seg på kvinner over 30 år ettersom forekomsten av brystkreft er økende med alderen (Kreftforeningen, 2022).

Konteksten for denne studien er oppfølgingssamtaler i spesialisthelsetjenesten etter behandling, der sykepleiere møter pasientene ved polikliniske etterkontroller på sykehus. Etterkontrollene gjennomføres med hensyn til individuelle behov, og hvorvidt det er nødvendig med hyppige samtaler eller ikke (Helsedirektoratet, 2022). De fleste pasienter bør følges opp i 10 år etter primærbehandling. Kontrollene tilpasses ulike forhold, blant annet omfanget av senskader etter behandling (Helsedirektoratet, 2022). Dette gjør at oppfølgingsintervallene vil variere i stor grad.

For å belyse problemstillingen og sykepleierens funksjon, vil PLISSIT-modellen bli vektlagt. Modellen kan anvendes av helsepersonell for å kartlegge seksuelle helseutfordringer hos pasientgruppen (Gamnes, 2018, s. 399). Modellen består av fire trinn, men denne studien vil vektlegge de to første trinnene. Dette begrunnes med at det ikke kan forventes at sykepleier innehar fagkunnskap som omhandler spesifikke forslag og intensiv terapi innen seksuell helse, da dette krever spesiell kompetanse innen fagfeltet (Gamnes, 2018, s. 400).

1.5 Begrepsavklaring

Livskvalitet: kan forklares ved at *“En persons livskvalitet er høy i den grad personens bevisst kognitive og affektive opplevelser er positive, og lav i den grad personens bevisste kognitive og affektive opplevelser er negative”* (Næss et al. 2001, s. 10). Livskvalitet kan klassifiseres som et flerdimensjonalt begrep, der fysiske, psykiske og sosiale faktorer påvirker individets oppfatning av livskvalitet (Kristoffersen, 2016, s. 56).

Seksuell helse: Kan defineres som *fysisk, psykisk, emosjonelt og sosialt velvære relatert til seksualitet. Seksualitet omfatter følelser, tanker og handlinger, i tillegg til det fysiologiske.* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 7).

Brystkreftbehandling: Begrepet er en fellesbetegnelse for multimodal behandling der kirurgi, kjemoterapi, strålebehandling og endokrin behandling er aktuelle behandlingsformer (Bredal, 2017, s. 477).

Kommunikasjon: kan defineres som *utveksling av verbale og nonverbale signaler mellom to eller flere personer* (Eide & Eide, 2019 s. 17).

2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

Oppgavens teoridel vil belyse de begreper og fenomener som er avgjørende for å få en dypere forståelse av oppgavens resultatdiskusjon. Sentrale begreper knyttet til brystkreft og seksuell helse vil bli gjort rede for. I tillegg vil sykepleierens undervisende og veiledende funksjon presenteres. Videre vil retningslinjer for sykepleieutøvelsen, samt relevant etikk og lovverk bli belyst.

2.1 Seksuell helse

Ifølge Verdens helseorganisasjon er seksuell helse en integrert del i ethvert menneskes personlighet (WHO, 2006). Seksualiteten er et av grunnbehovene til mennesket, og kan ikke atskilles fra andre livsaspekter (WHO, 2006). Seksualiteten vår kan påvirke den generelle helsetilstanden både negativt og positivt. Seksuell helse og seksualitet omfatter nærhet, ømhet og bekreftelse på lik linje med samleie og seksuell nytelse. (Helland, 2019, s. 862). Sykdom forårsaket av fysiologiske årsaker kan medføre psykologiske og sosiale implikasjoner, som igjen kan påvirke den seksuelle helsen (Helland, 2019, s. 868). Helsetjenester har et ansvar for å bidra til at mennesker med kroniske sykdommer kan ha en god livskvalitet til tross for de fysiske og psykiske utfordringene sykdommen medbringer. Seksuelle utfordringer kan generere stress, redusert livsglede, nedsatt mestringsfølelse og dårligere selvbilde hos kronisk syke mennesker (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 43). Seksualitet blir ofte et bortprioritert tema, da det kan oppfattes som lite viktig for pasienter som er syke. Ved sykdom er det mye informasjon som skal formidles, og informasjon om seksuell helse blir ofte sett på som irrelevant i en situasjon der sykdommen fører til store livsstilsendringer (Helland, 2019, s. 874).

God seksuell helse ansees som en ressurs og beskyttelsesfaktor som kan fremme livskvalitet. Allikevel blir temaet lite omtalt og vektlagt ved behandling og oppfølging i helsetjenesten (Helland, s. 862). Helse og omsorgsdepartementet opplyser om at det foreligger begrenset informasjon og veiledning om seksuelle utfordringer ved sykdom (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 10). At alle har tilgang til informasjon om seksualitet, er grunnleggende for å skape mestring og kontroll over sin egen seksuelle helse. I Helse- og omsorgsdepartementets plan for seksuell helse, tyder tilbakemeldinger fra bruker- og interesseorganisasjoner på at seksuell helse i liten grad tematiseres i helse- og

omsorgstjenestene med mindre det knyttes til reproduksjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 27).

2.2 Brystkreft og brystkreftbehandling

Brystkreft kan påvises når ukontrollert celledeling oppstår i brystkjertelvev (Kreftforeningen, 2022). Typen behandling blir vurdert ut ifra kreftcellenes egenskaper, og hvorvidt det er metastase til nærliggende vev. Nesten alle brystkreftsvulster kan fjernes kirurgisk, og alvorlighetsgraden avgjør omfanget av inngrepet (Helsedirektoratet, 2022). Det vanligste inngrepet er brystbevarende kirurgi. Denne formen for behandling innebærer at deler av brystet blir fjernet. Dersom brystbevarende kirurgi ikke er mulig å gjennomføre på grunn av tumorens omfang, vil det bli gjennomført en mastektomi der hele brystet fjernes. (Helsedirektoratet, 2022).

Brystkreft behandles sjelden med kun en behandlingsform. I tillegg til kirurgi, vil cytostatika og strålebehandling være aktuelt for adjuvant og neoadjuvant behandling (Kreftforeningen, 2022). Cytostatika benyttes for å svekke eller stanse kreftcellenes evne til celledeling, og brukes i forkant av kirurgi for å redusere svulstens omfang. I tillegg har cytostatika en forebyggende effekt for å redusere muligheten for spredning og lokale tilbakefall. Strålebehandling benyttes ofte etter kirurgi for å redusere gjenværende kreftceller dersom dette foreligger. Flertallet av pasientene mottar også antihormonbehandling i inntil 10 år etter kirurgi for å begrense kreftcellenes evne til celledeling (Kreftforeningen, 2022).

Felles for behandlingsformene, er at mange pasienter vil oppleve bivirkninger og senskader. Antihormonbehandling vil blant annet medføre tørre slimhinner i skjeden som kan forårsake smerter ved samleie, og kvinner vil kunne oppleve emosjonell påkjenning etter mastektomi (Kreftforeningen, 2022). Kombinasjonen av kirurgi og adjuvant behandling kan medføre en stor belastning på pasienten, der mentale og fysiske utfordringer blir en del av hverdagen. Psykiske reaksjoner, tidlig overgangsalder, fatigue og endret seksualatferd, kan trekkes frem som noen av de mest uttalte senskadene hos denne pasientgruppen (Kreftforeningen, 2022).

2.2.1 Behandlingens effekt på seksuell helse

Brystkreftpasienter rapporterer om redusert seksuell aktivitet, redusert seksuell respons og lavere seksuell tilfredshet, nytelse og lyst. Endringene er relatert til ulike faktorer som tretthet,

smerter, emosjonelt stress, endret kroppsbilde og vaginal tørrhet (Helland, 2019, s. 869). Seksuelle problemer ved sykdom er ikke nødvendigvis knyttet direkte til selve sykdommen eller behandlingen, men det er ofte indirekte konsekvenser av sykdommen. For de fleste kvinner har brystene en betydning for opplevelsen av seg selv som seksuelt vesen. Å miste et bryst kan dermed være en følelsesmessig omveltning som kan ha stor innvirkning på kroppsbilde og seksualiteten (Kreftforeningen, 2022). Kroppsbildet omfatter alle oppfatninger en person har av seg selv når det gjelder kroppens funksjoner og utseende. Kroppsbildet er en viktig komponent i selvbildet, som er det indre mentale bildet en person har av seg selv. Dermed vil et godt forhold til sin egen kropp være avgjørende for et positivt selvbilde (Schjølberg, 2017, 133).

Mastektomi og tap av bryst vil kunne medføre endring av utseende. Tap av kroppsdeler som man identifiserer seg med, vil ofte forårsake en sorgreaksjon hos den som opplever det (Gamnes, 2018, s. 395). Tapsfølelsen kan føre til irritasjon og gjøre at man blir avvisende overfor mennesker som ønsker å hjelpe, for eksempel familie og helsepersonell (Gamnes, 2018, s. 395). Seksuelle utfordringer i forbindelse med brystkreftbehandling kan bli betydelig mindre hvis pasienten får tilstrekkelig informasjon om hvordan deres situasjon påvirker den seksuelle helsen. Manglende informasjon hos pasienten kan føre til angst, bekymring og seksuell inaktivitet (Gamnes, 2018, s. 395).

2.3 Sykepleierens undervisende og veiledende funksjon

Sykepleiere har et ansvar for å observere, vurdere og utføre relevante sykepleietiltak der det er behov. I tillegg skal dette utføres med hensyn til pasientens individuelle behov, samt konteksten pasienten befinner seg i (Holter, 2019, s. 117). Sykepleierens ulike funksjoner danner det totale grunnlaget for sykepleierens funksjons og ansvarsområde. Regjeringens rammeplan for sykepleierutdanningen presiserer at sykepleiere innehar en undervisende og veiledende funksjon (Kunnskapsdepartementet, 2008, s. 6). Den undervisende og veiledende funksjonen handler om å aktivt bidra til læring, utvikling og mestring hos pasienten. I tillegg skal sykepleieren bidra til å møte pasientenes behov for informasjon og kunnskap, som er vesentlig for å ivareta egen helse (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s. 19).

2.3.1 Personsentrert sykepleie

Personsentrert sykepleie tar utgangspunkt i individets verdier, livssituasjon, behov og helseutfordringer (Eriksen, 2019, s. 897). Dette omfatter et syn på mennesket som et unikt individ med fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle behov, der alle aspektene skal ivaretas som en helhet (Eriksen, 2019, s. 896). En slik individorientert sykepleie innebærer å se personen bak selve sykdommen, der alle aspekter ved pasientens behov blir ivaretatt. Til tross for utfordringene sykdommen medfører, kan andre tanker og følelser prege pasienten i stor grad. Det vil derfor være viktig å definere hva som *er*, og har *vært* viktig for pasienten for å utøve personsentrert sykepleie (Eriksen, 2019, s. 899). Målet med personsentrert sykepleieutøvelse innebærer å ivareta pasientens identitet og autonomi, der personen og individet blir vektlagt fremfor sykdommen (Eriksen, 2019, s. 899).

2.3.2 Profesjonell kommunikasjon

God profesjonell kommunikasjon er personsentrert og faglig fundert (Eide & Eide, 2019, s. 16). Personsentrert kommunikasjon forutsetter at man lytter aktivt, som innebærer å oppfatte det som viser seg indirekte, for eksempel gjennom ordvalg, kroppsspråk, tonefall eller ansiktsuttrykk (Eide & Eide, 2019 s. 17). Gjennom god profesjonell kommunikasjon vil pasienten få informasjon, empati og støtte som er viktig for å håndtere en ny og sårbar situasjon i livet (Heyn, 2019, s. 363). For at dialog kan foregå på en ivaretakende, profesjonell og etisk måte, må sykepleier vise respekt for pasientens livssituasjon, følelser og grenser (Helland, 2019, s. 873). For å sikre god kommunikasjon, er det viktig at sykepleier skaper en god relasjon til pasienten som bygger på gjensidig tillit (Gamnes, 2018, s. 399).

