



Livmorhalskreft: Hvordan kan sykepleier informere og  
veilede om seksualitet til kvinner etter gjennomgått  
behandling?

Kandidatnummer: 111

Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave  
i emne 14B

Antall ord: 9933

Dato: 18.04.2017

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato 18.04.2017
<p><u>Tittel</u> Livmorhalskreft: Hvordan kan sykepleier informere og veilede om seksualitet til kvinner etter gjennomgått behandling?</p>	
<p><u>Problemstilling:</u> Livmorhalskreft: Hvordan kan sykepleier informere og veilede om seksualitet til kvinner etter gjennomgått behandling?</p>	
<p><u>Teoretisk perspektiv</u> De teoretiske grunnlagene bygger på sykepleierens kunnskapsgrunnlag, derav lovverk, etikk og sykepleierens ansvars og funksjonsområder. Videre er det anvendt teori om livmorhalskreft, behandlingens seneffekter, seksualitet som et grunnleggende behov, seksualitet ved livmorhalskreft, pasientveiledning, kommunikasjon og PLISSIT modellen som en kommunikasjonsmodell.</p>	
<p><u>Metode</u> Oppgaven bygger på litteraturstudie, og skal finne svar på problemstillingen ved å velge, analysere og anvende forskningsbasert litteratur samt relevant pensum og faglitteratur. Artikkelsøkene er gjort gjennom ulike databaser som Cinahl, Bibsys, PubMed og enkeltsøk i Google Scholar.</p>	
<p><u>Drøfting</u> Det sykepleiefaglige kunnskapsgrunnlaget og teorien i oppgaven drøftes opp mot problemstillingen. I den forbindelse drøftes det hvordan sykepleier kan skape en god relasjon i møte med pasienten, videre diskuteres og argumenteres det for hvordan veiledningen skal foregå gjennom bruk av de ulike punktene i PLISSIT modellen. Kommunikasjon som en viktig ferdighet hos sykepleieren og måten pasientene blir informert på drøftes videre i oppgaven. Til slutt drøftes det hva som må til av kompetanse og faglig kunnskap for å kunne informere og veilede pasienten angående deres seksualitet i forhold til seneffekter etter behandling av livmorhalskreft, og viktigheten av å holde seg faglig oppdatert.</p>	
<p><u>Konklusjon</u> Konklusjonen sier at god relasjon mellom sykepleier og pasient er viktig for å identifisere behovet for informasjon og veiledning. Kommunikasjon er grunnleggende i anvendelsen av de ulike punktene i PLISSIT modellen. Individuelt tilpasset informasjon og veiledning er sentrale faktorer ettersom pasientene har ulike behov, og sykepleieren må ta ansvar og bringe seksualitet frem for diskusjon. Bevisstgjøring av sykepleierens faglige kompetanse, ferdigheter, holdninger og forventninger er viktig i møte med pasientene, for å kunne yte helhetlig og faglig forsvarlig helsehjelp.</p>	

(Totalt antall ord:294)

## Innholdsfortegnelse

<b>1 INNLEDNING</b> .....	<b>2</b>
1.1 Begrunnelse og presentasjon av tema .....	2
1.2 Oppgavens hensikt .....	4
1.3 Presentasjon av problemstilling .....	4
1.4 Avgrensning og presisering av problemstillingen.....	4
1.5 Oppgavens disposisjon .....	6
<b>2 METODE</b> .....	<b>7</b>
2.1 Anvendt metode og begrunnelse.....	7
2.2 Litteratursøk og søkehistorikk .....	7
2.3 Kildekritikk .....	8
<b>3 SYKEPLEIEFAGLIG KUNNSKAPSGRUNNLAG</b> .....	<b>11</b>
3.1 Lovverk.....	11
3.2 De yrkesetiske retningslinjer .....	12
3.3 Sykepleierens ansvars og funksjonsområdet.....	13
<b>4 TEORI</b> .....	<b>15</b>
4.1 Livmorhalskreft .....	15
4.2 Seneffekter av kreftbehandling .....	16
4.3 Seksualitet - et grunnleggende behov .....	17
4.4 Seksualitet ved livmorhalskreft .....	17
4.5 Kommunikasjon.....	18
4.6 Pasientveiledning .....	19
4.6 PLISSIT – modellen.....	20
<b>5 Livmorhalskreft: Hvordan kan sykepleier informere og veilede om seksualitet til kvinner etter gjennomgått behandling?</b> .....	<b>22</b>
5.1 Innledning.....	22
5.2 God relasjon – et viktig grunnlag i møte med pasienten .....	22
5.3 Hvordan kan sykepleieren tilrettelegge for veiledning?.....	24
5.4 Hva må være til stede av sykepleiekompetanse for å kunne informere og veilede pasienten om seksualitet? .....	27
5.5 Viktigheten av å holde seg faglig oppdatert .....	30
<b>6 KONKLUSJON</b> .....	<b>32</b>
<b>LITTERATURLISTE</b> .....	<b>34</b>

”No approach in medical care deserves the term holistic as long as sexuality and intimacy have not been addressed” (Giaanotten, referert i Aaserud, 2016).

