

Seksualitet og gynekologisk kreft

Kandidatnummer: 794
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 7939
Dato: 02.01.2024



Lovisenberg
diakonale høgskole

Sammendrag	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 02.01.2024
Seksualitet og gynekologisk kreft	
<p><u>Innledning</u> Temaet for oppgaven er seksuell helse hos gynekologiske kreftpasienter. Selv om seksualitet er et synlig tema i dagens samfunn, og til tross for at det er vist å ha en direkte påvirkning på menneskers helse og livskvalitet, blir seksualitet og seksuell helse ofte nedprioritert i helse- og omsorgstjenesten. Hensikten med denne litteraturstudien er å utforske hvilke erfaringer pasienter med gynekologisk kreft og sykepleiere har når det gjelder kommunikasjon om seksuell helse?</p> <p><u>Metode</u> En generell litteraturstudie med strukturerte søk ble gjennomført i de vitenskapelige databasene CINAHL og MEDLINE. De anvendte søkeordene er basert på nøkkelbegreper fra problemstillingen, og emneord som "genital neoplasm, female" og "communication" ble inkludert i søkeprosessen. Søket ble begrenset til artikler publisert de siste 10 årene samt artikler på engelsk eller et skandinavisk språk. Det resulterte i henholdsvis 65 og 41 treff, hvorav 3 og 1 ble inkludert i studien basert på inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Artiklene ble kvalitetsvurdert.</p> <p><u>Resultat</u> Manglende kommunikasjon og informasjon om seksuell helse er et gjennomgående problem mellom pasienter og helsepersonell. Pasientene nevner barrierer som sjenanse og ubehag, mens sykepleiere nevner begrensinger som mangel på tid og kunnskap. Gynekologiske kreftpasienter ønsker økt anerkjennelse og støtte fra helsepersonell for sine seksuelle bekymringer, og forskningen understreker et betydelig behov for å integrere seksuell helse i helseomsorgen.</p> <p><u>Diskusjon</u> Flere pasienter opplever en følelse av tap og mangel på støtte etter avsluttet kreftbehandling, og mange kvier seg for å ta opp intime spørsmål med helsepersonell. Flere faktorer, deriblant sjenanse, fordommer, manglende kunnskap og tidsmangel, er vist å kunne påvirke sykepleiernes evne til å tilby samtaler om seksualitet og seksuell helse. Resultatene indikerer at det er nødvendig med opplæring og økt bevissthet om seksuell helse blant helsepersonell.</p>	

(Totalt antall ord: 278)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	2
1.2	Presentasjon av problemstilling	3
1.3	Avgrensninger og presisering av problemstilling	3
2	Bakgrunn.....	5
2.1	Seksualitet.....	5
2.2	Seksuell helse.....	5
2.3	Gynekologisk kreft.....	5
2.4	Kreftbehandling.....	6
2.5	Senkomplikasjoner etter kreftbehandling.....	6
2.6	Kommunikasjon mellom sykepleier og pasient	7
2.7	Menneske-til-menneske-forhold	7
2.8	Pasient- og brukerrettighetsloven	7
2.9	«Snakk om det!»	8
2.10	Samtaleverktøy	8
3	Metode	11
3.1	Generell litteraturstudie.....	11
3.2	Søkeprosessen og utvelgelse av artikler	11
3.3	Øvrig fag- og forskningslitteratur	14
4	Resultater	16
4.1	Presentasjon av artiklene i matrise.....	16
4.2	Syntese av resultatene.....	20
5	Diskusjon.....	21
5.1	Resultatdiskusjon.....	21
5.1.1	Pasientenes erfaringer.....	21
5.1.2	Sykepleiernes erfaringer.....	23
5.1.3	Hvordan kan sykepleier gi god og tilpasset informasjon?	26
5.2	Metodediskusjon.....	27
5.2.1	Styrker og svakheter ved metoden	27
5.2.2	Styrker og svakheter ved litteratursøk.....	27
5.2.3	Styrker og svakheter ved utvalgte artikler.....	28
6	Konklusjon.....	29
	Referanseliste	30
	Vedlegg 1	34
	Vedlegg 2	36
	Vedlegg 3	38
	Vedlegg 4	40

1 Innledning

I 2022 ble det registrert 38,265 nye krefttilfeller i Norge, hvorav 1025 tilfeller var kvinner som ble diagnostisert med gynekologisk kreft (Kreftregisteret, 2023, s. 64). Antallet kreftpasienter som overlever sin kreftsykdom øker stadig, og dagens rapporter viser til at hele 75 prosent av alle kreftpasienter overlever sin kreftsykdom i 5 år eller mer (Kreftforeningen, 2020; Larsen, 2023). For en tredjedel vil derimot livet etter kreftbehandling vise seg å bli ganske annerledes enn det livet de kjente før kreftdiagnosen (Kreftforeningen, 2020).

Seksuell helse er definert som "fysisk, psykisk, emosjonelt og sosialt velvære relatert til seksualitet" (Helsedirektoratet, 2021). Seksualitet inkluderer aspekter som seksuell orientering, glede, kjønnsidentitet, reproduksjon, erotikk og intimitet (Helsedirektoratet, 2021). Seksualitet er et grunnleggende behov som har stor betydning for menneskers livskvalitet, og angår alle mennesker uavhengig av alder og livssituasjon. Sammenhengen mellom livskvalitet og seksuell funksjon, understreker betydningen av seksuell helse som en integrert del av det å være menneske. Men når det gjelder temaer som seksuell helse og seksualitet er språket vårt begrenset. Vi har lettere for å beskrive seksuelle handlinger som samleie og onanering, men vi er dårlige på å sette ord på hvordan vi har det og hvilke følelser som er knyttet til seksuelle plager, bekymringer og utfordringer (Aars, 2021). For når sykdom, lidelser og plager inntreffer, vil ikke dette bare kunne påvirke den fysiske, sosiale og mentale helsen vår, men det vil også kunne direkte påvirke den seksuelle helsen vår. For å sikre at en betydningsfull del av menneskelig trivsel og velvære blir anerkjent og ivaretatt, er det nødvendig å være åpne for å adressere de mer sensitive delene av vår seksuelle helse (Aars, 2021).

I dagens samfunn er seksualitet et synlig tema og fremtres gjennom diverse medier som reklamer, blader, tv- og radioprogrammer samt kunst og musikk. Samtidig utgjør seksualitet en svært privat og sensitiv del av enkeltmenneskets liv. Til tross for den synligheten seksualitet har i samfunnet i dag, og til tross for at det er vist at seksualitet har en direkte innvirkning på menneskers helse og livskvalitet, er seksualitet og seksuell helse undertematisert i helse- og omsorgstjenesten. Studier har vist at det er en utfordring innen helsevesenet når det kommer til å ta opp seksuell helse med pasienter. Sykepleiere tar sjeldent initiativ til å diskutere seksuelle spørsmål med pasienter, og har en tendens til å unngå slike intime samtaler (Helland, 2015, s.862).

For at seksuell helse skal kunne vektlegges som en helsefremmende ressurs, er det en forutsetning at helsepersonell har kunnskap og bevissthet om seksuell helse i møte med

pasienter. Undersøkelser og tilbakemeldinger viser at mange helsepersonell unngår å snakke om seksuell helse med sine pasienter, til tross for at helsepersonell mener at seksualitet og seksuell helse er relevant i helse- og omsorgstilbudet. Den manglende oppmerksomheten og bevisstheten rundt seksuell helse og seksualitet i dag, kan føre til at pasienter opplever at deres seksuelle helse blir usynliggjort eller glemt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 28).

Å bli diagnostisert med gynekologisk kreft er i seg selv en alvorlig trussel. I tillegg til at denne pasientgruppen må konfronteres med den skremmende realiteten om mulig død, erfarer også mange kvinner en trussel om tap av sin kvinnelige identitet. I en litteraturstudie av Hoel et al. (2021) blir det avdekket at kvinner som har gjennomgått behandling for gynekologisk kreft opplever manglende kommunikasjon og informasjon fra helsepersonell, spesielt når det gjelder senskader og seksualitet. Mange av disse kvinnene uttrykte et sterkt ønske om mer kunnskap og informasjon om de kroppslige endringene som kan oppstå etter endt behandling, og hvordan disse endringene kan påvirke deres seksuelle og daglige liv (Hoel et al., 2021).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Min inspirasjon til å skrive om dette temaet startet da jeg var i min første sykehuspraksis. Jeg var ofte i kontakt med pasienter med gynekologisk kreft, og erfarte der hvor lite seksuell helse og seksualitet var i fokus når pasientene var inne for behandling. Jeg var med på mange innkomst- og kartleggingssamtaler der punktet som omhandler seksualitet og reproduksjon ofte sto tomt etter endt samtale. Etter endt behandling erfarte jeg også at informasjonen pasientene fikk angående seksualitet før de forlot sykehuset, ofte begrenset seg til antall uker pasientene måtte unngå samleie, og at seksuell helse og seksualitet var et tema som i liten grad ble diskutert på sykehuset. Denne erfaringen har gitt meg et inntrykk av at seksuell helse som et tema ofte blir oversett blant helsepersonell, og at sykepleiere sjeldent tar initiativet til å ta opp seksuelle temaer med pasientene. Forskningsresultater støtter oppfatningen av at seksuell helse får begrenset oppmerksomhet blant helsepersonell, og at samtaler om dette temaet ofte unngås (Hoel et al., 2021). Så selv om seksualitet som tidligere nevnt er et synlig tema i dagens samfunn, får ikke seksualitet og seksuell helse nok plass og prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten (Helland, 2015, s.862).

Med denne oppgaven ønsker jeg derfor å utforske hvilke utfordringer pasienter med gynekologisk kreft og sykepleiere erfarer når det gjelder kommunikasjon om seksuell helse.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Hvilke utfordringer erfarer pasienter med gynekologisk kreft og sykepleiere når det gjelder kommunikasjon om seksuell helse?

1.3 Avgrensninger og presisering av problemstilling

Oppgaven retter seg mot kvinner som gjennomgår behandling for gynekologisk kreft, og som følgelig er i risiko for å møte på seksuelle utfordringer. Jeg har valgt å avgrense oppgaven til kvinner som er diagnostisert med gynekologisk kreft for første gang. Dette på bakgrunn av det potensielle behovet for informasjon og veiledning denne pasientgruppen står ovenfor. Ettersom gynekologisk kreft rammer kvinner i alle aldersgrupper, har jeg valgt å inkludere en åpen aldersgruppe som spenner fra 18 år og opp (Kreftregisteret, 2023, s. 14).

Seksuell aktivitet kan kategoriseres etter formål, slik som reproduksjon eller nytelse. Samtaler om sex involverer ofte emner som abort, kjønnsykdommer, sikker sex, kjønnsidentitet og seksuell tiltrekning (Aars, 2021). Men ved sykdom kan samtalen om sex involvere tunge og vanskelige temaer. Seksuell dysfunksjon er en vanlig følge av ulike sykdommer, og både medisiner, fysiske og psykiske lidelser kan påvirke den seksuelle helsen. I seksuell helse inkluderer oppgaven de fysiske og psykiske utfordringene gynekologiske kreftpasienter kan oppleve etter kreftbehandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 44-47).