Grunnet sykepleierens kunnskap, funksjon og evne til å hjelpe pasienten, er relasjonen mellom sykepleier og pasient asymmetrisk (Kristoffersen & Nortvedt, 2019, s. 91) Asymmetri kan ofte forekomme i profesjonelle relasjoner. Pasienten nyttiggjør seg av sykepleieren, og befinner seg i en posisjon der vedkommende er avhengig av bistand (Kristoffersen & Nortvedt, 2019, s. 91). Resultatet medfører en maktubalanse der pasienten kan oppleve underlegenhet i møte med sykepleieren. Pasientens forlegenhet stiller ytterligere krav til sykepleierens funksjon og ansvar for å kunne kartlegge pleiebehovet (Grov, 2019, s. 46).

2.4 Lovverk

Sykepleierens yrkesutøvelse er regulert av lovverk som er nedfelt i allmenne rettsregler (Molven, 2019, s. 358). Sykepleiere skal praktisere yrkesutøvelsen i tråd med lov om helsepersonell. Lovhjemmelen skal sørge for pasientsikker praksis, samt bidra til at helsehjelpen som utøves er av god kvalitet. Jamfør Helsepersonelloven § 4 går det frem at *“Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvide pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell”* (Helsepersonelloven, 1999, § 4).

Pasienter som mottar helsehjelp har rettigheter som primært er nedfelt i lov om pasient- og brukerrettigheter (Molven, 2019, s. 340). Loven presiserer blant annet pasientenes rett til informasjon. Retten til informasjon er nedfelt i pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2, første ledd, og presiserer at *“Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger”* (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3- 2). Helsepersonellet som utøver helsehjelpen, skal i tillegg forsikre seg om at mottakeren har forstått informasjonen som blir gitt (Molven, 2019, s. 90). Pasient- og brukerrettighetsloven § 3- 2 presiserer også at *“Informasjon skal ikke gis mot pasientens uttrykte vilje, med mindre det er nødvendig for å forebygge skadevirkninger av helsehjelpen, eller det er bestemt i eller i medhold av lov”* (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3- 2). Pasientens rett til selvbestemmelse er gjennomgående av høy prioritet.

2.5 Etikk

Ulike moralske og etiske retningslinjer ligger til grunn for sykepleierens yrkesutøvelse (Holter, 2019, s. 112). Blant annet er det nedfelt verdibaserte standarder som skal veilede sykepleieren. De yrkesetiske retningslinjene ble etablert i 1983, og den seneste revisjonen ble godkjent av Norsk Sykepleierforbund i 2019 (NSF, 2019). Retningslinjene presenterer normer for sykepleie, der barmhjertighet, omsorg, samt respekt for menneskerettighetene er fundamentalt. De yrkesetiske retningslinjer tar utgangspunkt i en deontologisk etikkteori der menneskets iboende verdighet står sentralt (Lillemoen, 2019, s. 303). Retningslinjene har en tematisk oppbygning, der punktene deles inn i seks kategorier. Den andre kategorien

omhandler sykepleierens ansvar i møte med pasienten. Punkt 2.1 presiserer at; «*sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom*». I tillegg går det frem av punkt 2.3, at; «*sykepleieren skal ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg*». Punkt 2.5 konkretiserer også at «*sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått*» (NSF, 2019).

Det er forventet at sykepleieren utøver en etisk praksis. Dette krever at sykepleieren praktiserer en profesjonell teknisk yrkesutøvelse, der pasientens ønsker og behov blir tatt hensyn til (Lillemoen, 2019, s. 299). For å ivareta pasientens behov med hensyn til en etisk praksis, kreves det at sykepleieren ser mennesket som en helhet. Et helhetlig syn på mennesket, omtales som et holistisk menneskesyn (Eriksen, 2019, s. 897). Holistisk tenkning er en forutsetning for å ivareta alle aspekter ved pasientens behov.

2.6 PLISSIT- modellen

PLISSIT-modellen er utviklet av den amerikanske psykologen Jack Annon, og beskriver ulike trinn som helsepersonell kan anvende for å kartlegge seksuelle utfordringer hos pasienter på (Almås & Benestad, 2017, s. 70). Modellen består av fire trinn framstilt som en trakt der problemer blir sortert fra toppen til bunnen. Modellen illustrerer hvordan mennesker med ulike behov “siles” ut, der det første trinnet fanger opp de aller fleste, mens det siste trinnet bare fanger opp de som har behov for spesialisert hjelp. Tillatelse er det øverste og bredeste trinnet, og illustrerer at de aller fleste vil ha utbytte av å få snakke om sine seksuelle utfordringer og bekymringer (Helland, 2019, s. 877). De fire trinnene i modellen er tillatelse (Permission given), begrenset informasjon (Limited information), Spesifikke forslag (Specific suggestions) og intensiv terapi (Intensive Therapy).

Permission given (P) - *gi tillatelse*: det første trinnet dreier seg om å gi pasienten tillatelse til å ta opp seksuelle spørsmål og bekymringer. Sykepleier skal åpne opp for en dialog om temaet, og hensikten er å gi pasienten en mulighet til å *selv* sette ord på hvordan den seksuelle helsen blir påvirket av sykdom. Dette er med på å bekrefte at seksuell helse er relevant å tematisere, og sørger for trygge rammer for pasienten. Sykepleiere har et ansvar for å kartlegge pasienters seksuelle funksjon som tilsier at alle sykepleiere skal kunne håndtere

dette trinnet i modellen (Helland, 2019, s. 877). Noen ønsker ikke å snakke om temaet og det må sykepleieren akseptere. Likevel skal alle få tilbudet (Borg, 2017, s. 128).

Limited information (LI) - begrenset informasjon: Sykepleieren har kunnskap og informasjon fra utdanning og klinisk erfaring, som det antas at pasienten ikke har. Sykepleieren skal gi informasjon om sykdom, behandling og eventuelle konsekvenser for den seksuelle helsen uten at pasienten selv må ta initiativ eller kreve informasjon om det (Borg, 2017, s. 128). God informasjon kan redusere forekomsten av misforståelser og unødvendig bekymring hos pasienten.

3 Metode

I dette kapittelet vil oppgavens metode bli presentert. Metode er et hjelpemiddel og redskap som benyttes for å innhente data som er nødvendig for å gjennomføre en undersøkelse rundt et bestemt tema (Dalland, 2017, s. 54). Hvilken metode som skal anvendes, bestemmes av problemstillingens karakter og hensikten med forskningsspørsmålet. Dersom det er ønskelig å undersøke en tematikk som kan fremstilles med tall og statistikk, vil kvantitativ metode være aktuelt. Dersom hensikten med en studie er å undersøke opplevelser og meninger, er en kvalitativt orientert metode mer hensiktsmessig (Dalland, 2017, s. 52).

3.1 Litteraturstudie som metode

Denne oppgaven er en litteraturstudie, der publiserte skriftlige kilder er blitt benyttet for å innhente informasjon og kunnskap om en konkret tematikk (Popenoe et al., 2021). En litteraturstudie kan defineres som en analyse og syntese av relevante publiserte forskningsartikler som skal belyse en gitt problemstilling av klinisk relevans (Popenoe et al., 2021). Litteraturstudie omfatter formulering av et forskningsspørsmål, definering av populasjonen, samt gjennomføring av systematiske søk i vitenskapelige databaser (Popenoe et al., 2021).

3.2 Søkeprosessen og utvalgelse av artikler

Forskningsartiklene som er anvendt i denne litteraturstudien er hentet gjennom et litteratursøk i den sykepleiefaglige databasen Cinahl. Cinahl er en bibliografisk database som primært omfatter artikler med sykepleierfaglig og medisinsk omfang. Etter funn av passende vitenskapelige forskningsartikler, har vi anvendt nasjonale sjekklister for å kritisk vurdere deres validitet, relevans og holdbarhet. Hensikten med søket var å finne forskningslitteratur som kunne besvare problemstillingen. For å finne relevant forskning, ble det brukt ordkombinasjoner og avgrensninger for å presisere søket. Søkeordene og kombinasjonen som ble brukt var; "Sexuality" OR "Sexual health" AND "Nursing" OR "Communication" AND "breast cancer" OR "Breast neoplasms". Hensikten med de valgte søkeordene var å belyse pasienters og sykepleieres opplevelse av kommunikasjon om seksuell helse.

Søket resulterte i totalt 126 artikler der ingen artikler var av nordisk opprinnelse. Derfor ble språket avgrenset til kun engelske, slik at artiklene skulle bli lettere å analysere. Det var tydelig at de fleste artiklene som omhandlet seksuell helse hadde blitt publisert de siste årene, da fokuset på seksuell helse i en helsefaglig kontekst har blitt mer vektlagt i nyere tid. Søket ble ytterligere avgrenset ved å begrense publiseringsdatoen fra 2012-2022. Valget om å avgrense søket til artikler fra de siste 10 årene baserte seg på at det var ønskelig med nyest forskning på temaet. Resultatet etter avgrensningene ble 57 artikler. Artiklenes titler ble gjennomgått systematisk, og abstrakt ble lest dersom tittelen var relevant for problemstillingen. I tillegg ble artiklene valgt basert på om de innfridde de inklusjonskriterier som var satt i forkant av søket. De fire artiklene som ble inkludert, samsvarte med følgende eksklusjon- og inklusjonskriterier.

Inklusjons- og eksklusjonskriterier bidrar til å avgrense søket for å redusere mengden litteratur (Popenoe et al., 2021). På denne måten blir søket mer relevant for problemstillingen. Et av hovedkriteriene var at alle artiklene skulle omhandle pasienter som har gjennomgått brystkreftbehandling. Et tungtveiende inklusjonskriterie, var at studienes opprinnelsesland var preget av en vestlig kultur for å styrke resultatenes overførbarhet. En forutsetning for utvelgelsen av artikler, var at pasientene fikk poliklinisk oppfølging etter behandling. Artikler som omfattet pasienter som ikke hadde partner ble inkludert på lik linje med de som hadde partner, ettersom det var ønskelig å undersøke seksuelle helseutfordringer uavhengig av sivilstatus. Derimot ble artikler som fokuserte på kommunikasjon i parforhold ekskludert fra studien, ettersom vi ønsket å undersøke kommunikasjonen mellom pasient og pleier.