# 1 INNLEDNING

## 1.1 Begrunnelse og presentasjon av tema

På verdensbasis er livmorhalskreft den tredje største kreftformen som rammer kvinner, og omtrent 300 kvinner blir rammet av denne typen kreft årlig i Norge. Til tross for at moderne kreftbehandling har ført til bedre overlevelse av sykdommen, dør omtrent 70 kvinner årlig av livmorhalskreft (Kreftregisteret, utdatert). Livmorhalskreft skyldes smitte og infeksjon av kjønnssykdommer og særlig med visse typer av Humant Papillomavirus (HPV) (Jerpseth, 2016, s. 153), og er blant den vanligste kreftformen hos kvinner i alderen 25 - 49 år (Kreftregisteret, 2015a, s. 29). Livmorhalskreft behandles med kirurgi, radioaktiv stråling og cytostatika, og det er ikke uvanlig at behandlingstypene kombineres (Jerpseth, 2016, s. 37). Behandlingen velges ut i fra hvilket stadium av livmorhalskreft kvinnen er utsatt for, og de ulike behandlingsformene kan medføre en rekke bivirkninger og senplager (Kristensen, 2010, s. 535). Barbera et al., (2011) påpeker at behandlingen av gynekologisk kreft som livmorhalskreft både gir fysiske og psykososiale konsekvenser, som igjen har stor innvirkning på seksuell funksjon og seksualitet. Behandling av livmorhalskreft kan påvirke den normale anatomien i underlivet, og forstyrre de ulike fysiologiske prosessene som hormonproduksjon, blodforsyning og nerveforsyning i kroppen som er en forutsetning for et tilfredsstillende seksualliv (Jerpseth, 2016). Videre kan behandling av ulik form føre til seneffekter som har betydning for seksualiteten som tørrhet, sammenvoksinger av skjeden, forkortet skjede, inkontinens, dislokasjon av skjeden og nedsatt følsomhet i klitoris. Ulike former for behandling kan også føre til sterilitet og infertilitet (Borg, 2010).

I studien av Bal, Yilmaz & Beji, (2013) ble det rapportert at 50 % av pasientene som ble behandlet for gynekologisk kreft som livmorhalskreft led av seksuelle problemer, og hadde vanskeligheter med intimitet. Seksuelle problemer viste seg å ha stor innflytelse på deres livskvalitet. Videre kom det frem i studien av Barbera et al., (2011) at mange pasienter som var klare over sammenhengen mellom HPV-virus og livmorhalskreft, følte seg skamfulle og stigmatisert. I tillegg opplevde de blant annet redusert velvære som førte til utilfredshet rundt egen seksualitet. Dette er faktorer som er med på å påvirke pasientens kroppsbildet i negativ retning (Dahl & Sørensen, 2016, s. 212).

Det er en sykepleieoppgave å undervise og veilede pasienter om endringer i seksualitet da det kan oppstå som følge av sykdom og behandling. Det vil også være relevant å veilede om hjelpemidler som fins og hvordan de benyttes (Jerpseth, 2016). Sykepleiere plikter å utøve faglig forsvarlighet ved ytelsen av helsehjelp, og sykepleieren har derfor et ansvar i å ivareta pasientens grunnleggende fysiske og psykiske behov herunder seksualitet (Molven, 2016). I tillegg har pasienten krav på god informasjon for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Helsepersonelloven er sykepleierens profesjonslov og gjelder for alle sykepleiere. Pasient og brukerrettighetsloven gir pasientene og brukerne mange rettigheter og involverer derfor helsepersonellet indirekte og er derfor relevant for sykepleiere (Molven, 2016). De yrkesetiske retningslinjene sier noe om hva god sykepleiepraksis bør være (Norsk sykepleieforbund, 2016). Disse lovene og retningslinjene er en forutsetning for utøvelse av god sykepleiepraksis, men likevel påpekes det i faglitteratur at pasienter ofte er misfornøyde med helsepersonelllets unnvikende holdning til å ta opp seksuelle problemer (Jerpseth, 2016, s. 141). Det er også ofte rapportert om at sykepleiere mangler kunnskap om seksualitet og spesielt kunnskap om kreftsykdom og hva de ulike behandlingsformene gjør med pasientens seksualitet (Dahl & Sørensen, 2016, s. 244). Dette til tross for at sykepleiere som helseprofesjon skal bygge på et holistisk menneskesyn. Det vil si å ha en helhetsforståelse av menneskets ulike deler, og binde de sammen for å skape helhet og mening. På dette grunnlaget må derfor sykepleieren forholde seg til pasienten som et helhetlig menneske (Odland, 2013), der blant annet seksualitet inngår som et grunnleggende behov og er en del av menneskets identitet (Schjølberg, 2013, s.140-141).

## **1.2 Oppgavens hensikt**

Det er beskrevet i forskningslitteraturen at pasienter opplever at sykepleiere har unnvikende holdninger til temaet seksualitet og at sykepleiere som behandler pasienter har mangelfull kunnskap om seksualitet og generelt om kreftsykdom, og de ulike konsekvensene behandlingen har for pasienten. Hensikten med denne oppgaven er derfor å belyse hvordan sykepleiere gjennom profesjonens ansvars og funksjonsområde, kan informere og veilede pasienter om temaet seksualitet, for å fremme helse gjennom å opprettholde deres velvære og livskvalitet med og overfor egen kropp etter gjennomgått behandling av livmorhalskreft.

## **1.3 Presentasjon av problemstilling**

Livmorhalskreft:

Hvordan kan sykepleier informere og veilede om seksualitet til kvinner etter gjennomgått kreftbehandling?