Moderne behandlingsmetoder for gynekologisk kreft inkluderer kirurgi, strålebehandling og cellegift. Behandlingsplanleggingen tar hensyn til pasientens tilstand, krefttype og stadier, og behandlingene kan brukes alene eller i kombinasjon (Oslo Universitetssykehus, u.å.). Oppgaven utforsker seksuelle utfordringer knyttet til gynekologisk kreft, uavhengig av behandlingstype. Dette på bakgrunn av at de inkluderte forskningsartiklene indikerer at kvinner kan stå overfor lignende seksuelle utfordringer uavhengig av om de har gjennomgått kirurgi, strålebehandling eller cellegift (Helsenorge, 2021). Det kommer frem at flere kvinner som har gjennomgått behandling for gynekologisk kreft deler lignende ønsker og behov når det gjelder kommunikasjon om seksuell helse. Dette indikerer en felles forståelse blant kreftpasientene når det kommer til de spesifikke utfordringene de møter innen seksuell helse. Selv om en sykdom har en rent fysiologisk årsak, kan den gi opphav til psykiske og sosiale utfordringer (Helland, 2015, s.867). I denne oppgaven blir både de fysiologiske og psykologiske aspektene av seksuell helse inkludert, det vil si både de fysiske, psykiske og emosjonelle påkjenningene gynekologisk kreft vil kunne ha på pasientenes seksuelle helse (Helsedirektoratet, 2021). Selv om seksualitet også involverer

partnerskap, blir partnernes behov utelatt i denne oppgaven. Jeg vil derfor ikke gå nærmere inn på de sosiale aspektene relatert til seksualitet og seksuell helse. Fertilitet, en sentral del av kvinners seksualitet, vil kunne påvirkes av gynekologisk kreft (Kreftforeningen, 2023b). På grunn av oppgavens omfang velger jeg derimot å ikke utforske dette temaet videre.

Konteksten er satt til gynekologisk sengepost, da det ifølge Kreftforeningen (2023d) er anbefalt å gi pasientene informasjon før de forlater sykehuset. På sengepost jobber sykepleiere tett på pasientene, og sengepost er derfor en optimal mulighet til å implementere helsefremmende tiltak (Kreftforeningen, 2023d).

2 Bakgrunn

2.1 Seksualitet

Seksualitet er et bredt begrep som i en oversatt og noe modifisert versjon defineres av Verdens helseorganisasjon som:

En kjernedimensjon ved det å være menneske, som inkluderer seksuelle handlinger, kjønnsroller, kjønnsidentitet, seksuell orientering, erotikk, intimitet, nærhet, bekreftelse, kjærlighet og reproduksjon. Seksualitet oppleves eller uttrykkes i tanker, fantasier, lengsler, ønsker, tro, holdninger, verdier, aktiviteter, handlinger, roller og forhold, og er en kilde til glede og selvrealisering så vel som til helseutfordringer og vanskeligheter som rammer både kvinner og menn. (Helland., 2015, s.862).

2.2 Seksuell helse

Seksualitetens kompleksitet reflekteres også i måten seksuell helse defineres på av Verdens helseorganisasjon:

Seksuell helse er en tilstand av fysisk, følelsesmessig, psykisk og sosialt velbefinnende i forbindelse med seksualitet: ikke kun fravær av sykdom, funksjonssvikt eller manglende helse. Seksuell helse forutsetter en positiv og respektfull tilnærming til seksualitet og seksuelle relasjoner, så vel som muligheten til å ha nytelsesfulle og trygge erfaringer, frie for tvang, diskriminering og vold. For å oppnå og opprettholde seksuell helse må alle menneskers seksuelle rettigheter respekteres, beskyttes og oppfylles. (Helland., 2015, s.863).

2.3 Gynekologisk kreft

Gynekologisk kreft omfatter alle kreftformer som oppstår i kvinners reproduktive organer. De vanligste typene gynekologisk kreft inkluderer livmorhalskreft, eggstokkreft og livmorkreft. Mindre vanlige former av gynekologisk kreft inkluderer kreft i skjeden og kreft i ytre kjønnslepper. Hver gynekologisk kreftform er unik med ulike symptomer, risikofaktorer og ulike forebyggingsstrategier. Alle kvinner er i risiko for gynekologisk kreft og denne risikoen øker med alderen (Norsk Helseinformatikk, 2021).

2.4 Kreftbehandling

Moderne behandlingsmetoder for gynekologisk kreft inkluderer kirurgi, strålebehandling og cellegift. Behandlingsplanleggingen tar hensyn til pasientens tilstand, krefttype og stadier, og behandlingene kan brukes alene eller i kombinasjon (Oslo Universitetssykehus, u.å..).

Kirurgisk behandling innebærer fjerning av kreftsvulsten gjennom kirurgi. Bruken av åpen kirurgi eller kikkhullskirurgi avhenger av svulstens lokalisering. Det kan være aktuelt med kombinasjons- eller tilleggsbehandling ut ifra krefttypen og omfanget av sykdommen. Dette innebærer cellegift og/eller strålebehandling før kirurgi for å redusere svulstens størrelse. For enkelte kan det også være aktuelt med cellegift og/eller strålebehandling etter kirurgi for å redusere risikoen for tilbakefall (Kreftforeningen, 2023c).

Rundt halvparten av alle kreftpasienter gjennomgår stråleterapi som en del av sin behandling. Strålebehandling bruker høyenergiske røntgenstråler for å endre kreftcellenes arvemateriale, enten ved at de dør eller ved at de slutter å dele seg. Målet med stråleterapi er å administrere en stråledose som spesifikt retter seg mot kreftcellene, samtidig som at en prøver å begrense skade på friskt vev (Kreftforeningen, 2023e).

Cellegift, også kjent som cytostatika eller kjemoterapi, er en type kreftbehandling som er utformet for å svekke og eliminere kreftceller. Det finnes ulike varianter av cellegift, men felles er at de alle har en hemmende effekt på celledelingen i kroppen. Cellegiften transporteres gjennom blodet til kreftsvulsten, hvor den absorberes og medfører at celledelingen i kreftcellene enten stoppes eller reduseres, og kreftcellene dør (Kreftforeningen, 2023a).

2.5 Senkomplikasjoner etter kreftbehandling

Da gynekologisk kreft og behandlingen av den direkte påvirker de kvinnelige kjønnsorganene, er de kanskje de mest vanlige kreftformene som forårsaker seksuell dysfunksjon hos kvinner. Den estimerte forekomsten av seksuell dysfunksjon hos pasienter med gynekologisk kreft ligger på 65%. Rapporterte problemer inkluderer redusert sexlyst, dyspareuni, tørre slimhinner, gjentatte vaginale infeksjoner, vanskeligheter med seksuell opphisselse, avslutning av all seksuell aktivitet og følelser av å miste sin kvinnelighet. Hyppigheten av seksuelle problemer hos kvinner med gynekologisk kreft kan også forbindes med det faktumet at sykdommen har en negativ innvirkning på kvinnelig identitet og truer pasientenes oppfatning av sin egen seksualitet. Både selve kreften, men også kreftbehandlingene kan forårsake psykiske problemer som depresjon, angst, søvnproblemer, seksuell dysfunksjon, redusert selvfølelse og redusert livskvalitet. Mens seksuell dysfunksjon

knyttet til kjemoterapi og strålebehandling vanligvis løses etter avsluttet behandling, kan anatomiske problemer knyttet til kirurgi ha en langvarig innvirkning på pasientens seksualitet. Kirurgiske prosedyrer fører ofte til tørre slimhinner, problemer med samleie, smerter, redusert selvbilde og selvfølelse, opphisselsesforstyrrelser og orgasmevansker som følge av kutt eller skade på nerver (Anuk, 2022, s. 209).

2.6 Kommunikasjon mellom sykepleier og pasient

Kommunikasjon kan betraktes som både en handling og som en prosess. Som en handling involverer kommunikasjon fysisk og mental aktivitet fra både avsenderen og mottakeren. Samtidig er kommunikasjon en prosess der deltakerne kan dele meninger, følelser og tanker. Essensielt for kommunikasjon er tilstedeværelsen av en avsender og en mottaker, samt et budskap. Før en deler meningsfull informasjon, er det avgjørende å sikre at informasjonen ikke vil bli avvist, ignorert, nedprioritert eller latterliggjort. Dette understreker betydningen av å ha en tillitsfull og trygg forbindelse. For sykepleieren er kommunikasjon et verktøy en kan bruke for å motta og gi informasjon, mens kommunikasjon for pasienten ofte er et verktøy for å søke hjelp (Travelbee, 2018/1999, s. 136-137).

2.7 Menneske-til-menneske-forhold

Både verbalt og gjennom taushet foregår det kontinuerlig kommunikasjon mellom sykepleieren og pasienten. Pasienten kommuniserer med sykepleieren gjennom holdninger, atferd, ansiktsuttrykk, utseende og manerer, og sykepleieren kommuniserer med pasienten på tilsvarende vis. All interaksjon med pasienten legger et grunnlag for sykepleieren til å bli kjent med pasienten, slik at en videre kan vurdere og ivareta deres behov. Slik kan sykepleieren etablere et menneske-til-menneske-forhold med et formål om å oppnå sykepleiens mål og hensikt. Om sykepleiens mål og hensikt oppnås avhenger av sykepleierens atferd og holdninger i møte med pasienten. Som sykepleier er det viktig å være bevisst på når det foregår kommunikasjon og hva pasienten prøver å kommunisere. Dette for å kunne bruke denne informasjonen til å planlegge sykepleieintervensjoner, og for å vurdere og evaluere måloppnåelse av sykepleien i de ulike interaksjonene. Sykepleieren spiller en avgjørende rolle i etableringen og opprettholdelsen av et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 2018/1999, s. 135-136).

2.8 Pasient- og brukerrettighetsloven

Pasient- og brukerrettighetsloven er en viktig juridisk ramme i Norge som gir pasienter og brukere en rekke rettigheter når de mottar tjenester fra helse- og omsorgstjenesten. Loven har flere overordnede mål for å sørge for likeverdig tilgang til tjenester av høy kvalitet til hele

befolkningen. Formålet med pasient- og brukerrettighetsloven er å respektere pasienters og brukeres liv, menneskeverd og integritet. Loven har som mål å bygge tillitsforhold mellom pasienter og brukere og helse- og omsorgstjenesten, samt fremme sosial trygghet. Pasienter og brukeres rett til medvirkning og rett til informasjon er en sentral og viktig del av pasient- og brukerrettighetsloven. Loven slår fast at en pasient eller bruker skal ha tilgang på den informasjonen som er nødvendig for å forstå sin egen helsetilstand, hva helsehjelpen de får innebærer og mulige risikoer og bivirkninger knyttet til behandlingen. Informasjonen de mottar skal tilpasses den enkelte pasient eller brukers evne til å motta og forstå informasjonen. Informasjonen skal formidles på en hensynsfull måte som forsikrer seg at pasienten eller brukeren har forstått innholdet i informasjonen og hva informasjonen betyr for vedkommendes situasjon. Dette bidrar til å sikre at pasienter og brukere tar informerte beslutninger om sin egen helsebehandling, og at de blir respektert som deltakere i denne beslutningsprosessen. Denne loven legger et grunnlag for helsepersonell til å danne et tillitsfullt forhold med pasienter og brukere, og styrker den enkeltes verdighet og rettigheter i møte med helse- og omsorgstjenesten (Bahus, 2023).

2.9 «Snakk om det!»

Tidligere har Norge hatt to separate strategier som har fokusert på to av de viktigste aspektene innen seksuell helse, hiv-feltet og uønskede svangerskap og abort. Sammenslåingen av disse to aspektene har resultert i en strategi "Snakk om det" av Helse- og omsorgsdepartementet (2017). Denne strategien har resultert i en tydeligere betydning av seksuell helse i Norge, og har bidratt til å danne et grunnlag for en helhetlig innsats for å styrke arbeidet rundt befolkningens seksuelle helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 7). Strategien tar for seg hele landets befolkning, inkludert alle som jobber i helse- og omsorgstjenesten. Strategien ser på seksuell helse som en helsefremmende ressurs, der den enkeltes mulighet til å ivareta sin egen seksuelle helse blir knyttet til livskvalitet og generell helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 7-9). Strategien viser til et økt behov for kunnskap og bevissthet rundt temaet, da helsepersonell til tider glemmer at seksuell helse kan være en ressurs for pasienter (Langhelle et al., 2021).

2.10 Samtaleverktøy

Det er utviklet flere modeller designet for å bedre kommunikasjonen om seksualitet i helsevesenet. En av de mest anerkjente modellene er PLISSIT-modellen, utviklet av Jack Annon i 1979 (Blikstad et al., 2020). PLISSIT-modellen er et samtaleverktøy utviklet for å hjelpe helsepersonell med å strukturere og initiere samtaler om seksuell helse med pasienter.