Tabell for søkehistorikk og utvalg av artikler:

Database og dato for søk	Cinahl 25.11.2022
Søkeord og kombinasjoner	sexuality OR sexual health AND nursing OR communication AND breast cancer OR breast neoplasms
Avgrensninger i søket	Avgrenset til artikler fra de 10 siste årene. Språk avgrenset til kun engelske.
Antall treff totalt	57
Antall gjennomleste titler	57
Antall gjennomleste abstrakt	38

Antall gjennomleste fulltekstartikler	25
Antall artikler som kan inkluderes basert på inklusjons- og eksklusjonskriterier	7
Ytterligere inklusjons- og eksklusjonskriterier	<p>Eksklusjon: artikler som omhandlet pasienter med annen krefttype.</p> <p>Inklusjon: artikler fra opprinnelsesland med vestlig kultur, artikler som omhandlet både pasient og helsepersonell.</p>
Antall artikler inkludert i litteraturstudien	4
Inkludert artikkel nummer 1	<p>Aupomerol, M., Chaltiel, D., Pautier, P., Wehrer, D., Véron, L., Degousée, L., Fasse, L., Guéroult-Accolas, L., Di Meglio, A., Scotté, F., De-Jesus, A., Vaz-Luis, I., Delalogue, S., Lambertini, M., & Pistilli, B. (2022). Breast Cancer Patients' Experience and Wishes Regarding Communication on Sexual Health: The BEROSE Study. <i>Cancer investigation</i>, 40(6), 483–493.</p> <p>https://doi.org/10.1080/07357907.2022.2066112</p>
Inkludert artikkel nummer 2	<p>Canzona, M. R, Fisher, C. L., Wright, K. B. & Ledford, C. J. W. (2019). Talking about sexual health during survivorship: understanding what shapes breast cancer survivors' willingness to communicate with providers. <i>Journal of Cancer Survivorship</i>, 13(6), 932-942. https://doi.org/10.1007/s11764-019-00809-2</p>
Inkludert artikkel nummer 3	<p>Reese, J. B., Beach, M. C., Smith, K. C., Bantung, E. T., Casale, K. E., Porter, L. S., Bober, S. L., Tulsky, J. A., Daly, M. B. & Lepore, S. J. (2017). Effective patient-provider</p>

	communication about sexual concerns in breast cancer: a qualitative study. <i>Supportive Care in Cancer</i> . 25(10), 3199-3207. https://doi.org/10.1007/s00520-017-3729-1
Inkludert artikkel nummer 4	Reese, J. B., Sorice, K., Lepore, S. J., Daly, M. B., Tulskey, J. A., Beach, M. C. (2019). Patient-clinician communication about sexual health in breast cancer: A mixed-methods analysis of clinic dialogue. <i>Patient education and counseling</i> . 102(3), 436- 442. https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.10.003

3.3 Øvrig fag- og forskningslitteratur

Teorien som presenteres i oppgaven er hentet fra pensumbøker og relevant faglitteratur. Pensumbøkene er av helsefaglig relevans, der teorien bunner i en sykepleierfaglig tilnærming. Øvrig fag- og forskningslitteratur er hentet fra litteraturlister tilknyttet emner som inngår i studieløpet for bachelor i sykepleiere. I tillegg har vi benyttet bøker som er lånt fra biblioteket på skolen. Boken til Grov og Holter, har blitt brukt gjennomgående i oppgaven. Boken *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* vektlegger sykepleiernes arbeidsoppgaver og særegne rolle i en helsefaglig kontekst (Grov & Holter, 2019). I tillegg har boken til Reitan og Schjøberg blitt brukt hyppig, da den omhandler sykepleie til kreftpasienter (Reitan & Schjøberg, 2017).

Teorien som er presentert, omfatter sekundærlitteratur, til tross for at det var ønskelig å benytte primærkilder. Sekundærlitteratur er litteratur som presenterer allerede eksisterende teori, men som ikke er den opprinnelige kilden (Dalland, 2017, s. 171). Det var utfordrende å oppdrive primærkilden for å presentere PLISSIT- modellen, ettersom det ikke var mulig å finne tilgjengelig publisering. Derfor har sekundærkilder blitt benyttet for å presentere modellen og dens funksjon. I tillegg har vi benyttet en studie som brystkreftforeningen refererte til i en artikkel på organisasjonens nettside (Brystkreftforeningen, 2022). Studien er et forskningsprosjekt utført ved Nasjonal Kompetansetjeneste for Seneffekter ved Radiumhospitalet (Smedsland et al., 2022).

4 Resultater

Søk i Cinahl resulterte i fire forskningsartikler som ble valgt ut systematisk. For å vurdere artiklenes kvalitet og validitet, har artiklene blitt kontrollert ved bruk av sjekklister. I tillegg ble tidsskriftenes troverdighet styrket ved å konstatere at samtlige artikler er publisert i anerkjente tidsskrift som er fagfellevurdert i Kanalregisteret (Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse, u. å.).

4.1 Presentasjon av artiklene i matrise

Database	Forfatter, årstall, land	Tittel	Hensikt	Design/metode	Funn	Kvalitetsvurdering
Cinahl	Aupomerol, M., Chaltiel, D., Pautier, P., Wehrer, D., Véron, L., Degousée, L., Fasse, L., Guéroult-Accolas, L., Di Meglio, A., Scotté, F., De-Jesus, A., Vaz-Luis, I., Delalogue, S., Lambertini, M., & Pistilli, B. (2022), Frankrike.	Breast cancer patients' Experience and Wishes Regarding Communication on Sexual Health: The BEROSE Study.	Hensikten med studien var å evaluere kommunikasjonen om seksuell helse mellom brystkreftpasienter og helsepersonell etter gjennomgått brystkreftbehandling.	Metoden som er brukt er en tverrsnitt observasjonsstudie. 318 pasienter som ble fulgt opp poliklinisk (telefonkonsultasjon eller fysisk oppmøte), svarte på et spørreskjema bestående av 30 spørsmål.	Funnene viser at kvinnene opplevde at de mottok lite og sparsom informasjon om seksuell helse i et kreftforløp. 65% av deltakerne hadde ingen samtale om hvordan brystkreftbehandling påvirker seksuell helse. Seksuell velvære ble direkte omtalt i kun 4,1% av samtale.	Score etter sjekklister gjennomgang: 10/12
Cinahl	Canzona, M. R., Fisher, C. L., Wright, K. B., Ledford, C. J. W. (2019), USA.	Talking about sexual health during survivorship: understanding what shapes breast cancer survivors' willingness to communicate with providers.	Å kartlegge brystkreftpasienters vilje til å kommunisere om seksuell helse. Studien ønsker å kartlegge faktorer som forstyrrer pasientens ønske om å snakke om seksualitet.	Mixed method. 305 deltakere ble rekruttert ved å svare på et digitalt spørreskjema. 40 av deltakerne ble videre valgt ut til å gjennomføre intervjuer.	Funnene trekker frem fem faktorer som påvirker hvor villig deltakerne er til å snakke om seksuell helse. Hvor komfortable pasientene var, opplevelsen av demografisk likhet, opplevelse av personsentrert pleie, tro om at samtale ikke utgjør noen forskjell, og usikkerhet rundt behandlingstilbudet, ble trukket frem.	Score etter sjekklister gjennomgang: 7/9

Cinahl	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), USA.	Effective patient-provider communication about sexual concerns in breast cancer: a qualitative study	Å undersøke pasienters og pleieres erfaringer og preferanser knyttet til kommunikasjon om brystkreft-relaterte seksuelle bekymringer.	Kvalitativ metode. Data ble hentet fra pasientgruppen gjennom fokusgrupper og intervjuer. Data ble hentet fra sykepleiere og brystkreftspesialister gjennom intervjuer. Dataene ble analysert separat i henhold til rammemetoden for kvalitativ analyse.	Funnene presiserer at kunnskapsbaserte intervensjoner er avgjørende for å forbedre kommunikasjon om seksuell helse. Det poengteres at verktøy for å aktivere pasientene, er avgjørende for å motivere til dialog om seksuell helse.	Score etter sjekkliste gjennomgang: 8/9
Cinahl	Reese, J. B., Sorice, K., Lepore, S. J, Daly, M. B., Tulsky, J. A., Beach, M. C., (2019), USA.	Patient-clinician communication about sexual health in breast cancer: A mixed-methods analysis of clinic dialogue.	Å undersøke hvorvidt kommunikasjon om seksuell helse skjer ved rutinemessige oppfølgingsamtaler for pasienter med brystkreft. I tillegg var hensikten å utforske omstendighetene og innholdet i samtalen.	Kvalitativ metode. 67 pasienter ble tatt opptak av i forbindelse med besøk ved en klinikk for kreftpasienter. Samtalene mellom pasient og helsepersonell ble tatt opp. Deltakerne fikk mulighet til å selvrapportere seksuelle problemer etter samtalen.	Funnene indikerer at deltakerne hadde utfordringer med å snakke direkte om seksuell helse. Funnene presiserer at personsentrerte verktøy bør benyttes i samtale med pasienter for å lettere snakke om seksuell helse.	Score etter sjekkliste gjennomgang: 8/9

4.2 Syntese av resultatene

Funnene i de fire forskningsartiklene viser at seksuell helse er et tema som blir diskutert i liten grad i helse- og omsorgstjenesten, til tross for seksuelle bekymringer eller problemer hos pasienter. Artiklene belyser sykepleierens ansvar for å tematisere helseutfordringer med pasienten, noe som også inkluderer seksuell helse. Temaets karakter, medfører ubehag og usikkerhet for både pasienter og sykepleiere. Dette resulterer i at samtalen blir neglisjert fra begge parter, og pasientene kan risikere å gå ubehandlet med seksuelle utfordringer.

Individuelle og institusjonelle barrierer for effektiv kommunikasjon om seksuell helse blir avdekket i forskningsartiklene. Blant annet blir tidspress, familie og kultur, redsel for å bli dømt, og flauhet rundt temaet trukket frem. En god pasient-pleier-relasjon, personsentrert kommunikasjon og tilgang på informasjon var faktorer som førte til effektiv kommunikasjon om seksuell helse.

5 Diskusjon

Problemstillingen som skal drøftes i dette kapitlet er “*Hvilke faktorer påvirker kommunikasjonen om seksuell helse hos pasienter med brystkreft som har gjennomgått behandling?*”. I første del av dette kapitlet vil forskningsfunn, presentert teori, samt lovverk og etikk drøftes i lys av hverandre. Resultatdiskusjonen vil ha en tematisk oppbygning, der hovedfunnene danner utgangspunktet for kapitlets struktur. Dette kapitlet vil omhandle pasientenes erfaringer med kommunikasjon om seksuell helse etter brystkreftbehandling. I tillegg vil sykepleierens veiledende og undervisende funksjon forklares ved bruk av PLISSIT-modellen.

5.1 Resultatdiskusjon

Som tidligere nevnt, er seksualitet en viktig ressurs for å oppnå god generell helse og livskvalitet. Dermed er tematikken avgjørende å belyse i helse- og omsorgstjenesten (Helland, 2019, s. 870). Til tross for dette, finnes det ingen retningslinjer for hvordan seksuelle spørsmål skal ivaretas av helsepersonell, og temaet blir i stor grad ignorert i helsetilbudet til ulike pasientgrupper (Helland, 2019, s. 870). Et funn fra studien til Reese et al. var at kommunikasjon om seksuell helse oppstod i mindre enn halvparten av de kliniske møtene mellom brystkreftpasienter og helsepersonell (Reese et al., 2019). Over halvparten av kvinnene som rapporterte om seksuelle problemer etter behandling, hadde ingen samtale om dette (Reese, et al., 2019). Dette kommer også frem i studien til Aupomerol et. al. 65% av kvinnene rapporterte at seksuell helse ikke var et diskutert tema i møtene deres med helsepersonell, til tross for at 2/3 av kvinnene mente det var et viktig tema å diskutere i forbindelse med behandling for brystkreft (Aupomerol et al., 2022). Resultatene viser hvordan seksuell helse blir bortprioritert i helse- og omsorgstjenester, til tross for en stor forekomst av seksuelle utfordringer hos pasientgruppen.

5.1.1 Personlig og sensitivt tema

Seksuell helse er et svært intimt og personlig tema for mange, og kan være ubehagelig å diskutere med mennesker man ikke kjenner (Helland, 2019, s. 873). Hvorvidt pasientene var komfortable med å snakke om seksuell helse, ble trukket frem som en viktig faktor i studien til Canzona et al. (Canzona et al., 2019). Redsel for å bli negativt dømt, og om temaet var

tabubelagt i pasientens familie og kultur, var faktorer som ofte påvirket hvor komfortable kvinnene var. Funnene indikerer at individuelle og personlige faktorer påvirker terskelen til å snakke om seksualitet. Dette viser til viktigheten av å tilpasse kommunikasjonen til hver enkelt pasient, ettersom alle har ulike forutsetninger til å være åpne i møte med helsepersonell. Sykepleiere skal møte behov som omhandler seksuell helse på linje med menneskets andre grunnleggende behov. Samtidig er det viktig å huske at seksualitet skiller seg fra de andre grunnleggende behovene grunnet temaets private og sensitive karakter, samt tilknytning til sentrale menneskelige aspekter som bekreftelse, kjærlighet og identitet (Helland, 2019, s. 873).