## **1.4 Avgrensning og presisering av problemstillingen**

Jeg har valgt å ta for meg kvinner som har gjennomgått behandling av livmorhalskreft. Opprettholdelse av seksualitet er aktuelt for både yngre og eldre kvinner, men i denne oppgaven har jeg valgt å fokusere på kvinner i alderen 25 – 49 år, med bakgrunn i at det er da livmorhalskreft hyppigst opptrer (Kreftforeningen, 2015a, s. 29). Sykepleieutøvelsen finner sted på poliklinisk avdeling da dette er et sted sykepleiere ofte møter pasienter med sykdom av ulik art og med svært forskjellige behov for behandling (Jerpseth, 2016, s. 134). Pasientveiledningen vil være individuelt tilpasset på bakgrunn av pasienters ulike behov ut ifra behandlingens omfang. I møte med pasienten vil kvinnen være over den kritiske sjokkfasen hvor hun har blitt diagnostisert med livmorhalskreft og har gjennomgått behandling (Jerpseth, 2016). Det vil nå dreie seg om å komme tilbake til tidligere seksuell fungering. I faglitteraturen blir pårørende ofte nevnt i veiledning av pasienten da de er viktige støttespillere. Åpen kommunikasjon i dialog med partner er viktig for å kunne snakke om mulige seksuelle problemer (Dahl & Sørensen, 2016, s. 247). I en klinisk setting vil det være

av stor betydning at sykepleieren vektlegge å involvere partneren i et veiledningsarbeid, men jeg velger å ikke ta for meg pårørende grunnet oppgavens omfang.

Kommunikasjon og informasjon vil være et gjennomgående tema i oppgaven, da det kan hjelpe pasienten med å mestre de endringene ved kroppen og kroppsfunksjonene som livmorhalskreft og behandling har medført. I tillegg vil jeg bruke PLISSIT - modellen som en kommunikasjonsmodell. Den blir anvendt som metode for undervisning og veiledning i oppgaven ikke bare for å trekke frem pasientens selvoppfatning av egen kropp etter behandling, men også for hva som har vært behandlingens betydning for kvinnens seksualitet. Modellen er et nyttig redskap når sykepleieren skal veilede om seksualitet (Schjølberg, 2013).

Moderne kreftbehandling av livmorhalskreft omfatter gjerne flere behandlingsformer som kirurgi, cellegift, også kalt cytostatika eller kjemoterapi, og strålebehandling. Behandlingen blir valgt ut ifra hvilken type svulst og utbredelse kvinnen har (Jerpseth, 2016, s. 153). De fysiologiske og psykososiale konsekvensene som forekommer etter de ulike formene for behandling av livmorhalskreft og som fører til endringer i seksualiteten vil være en del av oppgaven, for å understreke viktigheten av informasjon og veiledning rundt temaet seksualitet.

Oppgavens fokus omhandler kvinnens seksualitet. Fruktbarhet er et sentralt tema da sjansen for å kunne bli gravid etter en omfattende kreftbehandling er redusert hos kvinnelige kreftoverlevende (Kiserud & Fosså, 2013). Av hensyn til oppgavens omfang velger jeg å ikke vektlegge fertilitet i besvarelsen. En siste avgrensing gjøres mot ulike faggrupper som er involvert med kvinner som har problemer med seksualitet. Jeg har valgt å fokusere på sykepleie og pasientrelasjonen. Tverrfaglig samarbeid mellom sykepleier og andre faggrupper vil derfor ikke involveres (Schjølberg, 2013, s.145).

Sykepleiere arbeider ut fra en rekke ansvars- og funksjonsområder som er viktige å fokusere på i tilnærming og ivaretagelse av pasienten. I denne oppgaven har jeg valgt å ta for meg den undervisende og veiledende funksjonen da den er brukt som metode, og den helsefremmende og forebyggende funksjonen da pasienten er utsatt for bivirkninger og seneffekter etter behandlingen. Jeg velger disse to funksjonene fordi jeg anser de som relevante i belysningen av problemstillingen og grunnet oppgavens omfang (Nortvedt & Grønseth, 2016).



## **1.5 Oppgavens disposisjon**

Selve oppgaven er delt inn i seks kapitler. Kapittel én har en innledning med begrunnelse og presentasjon av temaet. Videre beskriver jeg hensikten med oppgaven, presentasjon av problemstilling, og avgrensning og presisering av problemstillingen. Kapittel to består av beskrivelse av metode, anvendt metode, litteratursøk og søkehistorikk, og kildekritikk. Videre i kapittel tre beskrives sykepleierens kunnskapsgrunnlag med beskrivelse av de relevante lover, forskrifter og yrkesetiske retningslinjer, samt sykepleierens ansvars og funksjonsområde. Kapittel fire er teoridelen som består av ulike punkter som livmorhalskreft, seneffekter av kreftbehandlingen, seksualitet som et grunnleggende behov, seksualitet ved livmorhalskreft, kommunikasjon, pasientveiledning og PLISSIT modellen. I kapittel fem drøftes teori opp mot problemstillingen ved hjelp av pensum, fag og forskningslitteratur. I det siste kapitlet kommer konklusjonen med svar på oppgavens problemstilling.

## **2 METODE**

Metode er fremgangsmåten som anvendes for å fremskaffe og etterprøve kunnskap og informasjon for å svare på oppgavens problemstilling (Thidemann, 2015, s. 76). Metoden er derfor et viktig redskap i møte med det som skal undersøkes. Det skapes ingen ny kunnskap i oppgaven da den er basert på et litteraturstudie, men jeg vil samle relevant data og systematisere funnene mine for å få svar på de faglige spørsmålene som er interessante i besvarelsen av min problemstilling (Dalland, 2010).

### **2.1 Anvendt metode og begrunnelse**

Oppgaven er utformet som en litteraturstudie, og basert på en ramme gitt av høgskolen for denne bacheloroppgaven. En litteraturstudie systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder, og denne oppgaven vil derfor bestå av både primær- og sekundærdata som pensumlitteratur, egenvalgt litteratur fra høgskolens bibliotek, ulike databaser og fag- og forskningsartikler. Et PICO skjema er anvendt for å systematisere søkeordene for å innhente relevante fag og forskningsartikler. Hensikten med litteraturstudie er å bruke den relevante teorien som er funnet for å belyse den sykepleiefaglige problemstillingen ut i fra ulike perspektiv og bidra til drøfting i oppgaven (Thidemann, 2015, s. 77).