Modellen er delt inn i fire trinn, og alle som arbeider med pasienter burde kunne håndtere de to nederste trinnene av modellen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 26). Det første trinnet, P for *permission* (tillatelse), er avgjørende for å gi pasienten tillatelse til å diskutere temaet. Gjennom det første trinnet anerkjenner helsepersonell seksualitet og seksuell helse som viktige samtaleemner i behandlingen og oppfølgingen, og flere pasienter opplever å få hjelp allerede på det første trinnet. Det andre trinnet, LI for *limited information* (begrenset informasjon), går ut på å gi pasienten konkret og tilpasset informasjon. Måloppnåelsen ved dette trinnet avhenger av at helsepersonellet har grunnleggende kunnskap om temaet (Langhelle et al., 2021). De to første trinnene av PLISSIT-modellen utfordrer helsepersonellet til å planlegge hvordan de best kan formulere en samtale, og hvilken informasjon som er aktuell å dele med den enkelte pasienten. Flere problemer kan løses ved hjelp av de to første trinnene, men flere pasienter kan samtidig ha behov for mer omfattende hjelp. Trinn 3 og 4 i PLISSIT-modellen krever en grundigere kartlegging av pasientens seksuelle helse. Disse trinnene er SS for *specific suggestion* (spesifikke råd) som handler om å tilpasse konkrete råd basert på faglig kunnskap, og IT for *intensive therapy* (intensiv terapi) som tar for seg mer komplekse problemstillinger rundt seksuell helse, slik som kjønnsidentitet og overgrep (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 26).

En av de nyere samtaleverktøyene er BETTER-modellen. Modellen ble utviklet i 2004 av kreftsykepleierne JoAnn Mick, Mary Hughes og Marlene Cohen, og baseres på individuelle behov og fremmer en helhetlig tilnærming med vekt på livskvalitet. BETTER-modellen har en enkel struktur, og representerer;

- Bring up the topic.
- Explain that sex is a part of life.
- Tell patients that resources are available to address their concerns.
- Timing of interventions.
- Educate patients on sexual adverse effects of treatment.
- Record all assessments and interventions in the medical record. (Blikstad et al., 2020).

Det første steget i modellen bygger på viktigheten av at helsepersonell tar initiativ til samtale om temaet. Det andre steget handler om å normalisere temaet, og fortelle pasientene at det er naturlig å oppleve seksuelle bivirkninger og utfordringer etter sykdom og behandling. Neste steg handler om å kartlegge pasientens ressurser, og eventuell støtte fra en partner, familie eller venner. Det fjerde steget handler om "timing". Det er viktig å være bevisst på når og hvordan en tar opp temaet med pasienten. Femte steg understreker at helsepersonellet har et felles ansvar over pasienten, og at pasienten har rett til informasjon i henhold til pasient- og

brukerrettighetsloven. Det siste steget i BETTER-modellen understreker viktigheten av at pasientens informasjon journalføres i samsvar med helsepersonelloven, og at informasjonen inneholder relevante og nødvendige opplysninger om pasienten (Blikstad et al., 2020).

3 Metode

I dette kapittelet blir oppgavens metode presentert. Videre presenteres søkeprosessen og utvelgelsen av artikler, inkludert en forklaring av inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Til slutt presenteres øvrig fag- og forskningslitteratur som er brukt i oppgaven.

3.1 Generell litteraturstudie

Metoden for denne oppgaven er en generell litteraturstudie. En generell litteraturstudie er en grundig syntese og analyse av tidligere publisert forskning som er relevant for en spesifikk problemstilling. Målet med en slik studie er å systematisk analysere og oppsummere eksisterende vitenskapelige studier for å få en samlet forståelse av det valgte temaet. En litteraturstudie resulterer dermed ikke i ny kunnskap, men gjennom sammenlikning av forskning fra ulike kilder kan man avdekke nye aspekter og perspektiver på temaet. Denne metoden blir ofte brukt i akademiske oppgaver på bachelor- og masternivåer innen sykepleie og andre helserelaterte fagområder (Popenoe et al., 2021, s. 175).

3.2 Søkeprosessen og utvelgelse av artikler

Forskningsartiklene som er presentert og anvendt i denne oppgaven ble funnet gjennom søk i databasene CINAHL og MEDLINE. I løpet av søkeprosessen ble det klart at CINAHL var den databasen som ga de mest relevante forskningsartiklene fra søkene jeg gjennomførte. Både CINAHL og MEDLINE er anerkjente databaser som dekker tidsskrifter innen sykepleie, og er databaser som er brukt mye gjennom studiet (Helsebiblioteket, u.å.b; Helsebiblioteket, u.å.c). Det var viktig for meg å inkludere minst én forskningsartikkel fra Norge i denne oppgaven, dette for å kunne undersøke om pasientgruppen opplever de samme utfordringene i Norge som det er blitt dokumentert i de andre landene jeg har hentet forskning fra. Gitt at helsevesenets struktur kan variere mellom land, var det avgjørende å undersøke dette aspektet. Ved å inkludere en norsk artikkel kunne jeg dermed få en mer helhetlig forståelse av problemstillingen, og opprettholde overførbarheten ved å sikre at resultatene var relevante for norske forhold. Jeg fant derimot ingen norske forskningsartikler på søket i CINAHL, og valgte derfor å gjennomføre et tilsvarende søk i MEDLINE, hvor jeg fant en artikkel jeg ønsket å inkludere.

Målet med søkeprosessen var å finne artikler og forskning som kunne bidra til å svare på problemstillingen. De områdene jeg ønsket å undersøke involverte utfordringer gynekologiske pasienter og sykepleiere erfarer knyttet til kommunikasjon om seksuell helse. Jeg brukte søkeordene genital neoplasm, sexuality, sexual dysfunction, sexual health, discussing, counseling, communication, nurse practice, improving care, og kombinerte disse

med AND og OR for å spesifisere og avgrense søket. To forskningsartikler som fokuserer på sykepleiernes perspektiver og to som tar for seg pasientenes perspektiver ble inkludert i studien. Denne tilnærmingen ble ansett som nødvendig for å gi en helhetlig forståelse av temaet, og for å best kunne besvare oppgavens problemstilling. Jeg valgte å ekskludere artikler fra ikke-vestlige land, da jeg ønsket å sikre en overførbarhet fra forskningen i land som Norge kunne sammenligne seg med. Dermed inkluderte jeg kun artikler fra Europa, Nord-Amerika og Australia/New Zealand. Jeg valgte å inkludere fire kvalitative forskningsartikler. Ved å inkludere studier med kvalitativ tilnærming får jeg en innsikt i både sykepleiernes og pasientenes opplevelser og erfaringer. Ved å kun inkludere et begrenset antall deltakere får man dybdekunnskap og en helhetlig forståelse av opplevelser og synspunkter slik det oppleves av de berørte (Grønmo, 2023).

Tabell 1: Søkehistorikk og utvalg av artikler

Database og dato for søk	CINAHL, 11.11.2023
Søkeord og kombinasjoner	(MH "Genital Neoplasm, Female+") AND (Sexuality) OR (MH "Sexual Dysfunction, Female+") OR (sexual health) AND (Discussing) OR (Counseling) OR (MH "Communication") OR (Nurse Practice) OR (Improving Care)
Avgrensinger i søket	Språk: engelsk Publisert: siste 10 årene (2013-2023)
Antall treff totalt	65
Antall gjennomleste titler	65
Antall gjennomleste abstrakt	11
Antall gjennomleste fulltekstartikler	7
Antall artikler som kan inkluderes basert på inklusjons- og eksklusjonskriterier	4
Inkludert artikkel nummer 1	Vermeer, W. M., Bakker, R. M., Stiggelbout, A. M., Creutzberg, C. L., Kenter, G. G. & ter Kuile, M. M. (2014). Psychosexual support for gynecological cancer survivors: professionals' current practices and need for assistance. <i>Support Care Cancer</i> , 23(3), 831-839. https://doi.org/10.1007/s00520-014-2433-7
Inkludert artikkel nummer 2	Williams, N. F., Hauck, Y. L. & Bosco, A. M. (2017). Nurses' perceptions of providing psychosexual care for women experiencing gynaecological cancer. <i>European Journal of Oncology Nursing</i> , 30, 35-42. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2017.07.006

Inkludert artikkel nummer 3	Powlesland, C., MacGregor, F. & Swainston, K. (2023). Women's experiences of information, education and support when undergoing pelvic radiotherapy for gynaecological cancer: An exploratory qualitative study. <i>Radiography</i> , 29(1), 70-75. https://doi.org/10.1016/j.radi.2022.10.004
-----------------------------	--

Tabell 2: Søkehistorikk og utvalg av artikler

Database og dato for søk	MEDLINE, 11.11.2023
Søkeord og kombinasjoner	(Genital Neoplasm) AND (Sexuality) OR (Sexual Dysfunction) OR (Sexual health) AND (Discussing) OR (Counseling) OR (Communication) OR (Nurse Practice) OR (Improving Care)
Avgrensinger i søket	Språk: engelsk Publisert: siste 10 årene (2013-2023)
Antall treff totalt	41
Antall gjennomleste titler	41
Antall gjennomleste abstrakt	7
Antall gjennomleste fulltekstartikler	5
Antall artikler som kan inkluderes basert på inklusjons- og eksklusjonskriterier	3
Inkludert artikkel nummer 1	Sekse, R. J. T., Råheim, M. & Gjengedal, E. (2015). Shyness and Openness - Common Ground for Dialogue Between Health Personnel and Women About Sexual and Intimate Issues After Gynecological Cancer. <i>Health Care for Women International</i> , 36(11), 1255-1269. https://doi.org/10.1080/07399332.2014.989436

Jeg tok utgangspunkt i inklusjons- og eksklusjonskriteriene for å velge ut relevante artikler og forskning som best svarte på problemstillingen. Jeg begrenset utvalget til kvinner med gynekologisk kreft, da fokuset mitt var å undersøke hvordan pasientgruppen opplever kommunikasjon om seksuelle utfordringer med sykepleiere. Artikler som omhandler sykdom som ikke påvirker seksualorgan eller seksuell helse hos palliative pasienter ble ekskludert. Jeg valgte utelukkende kvalitative artikler da jeg ønsket å få innsikt i kommunikasjonens betydning. Ved å inkludere artikler med en kvalitativ tilnærming kunne jeg dermed få dybdekunnskap i sykepleiernes og pasientenes opplevelser og erfaringer (Popenoe et al., 2021, s. 180). Både helsepersonellet og pasientenes erfaring ble inkludert da jeg ønsket å utforske begge perspektivene i denne oppgaven. Jeg valgte å inkludere artikler publisert de siste 10 årene for å sikre oppdatert forskning på temaet. Engelsk eller skandinavisk språk ble

valgt for å ytterligere begrense søket. Jeg begrenset forskningen til å omhandle kvinner over 18 år ettersom det meste av tilgjengelig forskning ikke inkluderer kvinner under 18 år. Videre ekskluderte jeg artikler fra ikke-vestlige land, da jeg ønsket å sikre en overførbarhet fra forskningen i land som Norge kunne sammenligne seg med. Dermed inkluderte jeg kun artikler fra Europa, Nord-Amerika og Australia/New Zealand. Jeg inkluderte alle moderne behandlingsmetoder da flere forskningsartikler indikerer at kvinner kan stå overfor lignende seksuelle utfordringer uavhengig av behandlingsmetode (Helsedirektoratet, 2021).