Da terskelen for å snakke om seksualitet blir påvirket av individuelle faktorer, er personsentrert sykepleie en forutsetning når temaet skal diskuteres. Et av funnene til Canzona et al. presiserer at helsepersonellens evne til å praktisere personsentrert kommunikasjon var avgjørende for hvor villige pasientene var til å snakke om seksuell helse. Personsentrert kommunikasjon innebærer aktiv lytting, prioritering av pasientens ønsker og behov, samt nonverbale uttrykk som bekrefter at det er legitimt å snakke om seksuell helse (Canzona et al., 2019). Personsentrert sykepleie baserer seg på at mennesker er unike individer med psykiske, sosiale og eksistensielle behov, der alle aspekter skal ivaretas i en helhet (Eriksen, 2019, s. 896). Sykepleier må dermed møte pasientene med et åpent sinn, og ikke ta beslutninger basert på hva som er sannsynlig at pasientene føler, tenker og ønsker. Tanken om at sykepleieren skal møte pasientens individuelle behov, underbygges i de yrkesetiske retningslinjer punkt 2.1 og 2.3. (NSF, 2019).

Hvem skal starte dialogen om seksuell helse?

I tre av forskningsartiklene viser funn at majoriteten av pasientene ønsker at helsepersonell tar initiativ til å snakke om seksuell helse (Reese et al., 2017, Canzona et al., 2019 & Aupomerol et al., 2022). Et utsagn fra en pasient i studien til Canzona et al., presiserer vanskelighetene pasientene opplever med å ta opp temaet: *"Det er en blokkering i samfunnet. Det er et vanskelig tema å snakke om uten pleierens hjelp... Sex er overalt, men det er ingen som faktisk snakker om det"* (Canzona et al., s. 936). Funnene tydeliggjør pasientenes forventning om at sykepleier skal innlede kommunikasjon om seksuell helse. Likevel er det et tema som sjeldent tas opp av sykepleiere. Det manglende initiativet fra pasienten kan misforstås av sykepleieren som manglende behov om å snakke om temaet, noe som fører til at seksuelle problemer ikke blir behandlet (Helland, 2019, s. 872). Et resultat i studien til Reese et. al., var at sykepleierne

ofte unngikk å snakke om seksuell helse fordi de fryktet at pasientene skulle bli ukomfortable, som igjen kunne ødelegge for en god pasient-pleier-relasjon (Reese et al., 2017). Funnene antyder at det er sprikende forventninger rundt hvem av partene i dialogen som skal ta opp temaet i utgangspunktet. Helland beskriver at sykepleieren ikke skal innta en terapeutisk rolle, men ivareta seksualiteten på lik linje med andre grunnleggende behov (Helland, 2019, s. 867). Derfor skal ikke frykten for å skade relasjonen overskygge sykepleierens krav til å møte pasientenes behov for sykepleie.

Sykepleierens ansvar i en pasient- pleier- relasjon

Sykepleiere utgjør den profesjonsgruppen som tilbringer mest tid i direkte pasientrettet arbeid. De innehar derfor en viktig rolle i å identifisere, samt møte pasienters behov for samtale og veiledning (Helland, 2019, s. 871). Sykepleieutøvelsens ansvarsområde omfatter å observere, vurdere og utføre relevante sykepleietiltak der det er behov (Holter, 2019, s. 117). Da pasienter med brystkreft, er en svært utsatt gruppe for seksuelle helseutfordringer, er det viktig at pasientens seksuelle helse blir kartlagt. Ved å unngå dette aspektet, er det en mulighet for at sykepleieren ikke møter pasientens behov for hjelp, som motstrider prinsippet om at pasienter skal få en helhetlig pleie. Når sykepleiere unngår å diskutere seksuell helse med pasientene, styrkes fordommene om at seksualitet er et avsluttet kapittel for denne pasientgruppen. Dette kan kunne gjøre det vanskeligere for pasientene å snakke om temaet i fremtidige møter med helsepersonell (Schjølberg, 2017, s. 126).

Gamnes presiserer at et godt tillitsforhold mellom helsearbeidere og pasienter er en forutsetning for å kartlegge pasientens behov for veiledning (Gamnes, 2018, s. 399). Samtidig, viser funn at verken tillit og gjensidig respekt er synonymt med at seksuell helse *faktisk* blir tematisert. Canzona et al. presenterer funn der pasientene konstaterte at tillit til helsepersonell ikke nødvendigvis var entydig med at seksuell helse ble diskutert (Canzona et al., 2019). Noen pasienter har den oppfatningen at helsepersonell er ansatt for å yte helsehjelp, og at en nær pasient- pleier- relasjon ikke er ønskelig (Grov, 2019, s. 45). Dette er en motpol til hva som blir presentert av Reese et al., der tillit ble omtalt som nøkkelen til god kommunikasjon om seksuell helse (Reese et al., 2017). De motstridende funnene poengterer at en god pasient- pleier- relasjon i all hovedsak er essensielt for kommunikasjon, men at det ikke er noen garanti for at pasienten åpner seg. Sprikende oppfatninger av relasjonens betydning, kan indikere at pasientene har svært ulike behov ved samtaler av intim karakter.

Likevel viser forskning generelt at en tillitsfull relasjon er vesentlig mellom pasient og pleier når det kommer til personlige samtaler (Helland, 2019, s. 873).

PLISSIT-modellen som samtalestarter

Det foreligger ulike forventninger om hvem som skal ta opp seksuell helse i polikliniske oppfølgingsamtaler. Parallelt finnes det ingen retningslinjer for hvordan temaet skal ivaretas i helse- og omsorgssektoren. Derfor kan det tenkes at standardiserte fremgangsmåter vil være et hjelpemiddel (Helland, 2019, s. 399). PLISSIT-modellen er et kommunikasjonsverktøy som kan brukes av alle i helsevesenet, for å etablere dialog om seksualitet på pasientens premisser (Helland, 2019, s. 877). Målet med det første trinnet i PLISSIT, er gi pasienten tillatelse til å sette ord på tanker rundt seksualitet. I studien til Reese et al. understreker flere pasienter at tidlig diskusjon om seksuelle bekymringer vil kunne starte en kontinuerlig samtale om temaet gjennom hele oppfølgingsforløpet (Reese et al., 2017). Ved å gi pasienten tillatelse til å snakke om seksuell helse i en tidlig fase, vil sykepleier normalisere eventuelle utfordringer etter behandling, og bekrefte at pasienten ikke er alene om dette. Dette kan gjøre pasienten mindre ukomfortabel rundt kommunikasjon om temaet, og samtidig føre til at pasienten tar opp bekymringer og utfordringer på eget initiativ. PLISSIT-modellen kan anvendes ved at sykepleier starter med å gi generell informasjon om vanlige seksuelle komplikasjoner ved brystkreftbehandling, og deretter kan pasienten selv velge om hun ønsker å fortsette samtalen eller motta mer informasjon. Å gi pasienten informasjon om bivirkninger av behandling er nedfelt i pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2).

5.1.2 Fravær av informasjon og kunnskap

Mangel på informasjon og kunnskap kan antas å være en årsak til lite kommunikasjon om seksuell helse. Funn fra studien til Reese et. al. viser at flere kvinner unngikk å snakke om seksuelle utfordringer fordi de ikke hadde kunnskap om eventuelle bivirkninger etter kreftbehandlingen (Reese et al., 2017). I studien til Aupomerol et al. viser funnene at fire av fem kvinner ikke mottar informasjon om behandlingens effekt på seksuell helse (Aupomerol et al., 2022). Pasientene i studien kunne derfor ikke trekke slutninger om at symptomene de opplevde, var knyttet til behandlingen. Redusert informasjon, samt konsekvenser av dette blir også trukket frem i studien til Canzona et al. Der kommer det frem at flere av deltakerne antok at symptomer som omhandlet seksuell helse ikke var kurative. Deltakerne antok også at

sykepleierne ikke hadde kunnskap nok til å hjelpe ved seksuelle utfordringer (Canzona et al., 2019). Dette var utslagsgivende for at kvinnene avsto fra å diskutere seksuelle helse. Fravær av tilstrekkelig informasjon hos pasienten kan føre til angst, bekymring og seksuell inaktivitet, noe som på sikt kan resultere i redusert livskvalitet (Gamnes, 2018, s. 395). Funnene motstrider pasientenes krav på informasjon som er nedfelt i lov, der det presiseres at informasjon skal formidles uoppfordret. Pasient og brukerrettighetsloven § 3-2, første ledd presiserer at pasienten skal få informasjon som er avgjørende for å få innsikt i egen helsetilstand (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3- 2). Loven kan tolkes dithen at sykepleieren skal sørge for tilstrekkelig informasjon om helseutfordringer som kan oppstå etter kreftbehandling.

Det forventes at sykepleieren innehar den kliniske kompetansen, samt kvalifikasjoner for å dekke majoritetens informasjonsbehov (Kristoffersen, 2016, s. 163). Likevel blir manglende kunnskap hos helsepersonell trukket frem som en barriere for kommunikasjon om temaet i studien til Reese et al. (Reese et al., 2017). Funnet viser at nesten alle sykepleierne som deltok, opplyste om kunnskapsmangel som utgjorde et betydelig hinder for å tematisere seksuell helse, til tross for sykepleierens selvstendige plikt til å holde seg faglig oppdatert (Flovik & Rokseth, 2019, s. 289). Flere uttrykket at de derfor ikke ønsket å stille kvinnene spørsmål de ikke hadde kunnskap nok til å besvare (Reese et al., 2017). Funnet spriker fra sykepleierens veiledende og undervisende funksjon som innebærer å gi tilstrekkelig informasjon til pasienten. I tillegg skal sykepleieren, med sin undervisende og veiledende funksjon, bidra til at pasienten oppnår realistiske forventninger til sitt seksualliv ut ifra helsetilstanden (Helland, 2019, s. 871). Det er også lovfestet i Helsepersonelloven § 4, at helsepersonell skal henvisse videre dersom andre faglige kvalifikasjoner er nødvendig for å utøve faglig forsvarlig helsehjelp (Helsepersonelloven, 1999, § 4). Dette blir ikke gjennomført dersom sykepleieren avstår fra å kartlegge pasientens pleiebehov. Samtidig utsettes sykepleiere på sykehus for høyt arbeidspress, der arbeidsdagene innebærer pasientnært arbeid, og liten tid til blant annet fagutvikling (Lillemoen, 2019, s. 328) Sykepleiernes opplevelse av kunnskapsmangel kan være påvirket av begrenset tid, samt fravær av muligheter til å tilegne seg relevant kunnskap om temaet (Flovik & Rokseth, 2019, s. 288).

PLISSIT- modellen og informasjonsbehov

Hva som defineres som tilstrekkelig og relevant informasjon varierer i stor grad ettersom pasientenes syn på seksuell helse preges av individuelle forskjeller (Gamnes, 2018, s. 377).

Funn fra Reese et. al. indikerer at helsepersonell opplever usikkerhet rundt hvorvidt pasientene ønsker informasjon eller ikke (Reese et al., 2017). En sykepleier i studien opplyste om at det ville vært behjelpelig å vite hvem av som ønsket informasjon om behandlingens effekt på seksuell helse. For å lettere identifisere pasientenes behov for informasjon, kan det andre trinnet i PLISSIT- modellen være aktuelle å anvende. Dette trinnet i modellen egner seg til bruk ved sykehus og på legekantor (Gamnes, 2018, s. 400). Trinnet inkluderer at sykepleieren åpner opp for å gi tilstrekkelig informasjon til pasienten med utgangspunkt i sitt eget kompetansenivå om seksuell helse.