### **2.2 Litteratursøk og søkehistorikk**

Ulike databaser som Cinahl, Google Scholar, Pubmed og Bibsys er anvendt i prosessen ved søk etter relevante fag- og forskningsartikler til oppgavens problemstilling. Pensumlitteratur, samt relevant egenvalgt litteratur fra Lovisenberg Diakonale Høgskoles bibliotek er benyttet. PICO skjema er et rammeverk som er benyttet i søkeprosessen for å gjøre problemstillingen mer presis og søkbar. Punktene P for pasient/problem og I for intervention var nyttige for å klargjøre litteratursøket og finne søkeord ut i fra den valgte pasientgruppen, situasjonen og de sykepleiefaglige tiltakene (Thidemann, 2015, s. 86). De ulike eksklusjonskriterier som er benyttet for å avgrense søket til nyere forskning, er at den ikke skulle være eldre enn 10 år, full tekst og engelsk språklig. Kombinert søking med AND og OR i søkehistorikken har blitt

utført for å gjøre søket spesifikt og finne relevante artikler. For eksempel ga søkeordene sexual health OR sexuality AND gynecological cancer ett treff som var relevant. Ved noen søk har det ikke vært nødvendig med avgrensninger på grunnlag av få antall treff. Eksempelvis ga søket PLISSIT modell i PubMed 50 antall treff. De sentrale søkeordene som er anvendt for å søke etter artikler er; Sexuality, cervical cancer, gynecological cancer, attitudes, nursing practice, PLISSIT model, information, guidance, communication, radiotherapy, side effects from cancer treatment, vaginal dilator therapy og chemotherapy. Videre søk i ulike tidsskrifter som Sykepleien Forskning er tilstrebet. Anerkjente nettsider som Kreftforeningen, Norsk sykepleierforbund, Kunnskapsdepartementet, Lovdata, Verdens helseorganisasjon (WHO), Helsedirektoratet og Kreftregisteret er benyttet. Manuell søking er gjort for å finne interessante artikler for oppgavens problemstillingen, ved å blant annet se igjennom tidligere bacheloroppgaver for å få inspirasjon og nyttige tips til egen oppgave (Thidemann, 2015).

Søkeprosessen hensikt var å finne artikler som belyser problemer kvinner får med seksualitet etter gjennomgått behandling av livmorhalskreft, ulike tilnæringsmåter sykepleieren kan kommunisere med pasientene på gjennom bruk av PLISSIT modellen, hvordan informasjon blir gitt eller omfanget av informasjonen, og hvordan redusert eller økt fagkompetansen kan påvirke behandling av pasientene med tanke på sykepleiernes unnvikende holdninger til temaet.

### **2.3 Kildekritikk**

Kildekritikk er vurdering og karakterisering av den litteraturen som er brukt i oppgaven. For at leseren skal kunne se litteraturens relevans og gyldighet i forhold til oppgavens problemstilling er det viktig å være kildekritisk. Nyere fag- og forskningslitteratur som er funnet og benyttet i oppgaven viser at litteraturen er oppdatert i forhold til dagens situasjoner. Primærlitteratur beskriver både ny kunnskap basert på forskningsartikler som er presentert for første gang, og nye teorier som tar utgangspunkt i forskning som allerede er publisert. Fagstoff og pensum er ofte sekundærlitteratur, og det kan være en utfordring da teksten er bearbeidet og presentert av en annen enn den opprinnelige forfatteren (Dalland, 2010). Jeg har tilstrebet bruk av primærlitteratur, men i noen tilfeller har dette ikke vært mulig. Anvendelse av sekundærlitteratur kan påvirke perspektivet som blir presentert og eventuelle feiltolkninger

kan bli videreført i min oppgave. Jeg anser den anvendte sekundærlitteraturen som troverdige kilder fordi den er pensumlitteratur eller henvist til i pensumlitteraturen. PLISSIT modellen er den sykepleiefaglige kommunikasjonsmodellen jeg anvender i oppgaven. Jack Annon i 1976 er den amerikanske psykologen som står bak PLISSIT modellen og er presentert i hans doktorgradsavhandling *The PLISSIT modell: a proposed conceptual scheme for behavioral treatment of sexual problems*. Modellen er fornsket av sexologene Elisa Almås og Esben Esther Pirelli Benestad (Helsedirektoratet, 2016). I følge Almås og Benestad (2006) er PLISSIT modellen en enkel modell som er godt egnet som utgangspunkt når en skal arbeide med å løse problemer knyttet til seksualitet. Videre er modellen anvendt og beskrevet i en rekke pensumbøker. På bakgrunn av at det er Almås og Benestad (2006) som har fornsket PLISSIT modellen, anser jeg kilden som relevant og tar ikke hensyn til at kilden er eldre.

Jeg anser de utvalgte artiklene som sikre, da de er peer reviewed. I tillegg tolker jeg de som tidsaktuelle da de ikke er eldre enn fra 2009. Jeg har valgt meg ut totalt syv fag- og forskningsartikler som jeg mener inngår direkte i min problemstilling og har bidratt til drøfting. Eksempler på artikler som er anvendt og viktigheten av de er: Artikkelen *Improving care for women after gynecological cancer: the development of a sexuality clinic* (Barbera et al., 2011). Den er basert på studie av 56 kvinnelige pasienter som har gjennomgått behandling for gynekologisk kreft, samt livmorhalskreft. Disse kvinnene har seneffekter i form av blant annet tidlig overgangsalder etter strålebehandling, cytostatika behandling og kirurgi. Artikkelen viser hvordan sykepleier kan informere og veilede de kvinnelige pasientene. Videre anvendes artikkelen *Discussing sexuality with patients: nurses' attitudes and beliefs* (Saunamäki, Andersson & Engström, 2009), som diskuterer viktigheten av faglig kompetanse rundt temaet seksualitet for å kunne gi pasienten den helhetlige omsorgen de fortjener.