Tabell 3: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Kvinner med gynekologisk kreft	
Pasienter med utfordringer relatert til seksuell helse	Utfordringer som ikke påvirker seksualorgan og palliative pasienter
Kvalitativ metode	
Helsepersonells eller pasientenes erfaringer	Partnernes erfaringer
Publiseringsår 2013-2023	Artikler eldre enn 10 år
Engelsk, norsk, svensk eller dansk språk	Andre språk
Pasienter eldre enn 18 år	Pasienter yngre enn 18 år
Forskning fra vestlige land	
Alle moderne behandlingsmetoder	

3.3 Øvrig fag- og forskningslitteratur

For å besvare problemstillingen har jeg, i tillegg til de utvalgte forskningsartiklene, inkludert annen relevant faglitteratur, fagartikler og forskrifter. I oppgaven har jeg anvendt ulike lærebøker som har vært en del av pensum gjennom sykepleierutdanningen. Boken "Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie" har vært kjernelitteratur i flere tidligere emner. Helland (2015) sitt kapittel i denne boken har fungert som en hovedkilde for teori om seksuell helse og seksualitet. Boken om Joyce Travelbee (2018/1999) sin teori om mellommenneskelige forhold i sykepleie har også blitt anvendt for å belyse hvordan forholdet mellom sykepleieren og pasienten kan påvirke den behandlingen som gis. Videre har Helse- og omsorgsdepartementet (2017) sin rapport om seksuell helse i Norge vært mye benyttet, da den betraktes som relevant og aktuell. Flere artikler fra sykepleien.no og CINAHL, samt andre relevante rapporter og nettsider, har også blitt inkludert i oppgaven. "A practical guide

to data analysis in general literature reviews" (Popenoe et al., 2021) har fungert som hovedkilden for metodelitteraturen. Helse- og omsorgsdepartementets strategi fra 2017, samt artiklene av Langhelle et al. (2021) og Blikstad et al. (2020) fra sykepleien.no, gir en grundig innføring i de anvendte modellene PLISSIT-modellen og BETTER-modellen. For å få oppdaterte tall rundt gynekologisk kreft har jeg benyttet statistikk fra Kreftregisteret (2023). I tillegg har jeg trukket inn relevante aspekter fra pasient- og brukerrettighetsloven for å understreke det juridiske perspektivet rundt problemstillingen.

4 Resultater

I dette kapittelet vil de fire inkluderte forskningsartiklene presenteres gjennom en artikkelmatrise. I tabell 4 presenteres artiklenes hensikt, metode og funn. Følgende presenteres hovedfunnene fra artiklene i en syntese.

4.1 Presentasjon av artiklene i matrise

Tabell 4: Artikkelmatrise

Forfatter, årstall, land	Tittel	Hensikt	Design/metode	Funn	Kvalitetsvurdering med sjekklister
Vermeer et al., (2014) Nederland	Psychosexual support for gynecological cancer survivors: professionals' current practices and need for assistance.	Målet med studien var å evaluere nåværende psykoseksuell støtte pasienter mottar fra helsepersonell, identifisere hvilke barrierer som hindrer slik støtte samt kartlegge behovet for opplæring og assistanse innen dette temaet.	<p>Design: Semistrukturerte intervjuer ble utført med 10 gynekologiske onkologer, 10 stråleonkologer og 10 sykepleiere involvert i behandling av gynekologisk kreft.</p> <p>Datasamling: Det ble gjennomført ansikt-til-ansikt-intervjuer med 22 av deltakerne, av praktiske årsaker ble de øvrige åtte deltakerne intervjuet på telefon. Alle intervjuene ble tatt opp på lydfil og transkribert ordrett.</p>	Flertallet av deltakerne rapporterte at de tok opp seksualitet minst én gang med hver pasient. En viktig grunn til å ta opp seksuell helse mente de var å forsikre pasienter om at det er normalt å oppleve seksuelle bekymringer og gi dem en mulighet til å diskutere eventuelle seksuelle problemer. Barrierer som hindrer helsepersonell i å gi psykoseksuell støtte inkluderte oppfatningen av at temaet var ubehagelig og at de hadde mangel på tid. Forslag som kom frem for tilrettelegging av psykoseksuell støtte var ferdighetstrening, økt tilgjengelighet av pasientinformasjon og generell integrering av psykoseksuell støtte i omsorgen for gynekologiske kreftpasienter. PLISSIT-modellen trekkes frem som et kommunikasjonsverktøy sykepleiere kan støtte seg på i samtale om seksuell helse og seksualitet med pasienter.	7/8 poeng. Vedlegg 1

<p>Sekse et al., (2015) Norge</p>	<p>Shyness and Openness - Common Ground for Dialogue Between Health Personnel and Women About Sexual and Intimate Issues After Gynecological Cancer.</p>	<p>Målet med studien var å undersøke sjenanse og åpenhet knyttet til seksualitet og intimitet blant langtidsoverlevende av gynekologisk kreft. Studien utforsket også hvordan disse kvinnene opplevde dialogen med helsepersonell angående disse spørsmålene.</p>	<p>Design: 32 intervjuer ble gjennomført med 16 deltakere fra desember 2005 til oktober 2007. Det første intervjuet fant sted rett før den endelige kontrollen i et 5-årig oppfølgingsprogram, og det andre omtrent et år senere da kvinnene var ferdig med programmet og hadde blitt erklært friske.</p> <p>Datasamling: Intervjuene ble tatt opp på en mini-disc og transkribert ordrett. Når de første intervjuene var fullført, ble alle de 16 historiene lest parallelt på jakt etter felles temaer. Den samme analyseprosedyren ble fulgt for den andre runden med intervjuer.</p>	<p>Gynekologisk kreft hadde ført til dype kroppslige endringer i kvinnenens liv med konsekvenser for deres seksuelle liv og intimitet. Kvinnene uttrykte et stort behov for informasjon og for forståelse for egen endret kropp. Studien viser til at personer med en krefthistorie ønsker en helhetlig tilnærming fra helsepersonell. Utdannede sykepleiere, samt annet helsepersonell, burde tilby alternative oppfølgingsstrategier der kvinnenens livskvalitet og deres behov står i sentrum for dialogen.</p>	<p>8/8 poeng. Vedlegg 2</p>
-----------------------------------	--	---	--	--	-----------------------------

<p>Williams et al., (2017) Australia</p>	<p>Nurses' perceptions of providing psychosexual care for women experiencing gynecological cancer.</p>	<p>Målet med studien var å undersøke australske sykepleieres vurdering av tilbudet av psykoseksuell omsorg kvinner under gynekologisk kreftbehandling får, samt evaluere dette i forhold til internasjonale standarder.</p>	<p>Design: Semistrukturerte intervjuer ble gjennomført med sytten sykepleiere ved et sykehus i Vest-Australia. Studien bruker et kvalitativt beskrivende design for å utforske sykepleierens perspektiver på psykoseksuell omsorg, samt identifisere faktorer som påvirker tilbudet av psykoseksuell omsorg til pasienter med gynekologisk kreft.</p> <p>Datasamling: Intervjuene ble tatt opp og transkribert ordrett. Alle deltakerne ble intervjuet over 5 måneder fra februar til juli 2015.</p>	<p>Studien identifiserte fem temaer som påvirker tilbudet av psykoseksuell omsorg. Disse inkluderte sykepleierens forsøk på å unngå å snakke om temaet, ulike psykoseksuelle behov hos kvinner, påvirkningen av sykepleierens personlig og profesjonelle erfaringer og verdier, systemiske faktorer innen helsetjenesten, samt samfunnets påvirkning på holdninger innen rundt seksualitet. Sykepleierne hadde varierte synspunkter når det gjaldt om disse faktorene hadde en positivt eller negativ innvirkning på samtalen som kreves for å gi denne omsorgen.</p>	<p>8/8 poeng. Vedlegg 3</p>
--	--	---	--	---	-----------------------------

<p>Powlesland et al., (2023) England</p>	<p>Women's experiences of information, education and support when undergoing pelvic radiotherapy for gynecological cancer: An exploratory qualitative study.</p>	<p>Målet med studien var å evaluere den støtten, informasjonen og opplæringen kvinner får etter gjennomgått bekkenstrålingbehandling, samt vurdere i hvilken grad deres behov dekkes.</p>	<p>Design: Semistrukturerte intervjuer ble gjennomført med fem pasienter ved et sykehus i Nord-England. Studien bruker et kvalitativt design for å utforske støtten, informasjonen og opplæringen som tilbys til kvinner etter bekkenstrålebehandling for gynekologisk kreft. Studien evaluerte også om denne støtten, informasjonen og opplæringen var tilstrekkelig for å møte kvinnenes behov.</p> <p>Datasamling: Intervjuene ble utført via telefon av en ansatt på sykehuset som var kjent for alle deltakerne, da vedkommende hadde vært en del av helseteamet under deres kreftbehandling. Intervjuene ble tatt opp og transkribert.</p>	<p>Hovedfunnet i denne studien er den utbredte følelsen av ensomhet pasienter opplever etter endt kreftbehandling. Deltakerne beskrev et ønske om økt informasjon, opplæring og støtte etter at behandlingen var fullført og de gikk over til oppfølging. De erkjente at helsepersonellet som var ansvarlige for de var oppmerksomme på deres medisinske behov, men de ønsket tilgang til praktisk og psykologisk støtte som kunne hjelpe dem med å håndtere livet etter kreftbehandling.</p>	<p>8/8 poeng. Vedlegg 4</p>
--	--	---	--	---	-----------------------------

4.2 Syntese av resultatene

Forskningsartiklene belyser de fysiske og psykiske behovene gynekologiske kreftpasienter har etter avsluttet kreftbehandling. Det avsløres at mangel på tilstrekkelig kommunikasjon og informasjon knyttet til seksuell helse ofte er en felles oppfatning mellom pasientene og helsepersonellet. Barrierene sykepleiere opplever ved samtale om seksuell helse inkluderer blant annet mangel på tid, faglige og personlige verdier og at seksuell helse er et ubehagelig tema. For å sikre god livskvalitet for pasientene er det nødvendig å diskutere både de fysiske og psykiske aspektene av seksuell helse, men studiene viser til at helsepersonell oftere fokuserte på selve sykdommen, behandlingen og overlevelse fremfor seksualitet. De fleste kreftoverlevende opplever utilstrekkelig kommunikasjon, og hadde derfor verdsatt en anerkjennelse fra helsepersonell om deres bekymringer og utfordringer. Kvinnene delte en følelse av ydmykelse ved mangel på tilstrekkelig informasjon om behandlingen og dens påvirkning på deres seksuelle liv. De beskrev en opplevelse av ensomhet i møte med egne intime tanker og utfordringer. Betydningen av empati og støtte fra helsepersonell trekkes fram i forbindelse med å skape en trygg og åpen dialog om seksuell helse.

5 Diskusjon

I dette kapittelet vil resultatene i de fire inkluderte forskningsartiklene kritisk vurderes opp mot annen faglitteratur, lovverk, modeller og etikk. Dette for å kunne svare på problemstillingen "Hvilke utfordringer erfarer pasienter med gynekologisk kreft og sykepleiere når det gjelder kommunikasjon om seksuell helse?". Videre i metodediskusjonen vil styrker og svakheter ved litteraturstudien, søkeprosessen samt de utvalgte artiklene diskuteres.

5.1 Resultatdiskusjon

5.1.1 Pasientenes erfaringer

To av forskningsartiklene inkludert i studien omhandler pasientenes erfaringer ved kommunikasjon om seksualitet med helsepersonell. Pasientene i studien til Powlesland et al. (2023, s. 73) uttrykte å se frem til å avslutte kreftbehandlingen, men at denne gleden raskt ble erstattet av en følelse av uro og angst. Dette skyldtes at den trygge følelsen av å daglig ha et velkjent helsepersonellteam tilgjengelig forsvant, og de følte seg etterlatt uten støtte. Overgangen fra aktiv behandling til oppfølging etterlot pasientene med en følelse av tap (Powlesland et al., 2023, s. 73). Kvinnene i studien til Sekse et al. (2015, s. 1261) uttrykte en felles opplevelse av å føle seg alene i prosessen med å håndtere endringene knyttet til seksualitet og intimitet. Kvinnene avslørte historier om skyhet og mangel på kommunikasjon om bivirkninger med helsepersonellet. Tilsvarende resultater kommer frem i en studie av Abbott-Anderson & Kwekkeboom (2012, s. 478) hvor pasientene også uttrykte en betydelig påkjenning av de brå behandlingsrelaterte endringene de opplevde, uten tilstrekkelig informasjon om hvordan de kunne tilpasse seg disse forandringene.