I klinisk praksis kan PLISSIT- modellen danne utgangspunkt for dialog, der pasientenes individuelle behov legger videre føringer på samtalen (Gamnes, 2018, s. 399). På denne måten vil sykepleieren arbeide personsentrert til tross for bruk av en standardisert kommunikasjonsmodell. PLISSIT vil trolig kunne avdekke kunnskapsmangler hos pasienten, ved at sykepleieren informerer om utfordringer som kan forekomme etter blant annet behandling med cytostatika og strålebehandling. Sykepleieren kan informere om den uttalte forekomsten av utfordringer med kroppsbilde, og hvordan kvinner kan oppleve en truet feminitet. På denne måten kan pasienten få informasjon som demper bekymringer knyttet til senskader etter behandling.

Samtidig skal sykepleieren respektere pasientens rett til selvbestemmelse, og anerkjenne dersom pasienten ikke ønsker informasjon som ikke er absolutt nødvendig (Helsepersonelloven, 1999, § 3-2). Det kan tenkes at pasienten, av kulturelle, sosiale og familiære årsaker, foretrekker å motsette seg informasjon som ikke ansees som livsviktig. Sykepleieren skal erindre at sykepleie er en verdibasert tjeneste der respekt for pasientens integritet og verdighet som menneske er fundamentalt (Kristoffersen et al., 2016, s. 23). Bruk av PLISSIT-modellen kan skape dialog om seksuell helse, men personsentrert sykepleie omfatter også hensyn til pasientens ønsker og retten til å motsette seg informasjon.

5.1.3 Fokus på fysiologiske aspekter

Kommunikasjon om seksuell helse kan utebli ettersom helsepersonell i stor grad fokuserer på de rent fysiologiske aspektene ved seksuell helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Et funn i studien til Reese et al. var at seksuell helse ble tematisert av helsepersonell ved å spørre om pasientene hadde opplevd vaginal tørrhet i etterkant av behandling. Pasientene nektet for

dette, og ga ikke uttrykk for et behov om å diskutere temaet videre, som førte til at videre kommunikasjon om seksualitet ikke fant sted. Likevel hadde begge pasientene rapportert seksuelle utfordringer i forkant av møtene (Reese et al., 2019). I 2019 ble det gjennomført en studie i Norge der seksuell aktivitet og funksjon hos brystkreftpasienter ble undersøkt. Studien presiserer at bivirkninger som kronisk fatigue og mentale utfordringer kan påvirke den seksuelle helsen i negativ retning (Smedsland et al., 2022). Dette underbygger viktigheten av å ikke bare kartlegge fysiologiske utfordringer hos pasientgruppen, men også mentale og sosiale endringer i forbindelse med behandlingen. Seksuelle problemer ved sykdom er ikke nødvendigvis knyttet direkte til sykdommen eller behandlingens fysiske endringer, men kan oppstå av indirekte konsekvenser, for eksempel dårligere selvbilde eller redsel for utvikling av sykdom (Helland, 2019, s. 870).

Endret kroppsbilde

Pasienter med sykdommer og tilstander som ikke direkte påvirker evnen til å ha samleie, kan likevel oppleve endringer eller begrensninger i sitt seksualliv (Helland, 2019, s. 868). I studien til Aupomerol et al. kommer det frem fysiske komplikasjoner blir vektlagt når seksuell helse tematiseres. Seksuelt velvære ble diskutert i kun i 4,1% av samtalene (Aupomerol et al., 2022). Å gjennomgå behandling for brystkreft, kan påvirke kvinnes kroppsbilde betraktelig da mastektomi kan medføre store fysiske forandringer. For de fleste har brystene en betydning for opplevelsen av seg selv som seksuelt vesen, og forskning viser at å miste et bryst er det inngrepet som har størst betydning for endringen i kroppsbildet hos kvinner (Schjølberg, 2017, s. 136). Graden av endret kroppsbilde er avgjørende for hvordan pasienten ser på seg selv, og vil ha innvirkning på selvbildet og livskvaliteten (Schjølberg, 2017, s. 132). Det som imidlertid først og fremst forbindes med kreft, er de fysiske endringene som kan følge med sykdommen, som vaginal tørrhet og nedsatt lyst. Dette gjør at psykiske og sosiale utfordringer ofte kan bli glemt. Når helsepersonell kun kartlegger fysiske bivirkninger av behandlingen, kan viktige psykososiale årsaker til seksuelle problemer bli uadressert, og kan føre til mangelfull behandling, veiledning eller undervisning.

Å kartlegge et endret kroppsbilde hos pasienter kan være vanskelig. Ettersom kroppsbilde er et abstrakt fenomen som berører områder som holdninger, tanker, mellommenneskelige verdier, personlighet, mental helse og kulturell bakgrunn (Schjølberg, 2017, s. 138). Sykepleieren må klare å se pasientens kroppsbilde som en integrert del av vedkommende opplevelse av velvære. Dette kan være en krevende prosess, både for sykepleier og pasient. Å

ha negative tanker om egen kropp eller seksualitet generelt kan være utfordrende å dele med andre, da dette oppleves sårbart. Til tross for viktigheten av å kartlegge endret kroppsbilde i forbindelse med den seksuelle helsen, blir det ofte neglisjert. Å spørre om pasienten har opplevd fysiske bivirkninger av behandlingen, kan gjøre seksuell helse til et mindre personlig tema å diskutere for både sykepleier og pasient (Helland, 2019, s. 870). I frykt for å gjøre pasienten ukomfortabel og ødelegge en etablert relasjon, kan det tenkes at dette er en årsak til det fysiologiske fokuset hos helsepersonell.

PLISSIT- modellen og klinisk praksis

Som sykepleier er det vesentlig å få frem pasientperspektivet når man kommuniserer med pasienter. Det er lett å tro at man vet hva pasienten føler og tenker, likevel viser studier at sykepleier og pasient ofte har ulik opplevelse av situasjonen (Heyn, 2019, s. 375). Pasienter kan være upresise i beskrivelsen av symptomer, og spesielt når det gjelder personlige temaer. Dette viser til viktigheten av profesjonell kommunikasjon når seksuell helse blir diskutert. Empati er en viktig del av profesjonell kommunikasjon, og gjennom å vise medfølelse kan pasienten få en trygghet som gjør at samtaler om følelser og seksualitet går lettere (Borg, 2017, s. 126). Ved å lytte aktivt, observere kroppsspråk og tonefall vil sykepleier lettere kunne identifisere utfordringer og behov. Ved å bruke en standardisert modell som PLISSIT for å avdekke seksuelle utfordringer, vil pasientperspektivet danne utgangspunktet for hva samtalen kommer til å inneholde. Funnene fra forskningsartiklene viser til viktigheten av åpne spørsmål om seksualitet slik at eventuelle problemer eller bekymringer hos pasienten blir fanget opp. Det første trinnet i PLISSIT-modellen gir pasienten tillatelse til å sette egne ord på hvordan sykdommen og behandlingen påvirker den seksuelle helsen. Sykepleieren sin oppgave er å bekrefte at temaet er relevant og at de er villige til å kommunisere om det. PLISSIT skaper dermed et rom for at pasienten selv kan snakke om sine tanker rundt seksualitet, som vil gjøre det lettere for sykepleier å identifisere videre behov.

Å bruke PLISSIT-modellen kan være behjelpelig for å kartlegge hvilke faktorer som påvirker den seksuelle helsen, samt hvilke ønsker pasientene har selv. Likevel kan det være utfordrende å legge til rette for bruk av en slik modell i klinisk praksis, blant annet på grunn av tidspress (Kristoffersen, 2016, s. 127). I alle de fire forskningsartiklene blir tidspress trukket frem som en vesentlig årsak til hvorfor seksuell helse er et lite diskutert tema mellom helsepersonell og pasientgruppen. Et utsagn fra en sykepleier i studien til Reese et. al var; *"tid er en barriere og fører til at du kanskje ikke får utforsket ting like mye som du tror pasienten*

trenger, med mindre pasienten sender ut signaler om at de har behov for det" (Reese et al., 2017). Utsagnet tyder på at helsepersonell er bevisste på behandlingens effekt på seksuell helse, men at dårlig tid fører til at temaet kun blir adressert hvis pasienten uttrykker behov for å snakke om det. Den polikliniske oppfølgingen foregår over et begrenset tidsrom, og som sykepleier skal man kartlegge alle de grunnleggende behovene hos pasienten, ikke bare seksualitet. Dette gjør at man ofte ikke har mulighet til å gå i dybden på hvert område. Å anvende en modell som PLISSIT vil dermed være krevende i polikliniske møter, da det kan være en tidkrevende prosess grunnet temaets sårbare karakter.

5.2 Metodediskusjon

I denne delen av kapittelet vil litteraturstudie som metode diskuteres. Styrker og svakheter ved metoden, fremgangsmåten og forskningsartiklene utdypes.

5.2.1 Styrker og svakheter ved metoden

På bakgrunn av fastsatte føringer for oppgaven, er litteraturstudie som metode et faktum. Den aktuelle problemstillingen ønsker å belyse pasientenes og sykepleiernes opplevelser, holdninger og erfaringer. For å besvare et forskningsspørsmål som etterspør opplevelser, kan to typer studier anvendes (Popenoe et al., 2021). Spørreundersøkelser og kvalitativ fremgangsmåte som intervjuer og observasjoner, besvarer slike forskningsspørsmål (Popenoe et al., 2021). Metoden vil gi et bredt spekter av opplevelser fra både pasienter og helsepersonell, noe som er avgjørende for å besvare vår problemstilling (Dalland, 2017, s. 211).

Artiklene som er anvendt i denne litteraturstudien innfrir kriteriene til kvalitative studier ettersom intervjuer, observasjoner og spørreskjemaer ble anvendt. Intervjuer og observasjoner som metode, vil kunne medføre at forskerens personlighet preger resultatene. Forskeren går frem som et instrument i slike studier, og forskerens evne til å oppnå kontakt med deltakerne vil kunne være av stor betydning for gjennomføringen av studien (Dalland, 2017, s. 54). I tillegg vil kvalitative studier være preget av elementer av kvantifisering, der forskeren kan ha tolket data som er innhentet (Dalland, 2017, s. 54). Litteraturstudien som er gjennomført, baserer seg på en objektiv tilnærming til funnene, der mulig forekomst av kvantifisering er tatt med i betraktning. Likevel kan det antas funnene som er trukket frem, er preget av en

målrettet utvelgelse for å kunne svare adekvat på problemstillingen. En selektiv utvelgelse av funn fra artiklene, kan medføre at andre funn blir oversett (Dalland, 2017, s. 61).

5.2.2 Styrker og svakheter ved litteratursøk

Ved å gjennomføre målrettede og presise søk i den bibliografiske databasen Cinahl, ble fire artikler systematisk valgt ut. Cinahl er blant verdens mest omfattende referansedatabase innen sykepleie og tilgrensende fag, og har et bredt utvalg av kvalitativ og kvantitativ forskning (Helsebiblioteket, 2013). Retningslinjer for bacheloroppgaven presiserte at vi skulle gjøre minst ett søk i Cinahl, og alle de fire artiklene er hentet fra det søket. Ettersom vi kun har anvendt en database, kan det tenkes at artikler med relevans for problemstillingen fra andre databaser har blitt ekskludert. Samtidig ga søket i Cinahl et treff på 7 relevante artikler, slik at ytterligere søk ikke ble ansett som hensiktsmessig. I søket ble meningsbærende ord fra problemstillingen, samt konteksten benyttet for at resultatene skulle samsvare med hensikten for oppgaven.