I noen av studiene er ikke pasientgruppen skilt ut da artiklene omhandler gynekologiske kreftpasienter generelt. Dette kan være en svakhet i oppgaven. Studien ansees likevel som relevant fordi overføringsverdien er stor i forhold til oppgavens problemstilling og på bakgrunn av at livmorhalskreft ofte nevnes som en av kreftformene. Resultatene av artiklene kan ikke alltid generaliseres, men likevel ansees de som relevante da prinsippene ofte vil være de samme. Fag- og forskningsartiklene kan feiltolkes og føre til feiloversetting da de er skrevet på engelsk. Noen av artiklene som er anvendt i oppgaven er reviewartikler. Oversatt på norsk er det oversiktsartikler som er på et høyere nivå i kunnskapspyramiden enn

randomiserte eller kvalitative enkeltstudier og vil derfor fremstå som relevante og anerkjente kilder (Thidemann, 2015).

For å sikre at den selvvalgte litteraturen som er benyttet i oppgaven, er relevant, har jeg brukt egenvalgt litteratur og nettsider som er skrevet av helsepersonell eller fagpersonell med kompetanse på dette fagfeltet. Internett som kilde kan være useriøst og gi direkte feilinformasjon. I oppgaven er det anvendt ulike nettsider som er av relevans for oppgaven, og som er nyttig informasjonsmateriale for pasientene. I disse tilfellene har jeg da vært kritisk til forfatter, nettside, publikasjon og kildens målgruppe. Og jeg anser derfor de anvendte nettsidene som trygge (Dalland, 2010).

### **3 SYKEPLEIEFAGLIG KUNNSKAPSGRUNNLAG**

Hovedfokuset i dette kapitlet er lovverket og de yrkesetiske retningslinjer for god utøvelse av sykepleie, samt sykepleierens ansvar og funksjon i møte med pasienter etter gjennomgått behandling av livmorhalskreft, på poliklinisk avdeling. Lovverket som presenteres i oppgaven, anses som relevant da det omhandler sykepleierens juridiske ansvar ovenfor pasienten og pasientens rettigheter når det gjelder informasjon og veiledning etter gjennomført behandling. Idealer for god sykepleiepraksis belyses ut i fra de yrkesetiske retningslinjene, som videre kan brukes som retningslinjer for refleksjon og argumentasjon over egen sykepleieutøvelse (Nortvedt & Grønseth, 2016). Sykepleierens ansvars- og funksjonsområde beskrives i rammeplanen for sykepleiere (Kunnskapsdepartementet, 2008). Den tar for seg hvordan sykepleiere skal ivareta pasienten, samt lovverket og de yrkesetiske retningslinjer som regulerer sykepleieutøvelsen, og beskriver hva gode, praktiske og moralske handlinger innenfor sykepleie bør være (Sneltvedt, 2016). For å sikre at virkemidler, tiltak og evaluering av tiltakenes effekt er målrettet i utøvelsen av sykepleie er det nødvendig med et godt kunnskapsgrunnlag (Helsedirektoratet, 2016, s. 54).

#### **3.1 Lovverk**

Sykepleieutøvelsen reguleres gjennom helsepersonelloven som er et juridisk gjeldende lovverk for alle sykepleiere (Molven, 2016). Formålet med loven er å ” bidra til sikkerhet for pasienter og å sikre kvalitet i helse- og omsorgstjenesten samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten” (Helsepersonelloven, 1999, §1). I henhold til Helsepersonelloven §4 (1999) har sykepleiere et krav om å utføre sitt arbeid med faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. Gjennom helsepersonelloven blir sykepleieren pålagt plikter, som formuleres som rettigheter for pasientene i pasient- og brukerrettighetsloven (Molven, 2016).

Pasient- og brukerrettighetslovens formål er å bidra til lik tilgang på helsetjenester av god kvalitet til den enkelte bruker av helse- og omsorgstjenesten. Den skal fremme tillitsforholdet mellom pasient og sykepleier, fremme trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients

integritet og menneskeverd (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §1-1). Videre belyses retten til nødvendig informasjon for at pasienten skal få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Dette inkluderer at pasienten skal informeres om mulige risikoer og bivirkninger (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1), og skal sikre at pasienten har fått med seg og forstått innholdet i den informasjonen som er gitt (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-5).

I henhold til Helsepersonelloven §4 (1999) vedrørende kravet om forsvarlighet, skal helsepersonell innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner. Det betyr at sykepleiere må sørge for at den faglige kompetansen er tilstrekkelig for å kunne informere og veilede pasienten etter gjennomgått behandling. Kravet om å innrette seg etter sine kvalifikasjoner innebærer også at sykepleieren må innhente bistand eller henvise pasienten videre om de faglige kvalifikasjonene ikke er tilstrekkelige (Molven, 2016). Helsepersonelloven §4 (1999) sier også noe om at den enkelte pasient har rett på individuell plan når pasienten har rett på det ut ifra Pasient- og brukerrettighetsloven §2-5 (1999). Samlet sett utgjør Helsepersonelloven og Pasient- og brukerrettighetsloven lovpålagte plikter som sier at livmorhalskreftpasienten har krav på informasjon, faglig forsvarlig behandling og omsorgsfull hjelp av sykepleiere.