Behandling av gynekologisk kreft er som tidligere nevnt knyttet til både fysiske og psykiske bivirkninger (McCallum et al., 2012, s. 135). De fysiske seksuelle bivirkningene en kan få fra behandling av gynekologisk kreft er godt dokumentert, hvor endringer i kroppsfunksjoner, tap av seksuelle organer, endringer i skjeden og dyspareuni er mye omtalt. Både selve kreftdiagnosen, men også kreftbehandlingen kan også forårsake psykiske bivirkninger som depresjon, angst, søvnproblemer, seksuell dysfunksjon, redusert selvfølelse og redusert livskvalitet (Anuk, 2022, s. 209). Likevel er de psykiske seksuelle bivirkningene av gynekologisk kreft ikke like godt dokumentert, enda gynekologisk kreft og behandlingen av den er vist å kunne resultere i sorg, angst og depresjon (Abbott-Anderson & Kwekkeboom, 2012, s. 477-478). Dette er kritisk da den seksuelle funksjonen er vist å ha stor betydning for menneskers livskvalitet (Aars, 2021).

Studier av McCallum et al. (2014, s. 302) og Reis et al. (2010, s. 144) bekrefter begge tidligere resultater om at psykiske utfordringer utgjør de mest udekte behovene kvinner opplever etter behandling, hvor psykiske utfordringer anses som det området av livskvalitet som påvirkes mest. Blant pasientene i studien til McCallum et al. (2012, s. 137), var de mest rapporterte psykoseksuelle utfordringene frykt for forlatelse, endringer i seksuelt selvilde og sorg. Pasientene i en studie av Abbott-Anderson & Kwekkeboom (2012, s. 486) trekker også frem bekymringer knyttet til redusert seksuell lyst og angst relatert til seksuell prestasjon. For mange av kvinnene var det uaktuelt å ta initiativ til dialog om seksuelle spørsmål med helsepersonell. På den andre siden uttrykte kvinnene i ettertid at de hadde et sterkt, men usagt behov for dialog om intime spørsmål og at de ønsket at helsepersonell hadde startet disse samtalene (Sekse et al., 2015, s. 1262). Kvinnene hadde en opplevelse av at helsepersonell berørte temaet først når et fysisk problem oppstod under en gynekologisk undersøkelse. Samtidig ønsket pasientene at diskusjoner om seksuell helse skulle skje separat fra medisinske problemer, da de følte at det å snakke om intimitet etter å ha diskutert andre medisinske problemer, særlig når de allerede var opprørte, ikke følte riktig (Sekse et al., 2015, s. 1262; Powlesland et al., 2023, s.73). Overlevende av gynekologisk kreft uttrykte negative tanker og følelser knyttet til seksuell aktivitet, der frykt og angst for smerte og selvbebreidelse var de mest dominerende. Disse resultatene understreker viktigheten av å se på de psykoseksuelle bivirkningene på lik linje med de fysiske bivirkningene av gynekologisk kreft, da det kommer frem i studiene at pasienter også opplever betydelige psykoseksuelle bivirkninger (Powlesland et al., 2023, s.73).

Pasient- og brukerrettighetsloven slår fast at en pasient eller bruker skal ha tilgang på den informasjonen som er nødvendig for å forstå sin egen helsetilstand, hva helsehjelpen de får innebærer og mulige risikoer og bivirkninger knyttet til behandlingen (Bahus, 2023). Som tidligere nevnt i kapittel 2 påvirker gynekologisk kreft og behandlingen av den kvinnelige kjønnsorganene, og den estimerte forekomsten av seksuell dysfunksjon hos pasienter med gynekologisk kreft ligger på 65% (Anuk, 2022, s. 209). Kvinner uttrykte derimot å ikke ha tilstrekkelig informasjon om de kroppslige endringene og bivirkningene de opplevde etter gynekologisk kreftbehandling, og var samtidig for sjenerte til å ta opp problemet med helsepersonell. Kvinnene delte ydmykelsen de følte ved å ikke ha fått betydelig informasjon om behandlingen og dens innvirkning på seksuallivet deres, og beskriver en opplevelse av å være alene med egne intime tanker og utfordringer (Sekse et al., 2015, s. 1261). En studie av Galica et al. (2022, s. 1764-1776) understreker tidligere resultater om at kvinner lengter etter mer informasjon om hvordan de kan tilpasse seg livet etter gynekologisk kreft. De ønsket å få

vite hvilke kroppslige endringer de kan forvente etter kreftbehandlingen, i tillegg hadde de et ønske om veiledning om håndteringen av de kreft- og/eller behandlingsrelaterte bivirkningene de står ovenfor. Kvinnene i studien til McCallum et al. (2012, s. 138) uttrykker på lik linje et behov for grundigere og mer tilgjengelig informasjon. Resultatene strider mot pasient- og brukerrettighetsloven som sier at pasienten skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger (Bahus, 2023). Dette er kritisk ettersom pasient- og brukerrettighetsloven har som mål å sikre pasienten nødvendig og forsvarlig helse- og omsorgstjenester (Bahus, 2023).

Resultatene fra de ulike studiene belyser pasientenes utfordringer knyttet til kommunikasjon om seksualitet med helsepersonell. Det kommer frem at pasientene opplever en følelse av tap og mangel på støtte etter avsluttet kreftbehandling, og mange kvier seg for å ta opp intime spørsmål med helsepersonell. Psykiske utfordringer etter behandling, som frykt, endringer i seksuelt selvilde og sorg, tydeliggjøres som like betydningsfulle som fysiske bivirkninger. Pasientenes opplevelser understreker et behov for mer informasjon om kroppslige endringer og tilpasning etter gynekologisk kreftbehandling, og bekrefter viktigheten av å integrere seksuell helse som en sentral del av helhetlig omsorg og livskvalitet (Bahus, 2023; Langhelle et al., 2021).

5.1.2 Sykepleiernes erfaringer

De to andre forskningsartiklene inkludert i studien omhandler sykepleiernes erfaringer ved kommunikasjon om seksualitet med pasienter. Studier viser at nesten alle helsepersonell som er involvert i omsorgen av kvinner diagnostisert med gynekologisk kreft, mener at seksuelle spørsmål burde diskuteres med pasientene. Samtidig er det kun mellom 21% og 49% som faktisk gjør det (Vermeer, 2014, s. 832). Disse tallene understreker nødvendigheten av å utforske årsakene til at seksuell helse ikke blir tilstrekkelig adressert i helse- og omsorgstjenesten.

Før en deler sensitiv informasjon er det vanlig å forsikre seg at informasjonen en formidler ikke vil bli avvist, ignorert, nedprioritert eller latterliggjort. Dette understreker betydningen av at sykepleiere opprettholder en tillitsfull og trygg relasjon med pasientene. For sykepleieren er kommunikasjon et verdifullt verktøy som kan benyttes for å motta og formidle informasjon til pasienten (Travelbee, 2018/1999, s. 136-137). Dessverre viser flere studier, både internasjonalt og nasjonalt, at det er manglende kommunikasjon om seksuell helse fra helsepersonell (Langhelle et al, 2021). Selv om pasienter ofte kan føle på ubehag når

de snakker om intime temaer som seksuell helse, viser en studie av Langhelle et al. (2021) at pasientene likevel ønsker at temaet skal bli tatt opp. Til tross for at mange mener at seksuelt relaterte problemer burde integreres i behandlingen og oppfølgingen fra helsepersonell, gir helsepersonell begrenset oppmerksomhet til temaet. Forskning indikerer at manglende samtaler om seksuell helse fra helsepersonell sin side ofte skyldes sjenanse rundt temaet, fordommer, mangel på kunnskap og erfaring, og mangel på tid og ressurser (Langhelle et al., 2021; Oskay et al., 2014, s. 7322).

All interaksjon med pasienten legger et grunnlag for sykepleieren til å bli kjent med pasienten, slik at sykepleiere videre kan vurdere og ivareta deres behov. Slik kan sykepleieren etablere et menneske-til-menneske-forhold med et formål om å oppnå sykepleiens mål og hensikt (Travelbee, 2018/1999, s. 135-136). Flertallet av helsepersonellet i studien til Vermeer et al. (2014, s. 836) rapporterte at de initierte til samtaler om seksualitet, men beskrev samtidig seksualitet som et tabuemne. Mange hadde vanskeligheter med å snakke om seksualitet da de følte seg ukomfortable. Deltakerne i en studie av Saunamaki & Engström (2013, s. 536) beskrev også seksualitet som et sensitivt tema, og de fleste sykepleierne brukte ordet "tabu" da de beskrev hvorfor seksuelle spørsmål ikke ble nevnt. På grunn av disse følelsene ønsket ikke sykepleierne å snakke om seksualitet verken med pasienter eller kolleger. Sykepleierne ønsket ikke å invadere pasientenes privatliv, og flere hadde en tankegang om at pasientene ville føle seg ukomfortable, og de ønsket derfor å spare dem denne følelsen. Hvis seksualitet først kom opp ble samtalen kort (Saunamaki & Engström, 2013, s. 536). Det å snakke om seksuell helse ble betraktet som å krysse normative barrierer om hva som skal diskuteres i kreftklinikken. Noen ganger følte sykepleiere seg forpliktet til å berøre seksuell helse som et tema med pasienter, men gjorde det raskt og kort. Derfor ga ikke sykepleierne pasientene mye mulighet til å reflektere, beskrive og stille spørsmål om seksuell helse, da sykepleiere ofte har makten til å styre samtalene (Annerstedt & Glasdam, 2019, s. 3559-3560).

I studien til Vermeer et al. (2014, s.836) kommer det frem at fagpersonene, både før og etter behandling, fokuserte mer på sykdommen, behandlingen og overlevelse fremfor seksualitet. Dette førte til en bekymring blant fagpersonene for å legge for mye press på pasientene ved å adressere seksualitet for mye. Sykepleierne forklarte at de ofte formidlet mye informasjon til pasientene der de prioriterte det mest nødvendige, hvor informasjon og diskusjon om seksuell helse ofte ble nedtonet. De uttrykte at det målbare ofte ble ansett som viktigere, hvor målinger som blodprøver og kroppstemperatur hadde høy prioritet. Kreft ble også assosiert med fysisk svakhet som tretthet, noe som skapte en oppfatning om at det

generelt var irrelevant å ta opp samtaler om seksualitet og seksuell helse med pasientgruppen (Annerstedt & Glasdam, 2019, s. 3559-3560). Ifølge sykepleierne i studien til Annerstedt & Glasdam (2019, s. 3559) kommer det frem at det eksisterer en usynlig agenda i kreftklinikken som ga den fysiske kroppens behov førsteprioritet foran den mentale og sosiale. Seksuell helse ble av sykepleiere mindre prioritert sammenlignet med andre fysiske symptomer. Sykepleierne var klare over at pasientene kunne oppleve problemer relatert til seksuell helse, men det var andre tilstander og bivirkninger som ble ansett som mer kritiske i kreftklinikken enn seksuell helse. Eksempelvis ble ileus ansett som livstruende, mens redusert seksuell lyst eller seksuelle helseproblemer ikke ble betraktet som like alvorlige (Annerstedt & Glasdam, 2019, s. 3559). Dette er kritisk da det er vist at seksualitet har en direkte påvirkning på menneskers helse og livskvalitet (Aars, 2021).