Søket ga ingen relevante treff på artikler av nordisk opprinnelse. Fravær av artikler med nordisk kontekst, kan antas å være et element som påvirker studienes overførbarhet til klinisk praksis i Norge. Geopolitiske variasjoner rundt syn på kvinnehelse ble også tatt med i betraktning. Derfor ble artikler fra opprinnelsesland med vestlig kultur tungt vektlagt i utvelgelsesprosessen, slik at artiklenes overførbarhet ble styrket. Fravær av artikler med nordisk språk eller kontekst medførte at vi avgrenset søket til kun engelske artikler. Ettersom engelsk ikke er vårt førstespråk, kan det antas å være en mulighet for feiltolkninger av data. I skriveprosessen har vi vært to personer. Samarbeid i en skriveprosess vil kunne resultere i at partene utfyller hverandres ferdigheter og kunnskaper, noe som kan ansees å være en styrke (Dalland, 2017, s. 32). Å skrive i par kan derfor være fordelaktig i en utvelgelsesprosess for å kvalitetssikre funnartiklenes relevans, da den andre parten kan oppdage svakheter som ikke blir fanget opp av den første. På den andre siden kan samarbeid medføre at partene innehar ulik oppfatning, samt holdning til oppgaven og dens utforming (Dalland, 2017, s. 32). I arbeidet med oppgavens utforming og innhold, har begge parter deltatt aktivt og vært delaktig i den andre partens bidrag til teksten.

5.2.3 Styrker og svakheter ved utvalgte artikler

Rutiner for oppfølging av brystkreftpasienter og syn på seksuell helse, varierer på internasjonal basis. Studienes geografiske opprinnelse, vil trolig kunne påvirke funnenes overførbarhet til klinisk praksis i Norge. Tre av studiene er gjennomført i USA, noe som medfører usikkerhet ved funnenes relevans for norsk helsevesen. Den fjerde studien er gjennomført i Frankrike. I USA er oppfølging i helse- og omsorgssektoren økonomisk betinget, noe som medfører at mange ikke vil kunne få tilstrekkelig oppfølging. Til tross for organisatorisk variasjon i helse- og omsorgssektoren, er USA og Frankrike preget av en vestlig kultur. Det kan derfor antas at funn fra studiene kan trekke paralleller til hvordan samtaler om seksuell helse til brystkreftpasienter blir praktisert i Norge.

Variasjon i helse- og omsorgssektoren kan derimot ha preget utvalget av deltakere i studiene. Dette presiseres blant annet i artikkelen til Canzona et al., der majoriteten av pasientene er kvinner med gode økonomiske forutsetninger, samt har høyere utdanning (Canzona et al., 2019). Fravær av mangfold blant deltakerne medfører at funnene trolig ikke er representative for den generelle befolkningen. Samtidig kan de kvalitative funnene belyse tendenser rundt hvordan samhandling og kommunikasjon foregår mellom partene (Dalland, 2017 s. 52). Studien til Aupomerol et al. er gjennomført i 2020 parallelt med covid- pandemien. Det blir presisert at pandemien hadde innvirkning på fremgangsmåten for innhenting av data, da telefonkonsultasjoner ble gjennomført istedenfor intervjuer med fysisk tilstedeværelse (Aupomerol et al., 2022). Forfatteren påpeker at fraværet av menneskelig kontakt, kan ha påvirket pasientenes svar og deltakelse i studien. Pandemien kan ha vært medvirkende til en noe lav respons blant deltakerne, og det kan tenkes at dette påvirket resultatene.

Tre av artiklene omfatter studier som er gjennomført på klinikker for brystkreftpasienter. Dette medfører utfordringer ved å overføre funnene til en poliklinisk kontekst, ettersom helsepersonell på slike klinikker antakelig innehar mer kunnskap om seksuell helse. Derfor har kun funn som omhandler sykepleie blitt inkludert i denne litteraturstudien. Forskningsartiklene som er anvendt omfatter helsepersonell der onkologer, kreftsykepleiere og sykepleiere blir inkludert. Ettersom det har vært ønskelig å undersøke tematikken med en sykepleierfaglig tilnærming, har vi kun brukt funn som samsvarer med sykepleierens kunnskapsnivå samt kompetanse om seksuell helse. Deltakernes individuelle erfaringer baserer seg på pasientenes subjektive oppfatning, og kan derfor ikke antas å gjelde alle brystkreftpasienter. Derimot kan funnene bidra til å få en bedre forståelse av hvordan pasientgruppen og helsepersonell samhandler (Dalland, 2017, s. 52). Flere av studiene består

av relativt store deltakergrupper, der både helsepersonell og pasienter er inkludert. Funnene vil derfor kunne gi en indikasjon på faktorer som utmerker seg ved dialog om seksuell helse i klinisk praksis.

6 Konklusjon

Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse hvilke faktorer som påvirker kommunikasjonen om seksuell helse hos pasienter som har gjennomgått behandling for brystkreft. Seksuell helse er viktig å tematisere da forskning viser at tematikken blir i stor grad ignorert i helsetilbudet til brystkreftpasienter, til tross for en stor forekomst av seksuelle problemer hos denne pasientgruppen. Ved å studere kommunikasjonen om seksuell helse, er det ikke selve innholdet i samtalen som er av størst betydning. En av utfordringene som utmerker seg, er sprikende forventninger rundt hvem av partene i dialogen som skal ta opp seksuell helse i utgangspunktet. Sykepleierens funksjonsområde, herunder den undervisende og veiledende funksjon, i tillegg til lovverk og etikk tydeliggjør sykepleierens ansvar for å ivareta kvinners behov for samtale om seksuell helse etter behandling for brystkreft.

Funn fra forskningsartiklene viser at pasienter unngår å adressere seksuelle utfordringer med helsepersonell grunnet temaets personlige karakter. Flere individuelle faktorer påvirker hvor komfortable pasientene er til å dele sensitiv informasjon om seg selv, blant annet hvor normalisert temaet er i møtene med helsepersonell, redsel for å bli dømt og kulturell bakgrunn. I tillegg blir en god pasient-pleier-relasjon trukket frem som en mulig faktor for at kommunikasjon om seksuell helse skal forekomme, likevel er det ikke en forutsetning. Både brystkreftpasienter og sykepleiere uttrykker at mangel på informasjon er en viktig årsak til at seksuell helse blir neglisjert i samtaler. Dette viser til at helsepersonell har behov for mer kunnskap om temaet, samt tydeligere retningslinjer for hvordan dette behovet skal ivaretas i helse- og omsorgstjenester.

Ved å anvende PLISSIT-modellen, vil sykepleier gi pasienten tillatelse til å snakke om seksuell helse, som vil effektivisere kartlegging av pasientens behov. Ved å åpne opp for kommunikasjon om temaet basert på pasientens premisser, vil sykepleier få et tydeligere bilde av hvem som har behov for mer informasjon, samt veiledning og undervisning. Likevel kan det være utfordrende å anvende PLISSIT-modellen i en klinisk praksis, blant annet på grunn av tidspress og store individuelle forskjeller. Polikliniske oppfølgingsamtaler har et begrenset tidsrom, og da seksuell helse er et svært personlig tema, kan det være en tidkrevende prosess. Basert på funn fra artiklene, bør sykepleieren være bevisst på de aktuelle utfordringene som kan påvirke kommunikasjonen hos pasientgruppen. Det avdekkes et bredt spekter av individuelle og institusjonelle faktorer som kan påvirke kommunikasjonen.

Ytterligere forskning kan derfor ansees som nødvendig. Det er ikke gjort en fullstendig gjennomgang av litteraturen som er anvendt, og det er dermed usikkerhet knyttet til konklusjonen som trekkes.

Referanseliste

- Almås, E., & Benestad, E. E. P. (2017). *Sexologi i praksis* (3. utg., s. 70). Oslo: Universitetsforlaget.
- Aupomerol, M., Chaltiel, D., Pautier, P., Wehrer, D., Véron, L., Degousée, L., Fasse, L., Guérault-Accolas, L., Di Meglio, A., Scotté, F., De-Jesus, A., Vaz-Luis, I., Delalogue, S., Lambertini, M., & Pistilli, B. (2022). Breast Cancer Patients' Experience and Wishes Regarding Communication on Sexual Health: The BEROSE Study. *Cancer investigation*, 40(6), 483–493. <https://doi.org/10.1080/07357907.2022.2066112>
- Borg, T. (2017). Seksualitet. I A. M. Reitan & T.K. Schjøberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient-utfordring-handling* (4. utg., s. 120-131). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Bredal, I. S. (2017). Sykepleieutfordringer ved brystkreft. I A. M. Reitan & T.K. Schjøberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient-utfordring-handling* (4. utg., s. 473-485). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Canzona, M. R., Fisher, C. L., Wright, K. B. & Ledford, C. J. W. (2019). Talking about sexual health during survivorship: understanding what shapes breast cancer survivors' willingness to communicate with providers. *Journal of Cancer Survivorship*, 13(6), 932-942. <https://doi.org/10.1007/s11764-019-00809-2>
- Dalland, O. (2017). Metode og oppgaveskriving (6. utg.) Gyldendal Akademisk.
- Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse (u. å.). Kanalregisteret. <https://kanalregister.hkdir.no/publiseringsskanaler/Forside>
- Eide, H. & Eide. T. (2019). *Kommunikasjon i relasjoner*. (3. utg.). Gyldendal.
- Eriksen, S. (2019). Menneskets psykososiale behov. I I. M. Holter & E. K. Grov (Red.), *Sykepleieboken 1: Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. (5. utg., s. 887- 905). Cappelen Damm Akademisk.

- Gamnes, S. (2018). Seksualitet og helse. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.- A. Skaug, G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 2: Grunnleggende behov* (3. utg., bind 2, s. 373- 404). Gyldendal Akademisk.
- Grov, E.- K. (2019). Å bli pasient og hjelpetrengende. I I. M. Holter & E. K. Grov (Red.), *Sykepleieboken 1: Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. (5. utg. 3., s. 37- 55). Cappelen Damm Akademisk.
- Helland, Y. (2019). Seksualitet. I I. M. Holter & E. K. Grov (Red.), *Sykepleieboken 1: Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. (5. utg., s. 861- 886). Cappelen Damm Akademisk.
- Helsedirektoratet. (2022. 23. mars). Brystkreft- handlingsprogram.
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/brystkreft-handlingsprogram>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64).
Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017- 2022). Regjeringen.
https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf
- Heyn, L. (2019). Kommunikasjon: menneskets grunnleggende behov for å forstå og å bli forstått. I I. M. Holter & E. K. Grov (Red.), *Sykepleieboken 1: Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. (5. utg., s. 363- 395). Cappelen Damm Akademisk.
- Holter, I. M. (2019). Sykepleieprofesjonens grunnleggende kjennetegn. I I. M. Holter & E. K. Grov (Red.), *Sykepleieboken 1: Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. (5. utg., s. 107- 141). Cappelen Damm Akademisk.
- Kreftforeningen (2022, 10. november). *Brystkreft: undersøkelse og diagnose*. <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/brystkreft/>
- Kreftregisteret. (2022, 8. juni). Kreft i Norge. <https://www.kreftregisteret.no/Temasider/om-kreft/>

- Kristoffersen, N. J. (2016). Helse og sykdom - utvikling og begreper. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.- A. Skaug, G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleiefag og funksjon* (3. utg., bind 1., s. 29-79). Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, F. (2016). Hva er sykepleie?. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.- A. Skaug, G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleiefag og funksjon* (3. utg., bind 1., s. 15-27). Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2016). Pasient og sykepleier- verdier og samhandling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.- A. Skaug, G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleiefag og funksjon* (3. utg., bind 1., s. 90- 132). Gyldendal Akademisk.
- Lillemoen, L. (2019). Etikk i sykepleien. I I. M. Holter & E. K. Grov (Red.), *Sykepleieboken 1: Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. (5. utg., s. 297- 335). Cappelen Damm Akademisk.
- Molven, O. (2019). Pasienters og brukeres rettigheter og plikter. I I. M. Holter & E. K. Grov (Red.), *Sykepleieboken 1: Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. (5. utg., s. 70- 102). Cappelen Damm Akademisk.
- Norsk sykepleierforbund. (2019). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler. Hentet fra: <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Næss, S., Mastekaasa, A., Moum, T. & Sørensen, T. (2001). *Livskvalitet som psykisk velvære*. NOVA- rapport nr. 3. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velvære og aldring.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven>
- Popenoe, R., Langius-Eklöf, A., Stenwall, E. & Jervaeus, A. (2021). A practical guide to data analysis in general literature reviews. *Nordic Journal of Nursing Research*. 41(4), 175- 186. <https://doi.org/10.1177/2057158521991949>