### **3.2 De yrkesetiske retningslinjer**

De yrkesetiske retningslinjene tar utgangspunktet i ICNs (International Council of Nurses) etiske regler og FNs menneskerettigheter, og beskriver sykepleiernes profesjonsetikk og de forpliktelser som tillegger god sykepleiepraksis (Sneltvedt, 2016). I De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere er det blant annet beskrevet at sykepleieren skal ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg, formidle tilpasset informasjon og være ansvarlig for at sykepleiepraksisen er helsefremmende og sykdomsforebyggende (Norsk sykepleieforening, 2016). Rettighetene er videre uttrykt i gjeldende lov om helsepersonell, og pasient- og brukerrettighetene.

Grunnlaget for all sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettigheter, og baseres på kunnskap (Norsk sykepleieforbund, 2016). Yrkesetiske retningslinjer stiller krav til sykepleiere om at ”Sykepleieren holder seg oppdatert om

forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde og bidrar til at ny kunnskap anvendes i praksis” (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2016, pkt 1.4). Kravet om forsvarlig yrkesutøvelsen gjelder blant annet for forebygging, behandling, habilitering, rehabilitering, pleie og omsorg (Molven, 2016, s. 136)

En av sykepleiernes kjerneoppgaver er å ivareta pasientenes grunnleggende fysiske og psykososiale behov, som for eksempel at pasienten skal oppleve trygghet og trivsel under sexologisk veiledning og behandling. For at sykepleieren skal kunne yte helhetlig omsorgsfull sykepleie og etterleve plikten om faglig forsvarlighet ut i fra pasientsituasjonen, forventes det at sykepleieren vurderer hva slags opplysninger som er nødvendige å ha, og innhenter disse. I situasjonen fremstilt i oppgaven, er det viktig at sykepleieren har kunnskap om hvordan livmorhalskreft generelt fremtrer, innhenter seg informasjon om hvordan sykdommen har artet seg for den enkelte pasient og at de kommunikative ferdighetene som skal til for å skape en god relasjon til pasienten, er tilstede (Molven, 2016, s. 136).

### **3.3 Sykepleierens ansvars og funksjonsområdet**

Sykepleierens ansvars- og funksjonsområder omhandler hvordan sykepleieren viser evne og vilje til en bevisst og reflektert holdning ved tilnærming og ivaretagelse av pasienter i ulike situasjoner. Lover, regler og de yrkesetiske retningslinjene beskriver, som nevnt, hvordan god sykepleieutøvelsen bør reguleres. God kvalitet på omsorgen som gis, er basert på sykepleierens evne til å ivareta sin faglige kompetanse. Utøvelsen av sykepleie omfatter syv grunnleggende deler som består av forebyggende og helsefremmende, behandlende, lindrende og rehabiliterende/habiliterende, undervisning og veiledning, administrasjon og ledelse, fagutvikling og forskning (Nortvedt & Grønseth, 2016).

Sykepleieren skal tilrettelegge for læring gjennom undervisning og veiledning og bidra til at pasienten selv aktivt deltar i å forebygge og fremme sin egen helse og styrke mestring (Reitan, 2010, s. 110). Etter å ha gjennomgått behandling av livmorhalskreft har pasienten behov for kunnskap og forståelse som grunnlag for å fremme trygghet og mestring av konsekvenser sykdommen og behandlingen har hatt. Integret i undervisning og veiledning gir sykepleieren også informasjon og støtte til pasienten (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011).



Den helsefremmende og forebyggende funksjonen tar utgangspunktet i å identifisere potensielle og reelle problemer. Helsefremming har helse, velvære og livskvalitet som mål og omfatter tiltak rettet mot den enkelte pasient og omgivelsene. Generelt er helsefremming og forebygging rettet mot mennesker som er utsatt for komplikasjoner av ulike årsaker. Noe som er relevant for min oppgave. Den sykepleiefaglige helsefremmende og forebyggende funksjonen skiller mellom ulike tiltak som primær, sekundær og tertiærforebyggende. Det tertiærforebyggende tiltaket går ut på å hindre at komplikasjoner ved blant annet behandling oppstår, fremme helsen og forebygge ytterligere lidelse i de plagene som allerede har oppstått etter behandling (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011).

Gjennom de utvalgte ansvar- og funksjonsområdene er utveksling av relevant informasjon vesentlig for å kunne nå frem til pasienten. Samtidig har pasienten lovfestet rett til informasjon (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). Informasjon er nært knyttet til undervisning, kommunikasjon, mening og kunnskap (Kristoffersen, 2011, s. 352). Utveksling av relevant informasjon til pasientene angående den situasjonen hun står ovenfor er viktig for å blant annet å redusere usikkerhet og gi grunnlag for å ta riktige avgjørelser etter behandling. Særlig viktig er det med informasjon til pasienter om seksualitet da informasjonssvikt er et kjent problem grunnet sykepleiers holdninger og mangel på kunnskap (Dahl & Sørensen, 2016). Å informere skal kunne hjelpe pasienten til å kunne ta imot den kunnskapen som er relevant for situasjonen. Det krever omtanke og forberedelser for å kunne gi pasienttilpasset informasjon. Formidling av informasjon skal kunne nå frem til pasienten på den måten at pasienten føler seg ivaretatt og at innholdet av informasjonen er mottatt og forstått (Eide & Eide, 2012, s. 292).

## 4 TEORI

Teori har til hensikt å beskrive eller øke forståelsen innenfor et fagområdet; den skal gi oversiktlig og konkret informasjon. Teoretisk kunnskap innenfor et fag består både av teori som er utviklet gjennom forskning, og er kunnskap bygget på erfaring fra virkeligheten, og teori som ikke er forskningsbasert og bygger på etiske verdier og prinsipper. Teorien som er beskrevet nedenfor, bygger på forskningsbasert kunnskap, relevant pensum og selvvalgt litteratur, og er grunnlaget for drøftingen av oppgavens problemstilling (Kristoffersen, 2011).