I strategiplanen "Snakk om det!" legges det klare retningslinjer som pålegger helsepersonell å bidra til å fremme seksuell helse, kunnskap og åpenhet med pasienter (Langhelle et al., 2021). I studien til Williams et al. (2017, s.39) kommer det derimot frem at faktorer knyttet til ferdigheter og kunnskap er med på å påvirke sykepleiernes arbeid. De som uttrykte å ha en lengre sykepleiererfaring opplevde dette som positivt for selvtilliten. Men for sykepleierne med mindre erfaring, var det å ikke ha alle svarene et konsept som mange knyttet til en følelse av å være uforberedt på å håndtere kvinnenens bekymringer og spørsmål. Dette førte videre til at mange av sykepleierne unngikk å diskutere temaet med pasientene (Williams et al., 2017, s.39). Flere sykepleiere i studien til Saunamaki & Engström (2013, s. 535) støtter opplevelsen av at de manglet tilstrekkelig kunnskap om hvordan sykdom kunne påvirke pasientenes seksualitet, eller at de ikke hadde fått tilstrekkelig opplæring. Disse faktorene skapte usikkerhet og førte til at de unngikk temaene, selv om de ga uttrykk for at de ønsket å ta opp seksualitet med pasientene. Over en tredjedel av sykepleierne i studien til Vermeer et al. (2014, s. 836-837) uttrykte at de ville verdsatt mer opplæring og/eller utdanning i å håndtere sensitive temaer som seksualitet med pasientene sine. De ønsket å få mer kunnskap om seksuelle dysfunksjoner etter kreft for å bedre kunne informere pasientene. De ønsket også mer tilgjengelig informasjon for pasientene sine, og mente denne informasjonen burde dekke mulige bivirkninger av behandlingen, opplyse at det er vanlig å oppleve seksuelle bekymringer og presentere strategier for å håndtere de seksuelle utfordringene (Vermeer et al., 2014, s. 836-837).

Resultatene fra de ulike studiene indikerer at selv om helsepersonell mener at seksuelle spørsmål bør diskuteres med pasientene, er det kun et fåtall som gjennomfører disse samtaler. Manglende kommunikasjon om seksuell helse fra helsepersonell sin side skyldes

ofte sjenanse, fordommer, manglende kunnskap og tidsmangel. En usynlig agenda i kreftklinikker gir prioritet til fysiske behov fremfor mentale og sosiale, der seksuell helse ofte nedprioriteres. Resultatene indikerer at det er nødvendig med opplæring og økt bevissthet om seksuell helse blant helsepersonell. Til tross for retningslinjer som "Snakk om det!", har vi fortsatt et langt stykke igjen før vi når helse- og omsorgsdepartementets mål om å snakke om seksuell helse i alle deler av helse- og omsorgstjenesten (Langhelle et al., 2021).

5.1.3 Hvordan kan sykepleier gi god og tilpasset informasjon?

Selv om retningslinjer og praksisstandarder for gynekologisk kreft er tilgjengelige, gir de begrenset veiledning om psykososial omsorg etter behandling for helsepersonell og kreftoverlevende. Å samle informasjon om kreftoverlevende sine psykoseksuelle behov vil være nyttig for å veilede kliniske diskusjoner om hvordan man best kan forberede pasienter for overgangen ved behandlingsslutt. Denne informasjonen kan også være nyttig for å videreutvikle støttetiltak etter behandlingen (Galica et al., 2022, s. 1762).

Seksualitet og seksuelle praksiser tilhører den mest intime delen av livet vårt. Det er ikke noe vi deler med hvem som helst, og det kan være utfordrende å diskutere både privat og i møte med helse- og omsorgstjenesten. Profesjonaliteten til helsepersonell i slike samtaler er derfor kritisk for å sikre effektiv kommunikasjon. En bevisst og reflektert tilnærming til egne holdninger og erfaringer er nødvendig for å kunne best imøtekomme pasienter i diskusjoner om seksualitet og seksuell helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 27).

Strategiplanen "Snakk om det!" fra Helse- og omsorgsdepartementet introduserer en modell, PLISSIT-modellen, som illustrerer hvordan helsepersonell kan delta i samtaler om seksuell helse med den enkelte pasienten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 26). I studien til Vermeer et al. (2014, s. 837) trekkes PLISSIT-modellen frem som et kommunikasjonsverktøy sykepleiere kan støtte seg på i samtale om seksuell helse og seksualitet med pasienter. Intervjuene i studien antyder at de fleste fagpersonene, i kommunikasjon med pasientene, anvender de to nederste trinnene av PLISSIT-modellen (s. 837). Ved hjelp av PLISSIT-modellen kan sykepleiere initiere samtaler og gi pasientene spesifikk informasjon om endringer og mulige bivirkninger relatert til kreftsykdommen og behandlingen. Forskning indikerer at det ligger mye håp og støtte i at helsepersonell oppfordrer til dialog ved å stille åpne spørsmål til pasientene. På denne måten gjør helsepersonell seg tilgjengelige for pasienten og deres unike behov (Langhelle et al., 2021).

5.2 Metodediskusjon

5.2.1 Styrker og svakheter ved metoden

Metoden for denne oppgaven er en generell litteraturstudie, hvor formålet er å utforske hvilke utfordringer pasienter med gynekologisk kreft og sykepleiere erfarer når det gjelder kommunikasjon om seksuell helse. Ettersom problemstillingen tar for seg erfaringer, har det vært hensiktsmessig å basere oppgaven på eksisterende studier for å samle resultater og besvare problemstillingen (Popenoe et al., 2021, s. 180). Litteraturstudien involverer strukturerte søk slik at søket enkelt kan gjenskapes (Popenoe et al., 2021, s. 175). Denne metoden krever en del ferdigheter og jeg erfarte at enkelte databaser var mer utfordrende å navigere enn andre, og min begrensede erfaring med strukturerte søk kan derfor være en svakhet ved metoden. Videre er ordrammen begrenset til 9000 ord. Dette kan ha vært med på å begrense muligheten til å utforske områder rundt problemstillingen som kunne vært diskutert ytterligere dersom det var flere ord til rådighet.

5.2.2 Styrker og svakheter ved litteratursøk

I tråd med retningslinjene for denne oppgaven har jeg brukt databasene CINAHL og MEDLINE. Bruken av disse databasene styrker oppgaven da de begge er anerkjente tidsskrifter innen sykepleie (Helsebiblioteket, u.å.b; Helsebiblioteket, u.å.c). På den andre siden er det et mangfold av andre databaser som er relevante innen sykepleieforskning (Helsebiblioteket, u.å.a). En svakhet ved oppgaven kan derfor være at jeg kan ha oversett annen relevant forskning som potensielt kunne bidratt til å styrke problemstillingen ytterligere. Søket som ble utført i CINAHL ga opprinnelig et treff på fire forskningsartikler som alle utfylte inklusjons- og eksklusjonskriteriene, og det ble først ikke ansett som nødvendig å utføre flere søk. Søket ga derimot ingen treff på artikler som inneholdt norsk forskning, og jeg besluttet derfor å utføre et videre søk i MEDLINE da jeg hadde et ønske om å inkludere en norsk artikkel i oppgaven. Denne beslutningen kan ha styrket oppgaven da det sikret at forskningen fra de andre landene hadde en relevans, og kunne overføres til klinisk praksis i Norge. Samtidig kan det målrettede søket etter en norsk artikkel ha resultert i at andre relevante resultater ble oversett, og dermed være en svakhet i oppgaven. Det ble benyttet flere søkeord under søkeprosessen, slik som beskrevet i kapittel 3.2. Litteratursøket og utvelgelsen av artiklene er gjort godt rede for i kapittel 3.2, og jeg anser derfor at søkeprosessen har resultert i god og relevant forskning. Samtidig er det alltid en mulighet for at et mer omfattende søk eller et søk med andre søkeord kunne resultert i artikler som bedre kunne besvart problemstillingen.

5.2.3 Styrker og svakheter ved utvalgte artikler

En svakhet i oppgaven er at flere av forskningsartiklene involverer annet helsepersonell i tillegg til sykepleiere, slik som kreftleger og kreftsykepleiere. Artiklene tar derfor ikke kun for seg sykepleiernes erfaringer, men inkluderer et mangfold av faggrupper. Da hensikten med oppgaven var å utforske sykepleiernes perspektiver, vil dette være en svakhet ved oppgaven da det ikke gir et rent sykepleiefaglig perspektiv. Dersom en hadde utført et søk som kun identifiserte forskning som belyser sykepleiers erfaringer, ville dette kunne styrket oppgaven betydelig. Artiklene som er inkludert i denne oppgaven er hentet fra ulike land, med bidrag fra Nederland, Australia, England og Norge. Selv om dette kan betraktes som en svakhet ved oppgaven, ettersom tre av fire artikler kommer fra land utenfor Skandinavia, anser jeg likevel at det kan være med på å styrke oppgaven. Resultatene fra artiklene samsvarer med resultatene fra den norske artikkelen, og viser at problemstillingen er relevant flere steder i verden. Dette gir artiklene en overføringsverdi til norsk praksis da de blir ansett som verdifulle bidrag til oppgaven.

I litteraturstudien har jeg valgt å benytte meg av forskningsartikler med en kvalitativ tilnærming, da jeg anser bruken av kvalitative studier som hensiktsmessig i henhold til problemstillingen. Målet med kvalitativ forskning er å undersøke meninger og erfaringer som ikke kan tallfestes eller måles (Dalland, 2020, s. 54-55). Da oppgaven tar for seg pasienter og sykepleieres erfaringer, vurderer jeg bruken av kvalitative studier som en styrke i min litteraturstudie, da intervjuer eller spørreskjemabaserte studier er mest hensiktsmessige å bruke når formålet er å undersøke erfaringer og oppfatninger (Popenoe et al., 2021, s. 180). En svakhet ved en kvalitativ tilnærming er at forskningen ofte utføres med få deltakere, og at resultatene ikke kan generaliseres slik som i kvantitative studier (Dalland, 2020, s. 54). Deltakernes individuelle erfaringer baserer seg på pasientenes subjektive oppfatning, og kan derfor ikke antas å gjelde alle gynekologiske kreftpasienter. Derimot kan funnene bidra til å få en bedre forståelse av hvordan pasientgruppen og helsepersonell samhandler (Dalland, 2017, s. 52). Artikkelen av Sekse et al. (2015) har en annen kontekst enn det problemstillingen tar for seg. Den fokuserer på gynekologisk poliklinikk ved et universitetssykehus i Norge, kontra gynekologisk sengepost som problemstillingen tar for seg. Imidlertid samsvarer resultatene fra denne artikkelen med funnene fra de andre artiklene. Ettersom hovedfokuset i problemstillingen var sykepleiernes og pasientenes erfaringer, vurderte jeg at konteksten ikke hadde stor betydning i denne oppgaven. Resultatene var sammenlignbare med de andre studiene, og jeg valgte derfor å inkludere artikkelen.

6 Konklusjon

Hensikten med denne bacheloroppgaven har vært å belyse hvilke utfordringer pasienter med gynekologisk kreft og sykepleiere erfarer når det gjelder kommunikasjon om seksuell helse.

Erfaringene til gynekologiske kreftpasienter ved samtaler om seksualitet med helsepersonell etter kreftbehandling, avdekker en utfordrende overgang fra aktiv behandling til oppfølging. Flere pasienter opplever en følelse av tap og mangel på støtte etter avsluttet kreftbehandling, og mange kvier seg for å ta opp intime spørsmål med helsepersonell. Studier antyder at selv om helsepersonell mener at seksuelle spørsmål bør diskuteres med pasientene, er det kun et fåtall som gjennomfører disse samtaler. Flere faktorer, deriblant sjenanse, fordommer, manglende kunnskap og tidsmangel, er vist å kunne påvirke sykepleiernes evne til å tilby samtaler om seksualitet og seksuell helse. Resultatene tyder på et stort behov for at sykepleiere har en bevisst og reflektert tilnærming til egne holdninger og erfaringer for å best kunne imøtekomme pasientene i diskusjoner om seksualitet og seksuell helse. Resultatene indikerer også at det er nødvendig med opplæring og økt bevissthet om seksuell helse blant helsepersonell. Ved bruk av modeller som PLISSIT-modellen kan sykepleiere enklere innlede samtaler og gi pasientene spesifikk informasjon om endringer og mulige bivirkninger knyttet til kreftsykdommen og behandlingen. Forskning indikerer at det ligger mye håp og støtte i at helsepersonell oppmuntrer til dialog ved å stille åpne spørsmål til pasientene, og dermed gjør seg tilgjengelige for pasienten og deres unike behov.