- Reese, J. B., Beach, M. C., Smith, K. C., Bantung, E. T., Casale, K. E., Porter, L. S., Bober, S. L., Tulsy, J. A., Daly, M. B. & Lepore, S. J. (2017). Effective patient-provider communication about sexual concerns in breast cancer: a qualitative study. *Supportive Care in Cancer*. 25(10), 3199-3207. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3729-1>
- Reese, J. B., Sorice, K., Lepore, S. J., Daly, M. B., Tulsy, J. A., Beach, M. C. (2019). Patient-clinician communication about sexual health in breast cancer: A mixed-methods analysis of clinic dialogue. *Patient education and counseling*. 102(3), 436- 442. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.10.003>
- Reitan, A.M. (2017). Kreftsykepleie. I A. M. Reitan & T.K. Schjøberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient-utfordring-handling* (4. utg., s. 36). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Schjøberg, T.K. (2017). Endret kroppsbilde. I A. M. Reitan & T.K. Schjøberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient-utfordring-handling* (4. utg., s. 132-143). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Smedsland, S. K., Vandraas, K. F., Bøhn, S. K., Dahl, A. A., Kiserud, C. E., Brekke, M., Falk, R. S. & Reinertsen, K. V. (2022). Sexual activity and functioning in long-term breast cancer survivors; exploring associated factors in a nationwide survey. *Breast Cancer Research and Treatment*. 193:139- 149. <https://doi.org/10.1007/s10549-022-06544-0>
- World Health Organization (2006). *Defining Sexual Health*. Hentet fra: <https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research/key-areas-of-work/sexual-health/defining-sexual-health>

Vedlegg nummer 1

Sjekkliste nummer 1:

SJEKKLISTE FOR VURDERING AV PREVALENSSTUDIE

(Tverrsnittstudie, spørreundersøkelse, survey)

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

Kan vi stole på resultatene?

Hva forteller resultatene?

Kan resultatene være til hjelp i praksis?

Aupomerol, M., Chaltiel, D., Pautier, P., Wehrer, D., Véron, L., Degousée, L., Fasse, L., Guéroult-Accolas, L., Di Meglio, A., Scotté, F., De-Jesus, A., Vaz-Luis, I., Delalogue, S., Lambertini, M., & Pistilli, B. (2022). Breast Cancer Patients' Experience and Wishes Regarding Communication on Sexual Health: The BEROSE Study. *Cancer investigation*, 40(6), 483–493.

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på spørsmålene.

Basert på EBMH Notebook. Guidelines for evaluating prevalence studies. May 1998, Vol 1, No 2 pp 37-9. URL:

[http://www.psychiatry.ox.ac.uk/cebmh/journal/contents/1\(2\)/37-9.html](http://www.psychiatry.ox.ac.uk/cebmh/journal/contents/1(2)/37-9.html)

Cathryn Thomas, Sheila Greenfield and Yvonne Carter. Questionnaire design. Chapter 6 in "Research Methods in Primary Care" (1997) Oxford: Radcliffe Medical Press.

INNLEDENDE SPØRSMÅL

1. Er problemstillingen i studien klart formulert?	Ja X	Uklart O	Nei O
---	----------------	--------------------	-----------------

2. Er en prevalensstudie en velegnet metode for å besvare problemstillingen / spørsmålet?	Ja X	Uklart O	Nei O
--	----------------	--------------------	-----------------

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE

3. Er <u>befolkningen</u> (populasjonen) som utvalget er tatt fra, klart definert? TIPS: - Er det gitt opplysninger om befolkningsgruppen som alder, kjønn, språk, etnisk tilhørighet og sosio-økonomiske forhold? - Er det gjort rede for subgrupper i befolkningen som ikke dekkes av studien?	Ja X	Uklart O	Nei O
---	----------------	--------------------	-----------------

4. Ble <u>utvalget</u> inkludert i studien på en tilfredsstillende måte? <i>TIPS:</i> - En god studie inkluderer et utvalg som nøyaktig representerer en definert befolkningsgruppe. Dette sikres ved bruk av statistiske utvalgsmetoder og ved en vurdering av respondentenes karakteristika - Var utvalget representativt for en definert befolkningsgruppe?	Ja X	Uklart O	Nei O
--	----------------	--------------------	-----------------

5. Er det gjort rede for om <u>respondentene</u> skiller seg fra dem som ikke har respondert? <i>TIPS:</i> Ikke-respondenter er frafall i utvalget.	Ja O	Uklart X	Nei O
--	----------------	--------------------	-----------------

6. Er svarprosenten høy nok? <i>TIPS:</i> I spørreundersøkelser er det vanligvis OK med en svarprosent på >70, så lenge forfatterne viser at respondenter og ikke-respondenter har like karakteristika som befolkningen de er utvalgt fra.	Ja O	Uklart X	Nei O
---	----------------	--------------------	-----------------

<p>7. Bruker studien <u>målemetoder</u> som er pålitelige (valide) for det man ønsker å måle?</p> <p><i>TIPS:</i> Er det brukt spørreskjemaer som er valide, testet og anvendt i tidligere studier? Ble spørreskjemaet pilottestet, evt validert?</p>	<p>Ja <input checked="" type="radio"/> Uklart <input type="radio"/> Nei <input type="radio"/></p>
<p>8. Er <u>datainnsamlingen</u> standardisert?</p> <p><i>TIPS:</i> Er datainnsamlingen identisk for alle utvalgte individer? Alle avvik fra en standard kan gi skjevhet når dataene samles inn. (F.eks. intervjumetoder og personer) Sikres ved opplæring av intervjuer, veiledning, metode for å sikre data fra respondenter, spørreundersøkelsens utforming (avkryssing, Liker- skala etc) Standardiserte og valide målemetoder ved tester</p>	<p>Ja <input checked="" type="radio"/> Uklart <input type="radio"/> Nei <input type="radio"/></p>
<p>9. Er <u>dataanalysen</u> standardisert?</p> <p><i>TIPS:</i> Analysen skal kunne skille individuelle forskjeller som er reelle fra forskjeller som er tilfeldige. Se på hvordan "åpne spørsmål" er behandlet. Er analysering av data gjort av to uavhengige personer?</p>	<p>Ja <input checked="" type="radio"/> Uklart <input type="radio"/> Nei <input type="radio"/></p>

HVA FORTELLER RESULTATENE?

<p>10. Hva er resultatet i denne studien?</p> <p><i>TIPS:</i> Hva er hovedkonklusjonen? Kan du oppsummere resultatene i én setning?</p> <p>Kan resultatene skyldes tilfeldigheter? Presenterer studien resultatene med konfidensintervall for statistiske estimater? Er det oppgitt p-verdier?</p>	<p>Studien konkluderer med at brystkreftpasienter opplever bekymring rundt seksuell helse etter kreftbehandling, og mangelfull informasjon er av stor betydning for pasientenes bekymring.</p> <p>Ja, ettersom data kun er innhentet fra et brystkreftsenter, kan dette ha medført et begrenset utvalg. I tillegg var svarprosenten noe lavere enn det forfatteren ønsket.</p>
--	--

KAN RESULTATENE VÆRE TIL HJELP I MIN PRAKSIS

11. Kan resultatene overføres til praksis?	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	Uklart <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
12. Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene i andre tilgjengelige studier? <i>TIPS: Prevalensstudier gjøres for å bekrefte en eksisterende teori eller kunnskap, ikke for å lage en ny teori! Eksisterende kunnskap kommer fra kliniske og epidemiologiske studier som fokuserer på etiologi, prognose og effekt av tiltak.</i>	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	Uklart <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>

Vedlegg nummer 2

Sjekkliste nummer 2:

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Innledende vurdering
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 15.10.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten? Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Kritisk vurdering av:

Canzona, M. R., Fisher, C. L., Wright, K. B., & Ledford, C. J. W. (2019). Talking about sexual health during survivorship: understanding what shapes breast cancer survivors' willingness to communicate with providers. *Journal of Cancer Survivorship*, 13(6), 932-942. <https://doi.org/10.1007/s11764-019-00809-2>

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

Kommentar:

Hensikten med studien var å undersøke hvorvidt pasientene var villige til å snakke om seksuell helse med helsepersonell.

Formålet gikk ut på å adressere elementer som kan forstyrre pasientenes evne til å motta omsorg og oppfølging for seksuelle bekymringer. I tillegg undersøker studien om pasientenes syn på sin seksuelle helse påvirker hvorvidt de er villig til å ta opp temaet i en helsefaglig kontekst.

Problemstillingen er av relevans ettersom bakteppet for studien er at kommunikasjon om seksuell helse ofte er fraværende eller utilstrekkelig.

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Kommentar:

Forfatterne vil belyse pasientenes erfaringer i møte med helsepersonell. 305 deltakere svarte på et spørreskjema, der 40 av disse ble tatt med til videre til intervjuer. En kvantitativ og kvalitativ metode ble anvendt, men de kvalitative resultatene har en mer tungveiende funksjon videre i oppgaven ettersom pasientenes erfaringer blir analysert. Kvalitativ metode ble anvendt for å utdype og forklare de kvantitative resultatene ytterligere.

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

Kommentar:

Kvantitative data ble samlet inn og analysert, etterfulgt av en kvalitativ datainnsamling og analyse. 305 kvinner svarte på spørreskjemaer for å undersøke om det var noen sammenheng mellom alder, sykdomslengde, syn på egen seksuell helse og hvor villige de var til å snakke om seksuell helse. 40 av disse ble tatt med videre til intervjuer der pasientenes erfaringer og perspektiv blir tydeliggjort og forklart mer utdypende. Gjennomsnittlig varighet på intervjuene var 83 minutter. Forfatteren forklarer og begrunner hvorfor metoden er anvendt.

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

Kommentar:

Pasientene som deltok måtte være ferdig med primær kreftbehandling (cellegift, kirurgi eller strålebehandling) ettersom forfatterne ønsket å undersøke kommunikasjon om seksuell helse etter behandling. I tillegg måtte alle deltakerne være over 18.

Deltakere ble rekruttert igjennom støttegrupper for brystkreftpasienter ved sykehus. De 305 deltakerne som svarte på spørreskjemaer, ble også oppfordret til å skrive om en hendelse som kvinnene mente var representativt for hvordan seksuell helse hadde endret seg etter primær behandling.

The Critical Incident Technique (CIT) ble anvendt for å velge ut de 40 deltakerne som skulle tas med videre til intervjuer. Deltakerne skulle beskrive en hendelse eller opplevelse av hvordan hennes seksuelle helse hadde blitt påvirket av kreftbehandlingen. Den kvalitative fasen i studien pågikk frem til metningen av temaer var oppfylt.

Det er ikke tilstrekkelig beskrevet hvorfor deltakere valgte/ikke valgte å delta.

Forfatteren opplyser om at majoriteten av deltakerne var hvite og høyt utdannet.

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikkedeltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Kommentar:

Det ble gjennomført semistrukturerte intervjuer med en gjennomsnittlig varighet på 83 minutter.

Metoden Critical Incident Technique (CIT) ble brukt til å gjennomføre intervjuer med et utvalg på 40 deltakere som ble valgt ut av de 305 kvinnene som svarte på spørreundersøkelsen.

The constant comparative method ble brukt til å tematisk analysere intervjuene.

I spørreskjemaene opplyste flere deltakere om at de opplevde usikkerhet rundt hvem de skulle kontakte om seksuelle helseutfordringer. Dette funnet utmerket seg, og forfatterne tilføyde derfor flere spørsmål om dette i forkant av intervjuene.

Lydopptak ble gjennomført og intervjuene ble transkribert.