### 4.1 Livmorhalskreft

I mange utviklingsland er livmorhalskreft eller cervix cancer den kreftformen som forekommer hyppigst hos kvinner (Kristensen, 2010, s. 532-533). Risikoen for å utvikle denne type kreft henger vanligvis sammen med seksuell kontaktsmitte og infeksjon av humant papilloma virus (HPV) av ulike typer (Kreftforeningen, 2017). Livmorhalsen, cervix uteri, er en del av livmoren og danner overgangen mellom vagina og livmorhulen. Det er med andre ord en kanal som forbinder vagina med livmorhulen (Sand, Sjaastad, Haug & Bjålie, 2012, s. 496). Utvikling av kreft i livmorhalsen er en langsom prosess hvor de normale cellene forandrer seg til forstadier til kreft etter smitte med en kreftfremkallende HPV type, som gir opphav til en betennelsesreaksjon i slimhinnen. Denne betennelsesreaksjonen gir ofte ikke symptomer. Vanligvis vil denne infeksjonen leges etter noen måneder, men i noen tilfeller vil det utvikles til en kronisk infeksjon. Denne kroniske infeksjonen vil føre til forstyrrelser av celledelingen og gi opphav til celleforandringer (Kristoff, 2016, s. 409). Disse celleforandringene kan som nevnt utvikle seg til forstadier til kreft, før de gir opphav til en veldefinert kreftsvulst (Jerpseth, 2016, s. 153). Det fins tre forstadium (CIN – cervikal intraepitelial neoplasia) til livmorhalskreft, som igjen inndeles i alvorlighetsgrader og det kan ta flere år før det fullt utvikles til kreft (Kristensen, 2010, s. 532-533). De symptomene som kan opptre er blødning og utflod på grunn av forandringer i epitelvevet. I et senere stadium av kreften kan kvinnen oppleve smerter og smertestrålinger til beina grunnet at kreftsvulsten vokser inn i omliggende vev og nerver. Symptomer kan også opptre i urinblæra og tarmen, eller det kan forekomme ødemer eller tromboser på grunn av blodårer som svulstvevet legger press på (Jerpseth, 2016). Kreften kan metastasere ut i omgivende vev og organer som

eksempelvis vagina, rectum, urinblæren, lymfeknuter via lymfebaner og i blodbanen som fører til spredning til lungene og leveren (Kristensen, 2010, s. 532-533).

#### **4.2 Seneffekter av kreftbehandling**

Behandling av livmorhalskreft velges som nevnt ut ifra hvilken type svulst og utbredelse den har. De ulike behandlingsformene er kirurgi, stråling og cytostatika, som ofte kombineres. Kirurgi er en behandlingsform som fjerner kreften lokalt. Cellegift eller cytostatika er medisiner som dreper kreftcellene, strålebehandling er stråling som rettes mot svulsten og eventuelle metastaser (Jerpseth, 2016, s.153). Ut i fra de forskjellige behandlingsformene og de ulike inngrepene kan det oppstå senplager som blant annet kan påvirke seksualiteten ved at kjønnsorganet fjernes helt eller delvis ved kirurgisk behandling, eller ved at nerver og blodforsyningen blir skadet. Strålebehandling kan lede til eksempelvis redusert blodforsyning, skrumpning og stivhet av kjønnsorganet. Hormonbalansen kan også bli påvirket, ved at behandlingen påvirker eggstokkene og ødelegger produksjonen av kjønnsceller og hormoner (Gjessing, Borg & Dahl, 2013) og (Dahl, & Sørensen, 2016, s. 246). Reduserte nivåer av kjønns hormoner kan gi symptomer i form av redusert energinivå, seksuallyst og plager fra underlivet i form av tørrhet og sårhet. Strålebehandling mot bekkenet kan redusere produksjonen av kjønns hormoner, selv om kjønnsorganet ikke er kirurgisk fjernet. Kvinner kan oppleve en tidlig overgangsalder hvor menstruasjonen opphører mange år for tidlig, med tilhørende plager som hetetokter og søvnproblemer (Kiserud & Fosså, 2013). Både cellegift og strålebehandling kan føre til at kvinnen skader eggstokkene eller livmorveggen slik at fruktbarheten blir redusert eller i verstefall opphører (Kreftforeningen, udatert). Kvinnelige kjønns hormoner som østrogen og progesteron er nødvendig for den seksuelle responssyklus hos kvinner, i tillegg er et lite innslag av mannlig kjønns hormon testosteron nødvendig. Kreftbehandling som kirurgi, bestråling og/eller cytostatika påvirker produksjonen av disse kjønns hormonene. Mangel på blant annet hormonet testosteron fører til manglende seksuell interesse (Gjessing, Borg & Dahl, 2013). Uansett kreftform vil de fleste behandlinger få konsekvenser for pasientens seksualitet. Opplevelsen av at både kropp og sinn blir forandret, kan føre til at pasienten har det vanskelig for å forstå at et annet menneske kan finne henne attraktiv og verdt å elske (Schjølberg, 2013, s.140-141).

### **4.3 Seksualitet - et grunnleggende behov**

Verdens helseorganisasjon ser på seksualitet som en integrert del av det å være menneske. Seksualitet er et flerdimensjonalt begrep som har fysiologiske, psykologiske og sosiale dimensjoner som står i et dynamisk forhold til hverandre. Kjønnssidentitet og kjønnsroller, seksuell legning, kroppsopfatning og forplantningsevne er alle aspekter ved det å oppleve og uttrykke seksuelle væremåter og følelser på. (Gjessing, Borg & Dahl, 2013, s. 87)

Ut i fra verdens helseorganisasjons definisjon er seksualitet et sammensatt fenomen og tilhører den mest intime delen av livet vårt (Helsedirektoratet, 2016). Personlighet, kjærlighet og kommunikasjon kan berike og fremme seksualitet gjennom seksualitetens ulike aspekter (Dahl & Sørensen, 2016). Et godt seksuelt liv er basert på et godt forhold til egen kropp og gode relasjoner til andre mennesker som er viktige fundament for pasientens livskvalitet (Gamnes, 2011).