Videre ser vi at denne problemstillingen har vedvart over flere år. Manglende kunnskap, negative holdninger og usikkerhet synes å være hovedårsakene til det betydelige gapet mellom behovet og tilbudet som sikrer god seksuell helse. Ved å forbedre kunnskapsnivået om denne pasientgruppen allerede i utdanningen, kan det bidra til sikre at sykepleierne har den nødvendige kompetansen og mestringsevnen til å håndtere dagens og morgendagens pasientsituasjoner.

Referanseliste

Aars, H. (2021). Hva er seksuell helse? *Sykepleien*, Artikkel e83165.

<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2021.83165>

Abbott-Anderson, K. & Kwekkeboom, K. L. (2012). A systematic review of sexual concerns reported by gynecological cancer survivors. *Gynecologic Oncology*, 124(3), 477-489.

<https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2011.11.030>

Annerstedt, C. F., & Glasdam, S. (2019). Nurses' attitudes towards support for and communication about sexual health - A qualitative study from the perspectives of oncological nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 28(19-20), 3556-3566.

<https://doi.org/10.1111/jocn.14949>

Anuk, D. (2022). The Effect of Body Image Concerns, Anxiety, and Depression on Sexual Problems in Gynecological Cancer Patients. *Turkish Journal of Oncology*, 37(2), 208-213.

<https://doi.org/10.5505/tjo.2022.3541>

Bahus, M. K. (2023, 23. januar). *Pasient- og brukerrettighetsloven*. Store Norske Leksikon.

Hentet 3. november 2023 fra [https://snl.no/pasient- og brukerrettighetsloven#-Rett til informasjon](https://snl.no/pasient-og-brukerrettighetsloven#-Rett-til-informasjon)

Blikstad, A., Falch-Koslung, L. & Tschudi- Madsen, C. (2020). Samtaleverktøyet BETTER kan gjøre det lettere å snakke om seksualitet. *Sykepleien*, Artikkel e81922.

<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.81922>

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6. utg.). Gyldendal Akademisk.

Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving*. (7. utg.). Gyldendal Akademisk.

Galica, J., Saunders, S., Romkey-Sinasac, C., Silvia, A., Ethier, J.-L., Giroux, J., Jull, J., Maheu, C., Ross-White, A., Stark, D. & Robb, K. (2022). The needs of gynecological cancer survivors at the end of primary treatment: A scoping review and proposed model to guide clinical discussions. *Patient Education and Counseling*, 105(7), 1761-1782.

<https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.11.020>

Grønmo, S. (2023, 16. januar). *Kvalitativ metode*. Store Norske Leksikon. Hentet 28.

november 2023 fra [https://snl.no/kvalitativ metode](https://snl.no/kvalitativ-metode)

Helland, Y. (2015). Seksualitet. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (s. 861-882). Cappelen Damm Akademisk.

Helsebiblioteket. (u.å.a). *Databaser*. Hentet 21. desember 2023 fra

<https://www.helsebiblioteket.no/liste?tema=databaser&dokumenttype=databaser&ct=link&path=/helsebiblioteket/innhold>

Helsebiblioteket. (u.å.b). *CINAHL*. Hentet 16. november 2023 fra

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/lenker/databaser/cinahl>

Helsebiblioteket. (u.å.c). *MEDLINE (Ebscohost)*. Hentet 16. november 2023 fra

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/lenker/databaser/medline-ebcohost>

Helsedirektoratet. (2021). *Seksuell helse* (Sektorrapport om folkehelse 2021). <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/sektorrapport-om-folkehelse/sunne-valg/seksuell-helse>

Helsenorge. (2021, 29. april). *Kreft og seksualitet*. Hentet 4. desember 2023 fra <https://www.helsenorge.no/sex-og-samliv/kreft-og-seksualitet/>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022). Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf

Hoel, V., Leite, M. & Grønvik, C. K. U. (2021). Sykepleiere må kunne snakke om seksuell helse etter gynekologisk kreft. *Sykepleien*, Artikkel e83455. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2021.83455>

Kreftforeningen. (2023a, 13. november). *Cellegift*. Hentet 18. desember 2023 fra <https://kreftforeningen.no/om-kreft/behandling/cellegift/>

Kreftforeningen. (2020, 21. februar). *Fokus på senskader*. Hentet 1. november 2023 fra <https://kreftforeningen.no/vart-arbeid/fokus-pa-senskader/>.

Kreftforeningen. (2023b, 11. august). *Fertilitet ved kreftsykdom*. Hentet 8. november 2023 fra <https://kreftforeningen.no/om-kreft/senskader-voksne/fertilitet/>

Kreftforeningen. (2023c, 13. juli). *Kirurgi*. Hentet 18. desember 2023 fra <https://kreftforeningen.no/om-kreft/behandling/kirurgi/>

Kreftforeningen. (2023d, 5. juli). *Livmorhalskreft*. Hentet 30. november 2023 fra <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/livmorhalskreft/#h-etter-behandling>

Kreftforeningen. (2023e, 16. november). *Strålebehandling*. Hentet 18. desember 2023 fra <https://kreftforeningen.no/om-kreft/behandling/stralebehandling/>

Kreftregisteret. (2023). *Resultater og forbedringstiltak fra Nasjonalt kvalitetsregister for gynekologisk kreft*. (Årsrapport 2022). <https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/2023-06/Årsrapport%202022%20Nasjonalt%20kvalitetsregister%20for%20gynekologisk%20kreft.pdf>

Langhelle, T. H., Paulsen, A., Fredly, K. & Sekse, R. J. T. (2021). Sykepleiere kan hjelpe pasientene til bedre seksuell helse. *Sykepleien*, Artikkel e83207. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2021.83207>

Larsen, I. K. (2023). *Kreft i Norge*. (Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge). Folkehelseinstituttet <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/ikke-smittsomme/kreft/?term=>

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

McCallum, M., Jolicoeur, L., Lefebvre, M., Babchishin, L. K., Robert-Chauret, S., Le, T. & Lebel, S. (2014). Supportive Care Needs After Gynecologic Cancer: Where Does Sexual Health Fit in? *Oncology Nursing Forum*, 41(3), 297-306. <https://www.doi.org/10.1188/14.ONF.297-306>

Norsk Helseinformatikk. (2021, 3. februar). *Generelt om underlivskreft*. Hentet 19. desember 2023 fra <https://nhi.no/sykdommer/kvinne/diverse/generelt-om-underlivskreft>

Oskay, U., Can, G. & Basgol, S. (2014). Discussing sexuality with cancer patients: Oncology Nurses attitudes and views. *Asian Pasific Journal of Cancer Prevention*, 15(17), 7321- 7326, <https://doi.org/10.7314/APJCP.2014.15.17.7321>

Oslo Universitetssykehus. (u.å.). *Livmorkreft*. <https://www.oslo-universitetssykehus.no/behandlinger/livmorkreft/>

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>

Powlesland, C., MacGregor, F. & Swainston, K. (2023). Women's experiences of information, education and support when undergoing pelvic radiotherapy for gynaecological cancer: An exploratory qualitative study. *Radiography*, 29(1), 70-75. <https://doi.org/10.1016/j.radi.2022.10.004>

Reis, N., Beji, N. K., & Coskun, A. (2010). Quality of life and sexual functioning in gynecological cancer patients: Results from quantitative and qualitative data. *European Journal of Oncology Nursing*, 14(2), 137-146. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2009.09.004>

Saunamäki, N., & Engström, M. (2013). Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: Responsibilities, doubts and fears. *Journal of Clinical Nursing*, 23(3–4), 531–540. <https://doi.org/10.1111/jocn.12155>

Sekse, R. J. T., Råheim, M. & Gjengedal, E. (2015). Shyness and Openness—Common Ground for Dialogue Between Health Personnel and Women About Sexual and Intimate Issues After Gynecological Cancer. *Health Care for Women International*, 36(11), 1255-1269. <https://doi.org/10.1080/07399332.2014.989436>

Travelbee, J. (2018). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (K. M. Thorbjørnsen, Overs.). Gyldendal Akademisk. (Opprinnelig utgitt 1999).

Vermeer, W. M., Bakker, R. M, Stiggelbout, A. M., Creutzberg, C. L., Kenter, G. G. & ter Kuile, M. M. (2014). Psychosexual support for gynecological cancer survivors: professionals' current practices and need for assistance. *Support Care Cancer*, 23(3), 831-839. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2433-7>

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

Vedlegg 1

Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

Vermeer, W. M., Bakker, R. M, Stiggelbout, A. M., Creutzberg, C. L., Kenter, G. G. & ter Kuile, M. M. (2014). Psychosexual support for gynecological cancer survivors: professionals' current practices and need for assistance. <i>Support Care Cancer</i> , 23(3), 831-839. https://doi.org/10.1007/s00520-014-2433-7		JA	NEI	UKLART
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?	X		
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? Kommentar: Dette er en kvalitativ studie som bruker semistrukturerte intervjuer for å innhente kunnskap innenfor temaet. Bruken av en semistrukturert tilnærming gjør at en kan utforske deltakernes perspektiver, og gir rom for at deltakerne får utdype sine synspunkter.	X		
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? Kommentar: I denne kvalitative studien ble de semistrukturerte intervjuene gjennomført med helsepersonell som er involvert i omsorgen for kvinner med gynekologisk kreft. En gruppe på 30 fagpersoner ble inkludert for å representere alle de ni gynekologiske kreftsentrene som er involvert i omsorgen av kvinner med gynekologisk kreft i Nederland.	X		
4.	Er etiske hensyn ivaretatt og dokumentert på en god måte i studien?			X
5.	Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis? Kommentar: Utvalgsstrategien er hensiktsmessig i forhold til problemstillingen ettersom studien har inkludert et bredt utvalg av helsepersonell som alle er involvert i omsorgen for kvinner med gynekologisk kreft. Deltagerne i studien er rekruttert fra de ni sykehusene i Nederland som behandler kvinner med gynekologisk kreft.	X		

Reilly, S., Xie, C., Jacobs, S., & Challis, D. (2008). Examining the state of adult social care research 1990-2001: a systematic synthesis of research methods and quality. *Evidence & Policy*, 4(3), 155-182.



6.	Er analysemetoden beskrevet? Kommentar: Hvordan analysen er gjennomført fremkommer tydelig i forskningsartikkelen. Alle intervjuene ble tatt opp på lydfil og transkribert ordrett. Intervjuene ble kodet og kategorisert av to forskjellige forskere. For å støtte påliteligheten sjekket og supplerte de ulike partene hverandres koding etter hvert tredje intervju til alle 30 intervjuer var kodet. Fortolkningen av dataen er forståelig og ryddig, og artikkelen bruker tabeller som hjelpemiddel.	X		
7.	Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen? Kommentar: Funnene er klart presentert i et eget avsnitt.	X		
8.	Kan resultatene brukes i praksis? Kommentar: Resultatene har stor overføringsverdi til praksis. Resultatene foreslår konkrete tiltak som sykepleiere kan bruke i møte med kvinner med seksuelle utfordringer som følge av gynekologisk kreft. Studien avdekker et behov for økt fokus på informasjon og veiledning av denne pasientgruppen, og påpeker viktigheten av mer kunnskap og opplæring om sensitive temaer som seksualitet.	X		
9.	Er konklusjonen logisk og holdbar? Kommentar: Konklusjonen oppsummerer de mest sentrale funnene fra studien.	X		
	Totalt antall poeng:			7/8

Reilly, S., Xie, C., Jacobs, S., & Challis, D. (2008). Examining the state of adult social care research 1990-2001: a systematic synthesis of research methods and quality. *Evidence & Policy*, 4(3), 155-182.