Forfatterne beskriver at rekruttering for den kvalitative fasen fortsatte til metning av temaer ble oppnådd. Denne prosessen skulle sørge for at tilstrekkelig data ble samlet inn til å utforske og karakterisere temaer.

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - c. analyse og hvilke funn som presenteres

- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Kommentar:

Nei det blir ikke utdypet.

Forfatterne la til flere spørsmål i forkant av intervjuene ettersom de kvantitative dataene belyste et aspekt de ikke hadde tatt med i betraktning i forkant av studien.

Forfatterne presiserer at ingen interessekonflikt foreligger.

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Kommentar:

Ja, deltakerne fikk informasjon om studien i forkant.

Det blir beskrevet at studien er i følge standarder som samsvar med USAs retningslinjer for beskyttelse av mennesker. Deltakere ga skriftlig informert samtykke for både den kvalitative og den kvantitative delen av prosjektet.

Det blir konstatert at de etiske standardene i henhold til Helsinkideklarasjonen fra 1964 ble opprettholdt.

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja – Nei – Uklart

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?

- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Kommentar:

Ja, grounded theory er benyttet som analyseverktøy. Det er gjort rede for hvordan dataanalysen ble gjennomført.

Ja, datainnsamlingen består av en kvalitativ og en kvantitativ del. Det blir gjort rede for begge fasene ved studien.

Ja, dette blir tydelig presentert.

Motstridende funn, samt funn som ansees som interessante blir gjort rede for.

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Kommentar:

Ja, det blir trukket frem andre kilder for å vurdere eller underbygge funn.

Ja, det er tilstrekkelig diskusjon både for og imot forskernes argumentasjon.

Ja, det blir poengtert.

Ja, funnene blir diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen.

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Kommentar:

Studien presenterer funn som belyser at en god pasient- pleier- relasjon ikke nødvendigvis er avgjørende for å snakke om seksuell helse. Til tross for at deltakere opplever en tillitsfull relasjon til helsepersonellet, påpekte fler av deltakerne at det var et vanskelig tema å snakke om. Dette blir ansett som et viktig funn for videre forskning, ettersom tidligere studier indikerer at en tillitsfull relasjon medfører at pasientene tematiserer seksuell helse.

Vedlegg nummer 3

Sjekkliste nummer 3:

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Innledende vurdering
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet:

15.10.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se

www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten? Send e-post til

Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Kritisk vurdering av:

Reese, J. B., Beach, M. C., Smith, K. C., Bantung, 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*. 25(10), 3199-3207.

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

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

Kommentar:

Formålet til denne studien er å undersøke pasienters og pleieres erfaringer og preferanser knyttet til kommunikasjon om brystkreft-relaterte seksuelle bekymringer. Tematikken blir begrunnet med en høy overlevelsesrate hos kvinner som blir diagnostisert med brystkreft, og at en stor andel av disse kvinnene opplever seksuelle utfordringer i etterkant av behandling. Det påpekes at mange av disse kvinnene ikke får behandling for de seksuelle utfordringene, fordi det er et tema som sjeldent blir diskutert i oppfølgingssamtaler. Hensikten med problemstillingen er å se på hvilke barrierer som forårsaker dette, samt se på hvilke ønsker pasienter og pleiere har rundt tema for å identifisere områder der intervensjonsutvikling er nødvendig.

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Kommentar:

Oppgavens formål er å undersøke pasienters og pleieres erfaringer og preferanser.

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

Kommentar:

Data ble hentet fra pasientgruppen gjennom fokusgrupper og intervjuer. Data ble hentet fra sykepleiere og brystkreftspesialister gjennom intervjuer. Dataene ble analysert separat i henhold til rammemetoden for kvalitativ analyse. 20 transkripsjoner fra 11 intervjuer med pleiere, samt fem fokusgrupper og fire intervjuer med pasienter ble analysert.

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

Kommentar:

Det er gjort rede for hvem som er valgt ut, der pasienter som hadde gjennomgått behandling og samtidig hadde seksuelle bekymringer ble rekruttert fra et kreftsentrum. Kreftspesialister og sykepleiere ble rekruttert fra fire ulike kreftsentrum. Utvalgsstrategien for deltakere blir ikke nøye beskrevet, bortsett fra hvordan rekrutteringen foregikk. I metodediskusjonen blir utvalget av deltakere diskutert, og hvordan dette kan påvirke resultatene. Karakteristika blir beskrevet for pasientene i form av etnisitet, sivilstatus, utdanningsnivå, sykdomsstadium og behandlingsmetode. Karakteristika for pleierne ble beskrevet i form av yrkestittel, kjønn, etnisitet, og antall år med yrkeserfaring.

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikkedeltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?

- Har forskerne diskutert metning av data?

Kommentar:

Settingen for datainnsamlingen er beskrevet og begrunnet, og ble gjort på kreftsenter i USA. Metodene for innsamlingen er godt beskrevet, og ble gjort gjennom semistrukturerte intervjuer og fokusgrupper. Innholdet i intervjuene kommer tydelig frem, der spørsmålene som tas opp er fremstilt. Analyse av data blir detaljert beskrevet, der rammeverk for analyse av kvalitativ metode blir brukt. Intervjuene ble notert ned og transkribert. Forfatterne diskuterer metning av dataene i metodediskusjon.

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Kommentar:

Forfatterne vurderer ikke sin egen rolle, og hvordan dette kan ha påvirket utforming av problemstilling, datainnsamling og funn som presenteres. Likevel kan det tenkes at alle forfatterne har relevant kompetanse og erfaring, da forskningsgruppene de tilhører blir presentert. Metoden for innsamling av data ble endret underveis, der kvinner som ikke hadde en partner ble intervjuet separat istedenfor i fokusgrupper, da det var vanskelig å planlegge tidspunkt for fokusgrupper hos disse deltakerne.

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Kommentar:

Alle intervjuene og samhandling med deltakere ble gjort i henhold til etiske standarder for institusjonell forskningskomité, og i henhold til Helsinkideklarasjonen fra 1964. Informert samtykke var innhentet fra alle individuelle deltakere i studien.

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja – Nei – Uklart

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Kommentar:

Dataene i denne studien er analysert separat ved bruk av rammeverket for analyse av kvalitative data. Det er gjort rede for hvordan analysen er gjennomført, og det er sammenheng mellom innsamlede data og kategorier som forfatterne har kommet frem til. Motstridende data blir presentert og diskutert.

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?

- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Kommentar:

Funnene som blir presentert blir underbygget av andre kilder, og teori som blir lagt frem innledningsvis. Funnenes troverdighet blir diskutert i metodediskusjon, der ulike deltakerfaktorer kan ha påvirket resultatene. Analysen er gjort av flere personer som er med på å styrke resultatenes troverdighet.

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Kommentar:

Forfatterne diskuterer funnene opp mot klinisk praksis, og avdekker at det er behov for tiltak som kan forbedre kommunikasjon om seksuell helse hos pasientgruppen. De foreslår innføring av praktiske guidelines rundt seksuell funksjon, til tross for at det ikke har blitt testet. Funnene viser hvordan effektiv kommunikasjon om seksuelle bekymringer kan føre til en positiv pasient-pleierrelasjon og føre til tidligere løsninger og behandlinger for problemene som oppstår.

Vedlegg nummer 4

Sjekkliste nummer 4:

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Innledende vurdering
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet:

15.10.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se

www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten? Send e-post til

Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Kritisk vurdering av:

Reese, J. B., Sorice, K., Lepore, S. J., Daly, M. B., Tulskey, J. A., Beach, M. C. (2019). Patient-clinician communication about sexual health in breast cancer: A mixed-methods analysis of clinic dialogue.

Patient education and counseling. 102(3), 436- 442.

<https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.10.003>

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

Kommentar:

Formålet med studien er å undersøke hvorvidt kommunikasjon om seksuell helse skjer ved rutinemessige oppfølgingsamtaler for pasienter med brystkreft. I tillegg var hensikten å utforske omstendighetene og innholdet i samtalene. Problemstillingens relevans underbygges med teori om hvordan seksuell helse er et utsatt område for kvinner med brystkreft. Seksuelle problemer har en tendens til å bli vedvarende, og kan føre til langvarige negative komplikasjoner for velvære, samt parforhold. Ulike kilder blir brukt for påpeke at en stor andel av pasientgruppen ikke diskuterer seksuell helse i møte med helsevesenet, til tross for at dette er noe som skal forekomme i oppfølgingen.

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Kommentar:

Studien vil belyse pasientenes erfaringer med kommunikasjon om seksuell helse ved oppfølgingsmøter etter behandling.

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

Kommentar:

67 pasienter ble tatt opptak av i forbindelse med besøk ved en klinikk for kreftpasienter. Samtalene mellom pasient og helsepersonell ble tatt opp. Deltakerne fikk mulighet til å selvrapportere seksuelle problemer etter samtalen. Metoden blir beskrevet i detalj, men grunnen til at denne metoden blir brukt er ikke diskutert.

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

Kommentar:

Det er gjort rede for hvilke deltakere som er valgt ut, der brystkreftspesialister på kreftsentre og deres pasienter ble brukt. Pasientene hadde en brystkreftdiagnose og gjennomgikk pågående behandling eller hadde gjennomgått behandling de siste 10 årene. Utvalgsstrategien blir beskrevet, der pasientene ble rekruttert gjennom klinikernes timeavtaler. Kvinner som ikke snakket godt engelsk, hadde dårlig fysisk helse eller hadde tydelige kognitive bekymringer ble ikke inkludert. Utvelgelsen blir diskutert, og årsaker til hvorfor noen ikke ønsket å delta fremkommer. Karakteristika ved utvalget blir detaljert fremstilt i en tabell, som viser til alder, etnisitet, utdanning, sykdomsstadium og behandling.

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikkedeltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?

- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Kommentar:

Settingen i denne studien var kreftsentre. Data ble samlet gjennom lydopptak fra møtene mellom pasient og kliniker. Det er ikke beskrevet noe form for metode for utførelsen av møtene, da hensikten var å kartlegge om kommunikasjon om seksuell helse oppstod naturlig.

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Kommentar:

Fortolkningen av data blir diskutert i liten grad.

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Kommentar:

Etiske forhold blir vurdert i studien, og deltakerne fikk god informasjon og beskrivelse av forskningen. Lydopptak ble ikke tatt med mindre deltakerne ga samtykke til dette. Pasientene ble ikke kontakten før klinikerens godkjente dette.

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja – Nei – Uklart

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Kommentar:

Det er ikke gjort rede for hvilken type analyse som er anvendt. Analysen av lydopptak blir beskrevet godt. Opptakene ble transkribert og kodet flere ganger av ulike personer, for å kvalitetssikre funnene mest mulig. Fortolkningen av data er tydelig, og funnene blir underbygget av tilstrekkelig data.

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Kommentar:

Funnene blir vurdert opp mot andre kilder, og blir diskutert opp mot ulike aspekter. Forfatterne belyser funnenes troverdighet, og påpeker at deltakerantallet var relativt lite. I tillegg diskuteres det at denne studien bare undersøkte kommunikasjonen i ett møte, som ikke

utelukker at kommunikasjon om seksuell helse kan ha oppstått på tidligere møter mellom pasient og kliniker. Dette viser til viktigheten av å undersøke fenomenet over lengre tid. Problemstillingen blir besvart gjennomgående i teksten og i tabeller med utsagn.

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Kommentar:

Funnene viser at kvinner som opplevde seksuelle utfordringer, ikke var mer sannsynlig til å snakke om seksuell helse i møtene deres med helsepersonell, enn kvinnene som ikke opplevde slike utfordringer. Dette tyder på at helsepersonell må starte dialogen, for å kartlegge behov for hjelp.

Forfatterne foreslår å kartlegge seksuelle utfordringer gjennom screeningverktøy, som spørreskjema for eksempel. I tillegg blir opplæring av helsepersonell sett på som en nødvendighet, for at pasientene skal kunne få tilstrekkelig informasjon.