Vedlegg 2

Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

Sekse, R. J. T., Råheim, M. & Gjengedal, E. (2015). Shyness and Openness—Common Ground for Dialogue Between Health Personnel and Women About Sexual and Intimate Issues After Gynecological Cancer. <i>Health Care for Women International</i> , 36(11), 1255-1269. https://doi.org/10.1080/07399332.2014.989436				
		JA	NEI	UKLART
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?	X		
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? Kommentar: Studien har en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming. Studien er fenomenologisk fordi den går i dybden i pasienters opplevelser av sjenanse og åpenhet knyttet til seksualitet og intimitet hos gynekologiske kreftpasienter. Følgelig er studien hermeneutisk fordi forskeren må være i en posisjon der den observerer for å få ny innsikt i et tema.	X		
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? Kommentar: Kvinnene var mellom 39 og 66 år ved rekrutteringsperioden, og alle levde med en ektefelle. De fleste hadde ett eller flere barn, og betraktet seg selv som ferdige med reproduksjon. Kvinnene hadde ulike diagnoser for gynekologisk kreft i forskjellige stadier, men alle hadde gjennomgått kirurgi.	X		
4.	Er etiske hensyn ivaretatt og dokumentert på en god måte i studien?	X		
5.	Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis? Kommentar: Utvalgsstrategien er hensiktsmessig i forhold til problemstillingen ettersom studien har inkludert et bredt utvalg av gynekologiske kreftpasienter som alle har gjennomgått kreftbehandling. Deltagerne er rekruttert fra et universitetssykehus i Norge og er i aldersspennet 39-66 år.	X		

Reilly, S., Xie, C., Jacobs, S., & Challis, D. (2008). Examining the state of adult social care research 1990-2001: a systematic synthesis of research methods and quality. *Evidence & Policy*, 4(3), 155-182.



6.	Er analysemetoden beskrevet? Kommentar: Intervjuene ble spilt inn på en minidisk og transkribert ordrett. Etter å ha transkribert intervjuene, ble hver tekst grundig lest for å få en generell forståelse og for å dele resultatene i ulike temaer og undertemaer. Tre kjernetemaer med ble dermed presentert.	X		
7.	Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen? Kommentar: Funnene er klart presentert i et eget avsnitt. Funnene demonstrerer at gynekologisk kreft har ført til dype kroppslige endringer i kvinnenes liv. Studien viser til at pasienter med en kreftshistorie ønsker en helhetlig tilnærming fra helsepersonell. Resultatene understreker at sykepleiere bør tilby oppfølging der kvinnenes livskvalitet og behov står i sentrum for dialogen.	X		
8.	Kan resultatene brukes i praksis? Kommentar: Resultatene har stor overføringsverdi til praksis. Studien avdekker et behov for at sykepleiere beveger seg ut av komfortsonen sin slik at de klarer å ha åpne dialoger med pasientene om seksuell helse. De påpeker viktigheten av å endre praksis når det gjelder kommunikasjon om emner som gjør både pasienten og sykepleieren ukomfortable.	X		
9.	Er konklusjonen logisk og holdbar? Kommentar: Konklusjonen oppsummerer de mest sentrale funnene fra studien.	X		
	Totalt antall poeng:		8/8	

Vedlegg 3



Lovisenberg
diakonale høgskole

Versjon 20.03.23
Vedlegg 3

Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

Williams, N. F., Hauck, Y. L. & Bosco, A. M. (2017). Nurses' perceptions of providing psychosexual care for women experiencing gynecological cancer. <i>European Journal of Oncology Nursing</i> , 30, 35-42. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2017.07.006				
		JA	NEI	UKLART
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?	X		
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? Kommentar: Dette er en kvalitativ studie som bruker et beskrivende design for å få innsikt i sykepleiernes perspektiver. Kvalitativ beskrivende design er passende når man undersøker sykepleiernes oppfatninger, ettersom det fokuserer på individuelle opplevelser og tillater en direkte beskrivelse av interaksjoner mellom pasienter og fagpersoner. Designet ble valgt for å sikre at forskeren holdt seg så nær deltakernes opplevelser som mulig ved å fokusere på "hvem, hva og hvor" av hendelser eller opplevelser.	X		
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? Kommentar: Studien ble gjennomført ved primærsykehuset for behandling av kvinner med gynekologisk kreft i Vest-Australia. Sykepleiere ved to kliniske områder, poliklinikk og sengepost, ble invitert til å delta. Sykepleierne måtte ha minst 12 måneders erfaring, og for øyeblikket jobbe med kvinner med gynekologisk kreft. Alle 17 sykepleiere inkludert i studien var kvinner. Gjennomsnittlig antall års erfaring som sykepleier var 23 år og antall år med erfaring innen gynekologisk sykepleie var 9,7 år.	X		
4.	Er etiske hensyn ivaretatt og dokumentert på en god måte i studien?	X		

Reilly, S., Xie, C., Jacobs, S., & Challis, D. (2008). Examining the state of adult social care research 1990-2001: a systematic synthesis of research methods and quality. *Evidence & Policy*, 4(3), 155-182.



5.	Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis? Kommentar: Utvalgsstrategien er hensiktsmessig i forhold til problemstillingen ettersom studien har inkludert et bredt utvalg av sykepleiere som alle har over et års erfaring innen arbeid med gynekologisk kreft. Sykepleierne jobber enten ved poliklinikk eller sengepost, og jobber derfor tett på pasientgruppen.	X		
6.	Er analysemetoden beskrevet? Kommentar: Dataanalysen ble gjennomført parallelt med datainnsamlingen, og forskningsteamet fulgte en systematisk analyseprosess. Underveis i intervjuene ble transkripsjonene lest for å gruppere innholdet i ulike temaer. Temaene ble forkortet til koder og brukt for å kode fremtidige transkripsjoner, og når nye ideer dukket opp i dataene, ble nye koder generert. Ved å gruppere liknende koder sammen ble det dannet kategorier som samlet innholdet i intervjuene. For å sikre troverdighet og pålitelighet, ble hver transkripsjon først analysert uavhengig av minst to medlemmer av forskningsteamet. Teamet møttes deretter for å dele og diskutere foreløpige temaer og deltemaer. Eventuelle uoverensstemmelser ble henvist tilbake til transkripsjonene, og en beslutning om endelige temaer og deltemaer ble tatt.	X		
7.	Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen? Kommentar: Funnene er klart presentert i et eget avsnitt. Funnene demonstrerer at faktorene som påvirker sykepleiernes tilbud av psykoseksuell omsorg er mangfoldig og varierer blant sykepleiere. Resultatene viser til anbefalte strategier for å forbedre tjenestetilbudet av psykoseksuell helse.	X		
8.	Kan resultatene brukes i praksis? Kommentar: Resultatene har stor overføringsverdi til praksis. Studien kommer med anbefalinger om at helsetjenester som gir tjenester til kvinner med gynekologisk kreft, burde implementere flere strategier for å håndtere de problemene som sykepleierne fra Vest-Australia har påpekt.	X		
9.	Er konklusjonen logisk og holdbar? Kommentar: Konklusjonen oppsummerer de mest sentrale funnene fra studien.	X		
	Totalt antall poeng:		8/8	

Reilly, S., Xie, C., Jacobs, S., & Challis, D. (2008). Examining the state of adult social care research 1990-2001: a systematic synthesis of research methods and quality. *Evidence & Policy*, 4(3), 155-182.

Vedlegg 4



Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

Powlesland, C., MacGregor, F. & Swainston, K. (2023). Women's experiences of information, education and support when undergoing pelvic radiotherapy for gynaecological cancer: An exploratory qualitative study. <i>Radiography</i> , 29(1), 70-75. https://doi.org/10.1016/j.radi.2022.10.004		JA	NEI	UKLART
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?	X		
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? Kommentar: En fenomenologisk tilnærming ble brukt for å gå i dybden i den støtten, informasjonen og opplæringen kvinner som har gjennomgått bekkenstråling for gynekologisk kreft får, og om det møter deres behov. Hvis pasienten var interessert i å delta, fikk de tilsendt et invitasjonsbrev, deltakerinformasjon og samtykkeskjema. Semistrukturerte intervjuer ble gjennomført via telefon med alle deltakerne som hadde meldt seg frivillig og returnert sine samtykkeskjemaer. Intervjuene ble utført på et sykehus i Nord-England, og fem kvinner som oppfylte kriteriene for deltakelse, deltok i studien. Forskeren som gjennomførte intervjuene, var kjent for alle deltakerne, da hun hadde vært en del av deres helsepersonellteam under strålebehandlingen.	X		
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? Kommentar: I denne kvalitative studien ble de semistrukturerte intervjuene gjennomført med pasienter på et sykehus i Nord-England. En gruppe på fem kvinner som oppfylte kriteriene for deltakelse, deltok i studien. Kvinnene var i aldersgruppen 20-69 år, og var alle ferdig behandlet for gynekologisk kreft. Størrelsen på studien er i tråd med den fenomenologiske tilnærmingen, som har som mål å utforske personenes egne perspektiver, opplevelser og forståelser.	X		
4.	Er etiske hensyn ivarett og dokumentert på en god måte i studien?	X		

Reilly, S., Xie, C., Jacobs, S., & Challis, D. (2008). Examining the state of adult social care research 1990-2001: a systematic synthesis of research methods and quality. *Evidence & Policy*, 4(3), 155-182.



5.	Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis? Kommentar: Utvalgsstrategien er hensiktsmessig i forhold til problemstillingen ettersom studien har inkludert et utvalgt av pasienter som alle har vært i behandling for gynekologisk kreft. Deltagerne er rekruttert fra et sykehus i Nord-England som behandler gir bekkenstrålebehandling til gynekologiske kreftpasienter. Kvinnene var i aldersgruppen 20-69 år, og var alle ferdig behandlet for gynekologisk kreft.	X		
6.	Er analysemetoden beskrevet? Kommentar: Semistrukturerte intervjuer ble gjennomført via telefon med alle deltakerne som hadde meldt seg frivillig og returnert sine samtykkeskjemaer. Forskeren som gjennomførte intervjuene, var kjent for alle deltakerne, da hun hadde vært en del av deres helsepersonellteam under strålebehandlingen. Dette skapte en komfortabel interaksjon med mål om at deltakerne ga en detaljert og ærlig beskrivelse av sine opplevelser. Intervjuene ble tatt opp på digitalt og transkribert av hovedforskeren. Alle data ble lagret på universitetets beskyttede server. Intervjuene ble analysert for å finne mønstre, og resultatene ble til slutt samlet i fire endelige temaer.	X		
7.	Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen? Kommentar: Funnene er klart presentert i et eget avsnitt. Funnene avdekket at alle pasientene opplevde en følelse av å bli forlatt ved fullført behandling. Resultatene viser et uttrykt behov for støtte blant de som opplevde pågående bivirkninger, spesielt for å håndtere bivirkninger som påvirker tarm og blære.	X		
8.	Kan resultatene brukes i praksis? Kommentar: Resultatene har stor overføringsverdi til praksis. Resultatene foreslår konkrete tiltak som sykepleiere kan bruke i møte med kvinner med seksuelle utfordringer som følge av gynekologisk kreft. Studien avdekker følelser av forlatelse blant gynekologiske kreftpasienter ved avslutning av behandlingen, og et stort behov for ytterligere støtte. Studien påpeker viktigheten av å inkludere	X		

Reilly, S., Xie, C., Jacobs, S., & Challis, D. (2008). Examining the state of adult social care research 1990-2001: a systematic synthesis of research methods and quality. *Evidence & Policy*, 4(3), 155-182.



9.	Er konklusjonen logisk og holdbar? Kommentar: Konklusjonen oppsummerer de mest sentrale funnene fra studien.	X		
	Totalt antall poeng:	8/8		

Reilly, S., Xie, C., Jacobs, S., & Challis, D. (2008). Examining the state of adult social care research 1990-2001: a systematic synthesis of research methods and quality. *Evidence & Policy*, 4(3), 155-182.