### **4.4 Seksualitet ved livmorhalskreft**

Som nevnt er seksualitet en del av menneskets identitet, det som får oss til å søke etter kjærlighet, varme og intimitet. Seksualitet har innflytelse på våre tanker, følelser, handlinger og vårt samspill med andre mennesker, og dermed på vår mentale og fysiske helse (Schjøberg, 2013, s.140-141).

Normal anatomi og fysiologi er helt nødvendig for den seksuelle responssyklus, somatiske problemer knyttet til livmorhalskreft får ringvirkninger og konsekvenser for hele pasientens seksualiteten (Schjøberg, 2013, s.140-141). Behandling av livmorhalskreft vil i tillegg til de fysiologiske konsekvensene, ha psykososiale konsekvenser i form av eksempelvis skam, usikkerhet og utrygghet, følelser og tanker, og uforutsigbarhet som påvirker kroppsbildet negativt (Gjessing, Borg & Dahl, 2013). Kroppsbildeproblemer opptrer stort sett i tiden etter den kirurgiske behandlingen og etter eventuelt tilleggsbehandling som stråling og cellegift. Kroppsbildeproblemer er forbundet med økt nivå av angst og depresjon og med redusert livskvalitet. Kroppsbildeproblemer er relativt større hos blant annet yngre pasienter og pasienter som opplever bivirkninger (Dahl, & Sørensen, 2016, s. 218). Skam og skyldfølelse er psykososiale konsekvenser som kan påvirke pasienten etter behandling av livmorhalskreft,

noe som er negativt for kvinnens seksualitet (Gjessing, Borg & Dahl, 2013). Livmorhalskreft kan forbindes med det å føle seg lite attraktiv på grunn av at sykdom ofte medfører forandring og funksjonsnedsettelse. Skamfølelsen kan gjelde atferdsmønstre hvor personen har vanskeligheter med å godta seg selv til å utføre visse handlinger som eksempelvis samleie (Gulbransen, 2008). Individets følelser for og holdninger til egen kropp er en viktig del av det seksuelle. Det å føle seg attraktiv og kjenne tiltrekningskraft er sentrale faktorer (Gjessing, Borg & Dahl, 2013). Etter gjennomgått kreftbehandling er det mange pasienter som ønsker å bekrefte seg selv som en seksuell person. Seksuell fungering og kroppsbildet er derfor sentrale temaer da det kan ha innflytelse på pasientens livskvaliteten (Dahl & Sørensen, 2016, s. 244).

#### **4.5 Kommunikasjon**

Kommunikasjon defineres i Eide & Eide (2012, s. 17) ”som utveksling av meningsfulle tegn mellom to eller flere parter.” Det betyr blant annet å delaktiggjøre pasienten. Begrepet relasjon er sentralt i kommunikasjonen med pasienten fordi det betyr å skape kontakt, forbindelse eller et forhold med et annet menneske. I møte med pasienten skaper den enkelte sykepleieren en relasjon til pasienten gjennom utveksling av tegn og signaler. Dette kan både være basert på nonverbal og verbal kommunikasjon som må fortolkes. Basert på hvordan pasienten tolker de ulike signalene sykepleieren uttrykker, skapes grunnlaget for eksempelvis tillit og nærhet som igjen kan føre til et godt samarbeid mellom begge partene. Sykepleieren skal bedrive profesjonell, hjelpende kommunikasjon for å nå et helsefaglig mål sammen med pasienten. Gjennom sykepleierens verdigrunnlag skal sykepleieren møte pasienten med respekt, og bidra til brukermedvirkning gjennom å styrke pasienten til å delta i egen behandlingsprosess for å beholde kontroll og makt over egen situasjon (Eide & Eide, 2012). I kommunikasjon med pasienter som har gjennomgått livmorhalskreft er det ulike perspektiver som er vesentlig å ha kunnskap om. De somatiske, sosiale, psykiske og eksistensielle perspektivene er viktige for å forstå sykdommens innvirkning på kroppen og seksualiteten, forståelse av pasientens mestringsevne og psykiske reaksjoner, og hvordan pasientens syn på livet er etter å ha overlevd livmorhalskreft (Dahl & Sørensen, 2016). Som sykepleier er det viktig å ha kunnskap om ulike kommunikasjonsstrategier for å skape en god relasjon og på den måten kunne samtale om seksuelle problemer i møte med pasienten (Gamnes, 2011).

## 4.6 Pasientveiledning

Sykepleiere har et ansvar ovenfor pasienten når det kommer til informasjon, undervisning og veiledning (Kunnskapsdepartementet, 2008, s. 6). Pasientveiledning omhandler god relasjon mellom sykepleier og pasient. Sykepleieren har ansvaret for at relasjonen i møte med pasienten blir så god som mulig, siden relasjon er sentralt i all form for omsorg og veiledningen, og bør derfor være støttende, utfordrende og anerkjennende. Disse momentene er viktige for at pasienten skal kunne utvikle en bevissthet og mestring av egen helse (Tveiten, 2016).

Veiledning er en etisk handling som bør bære preg av et profesjonelt faglig fundament, med mål og verdier (Christiansen, 2013). Det er av stor betydning at sykepleieren som fagperson er bevisst og tar etisk ansvar slik at brukerens autonomi og likeverd ivaretas. Respekt, likeverdighet, frivillighet, tillit og fortrolighet er nødvendig i veiledning av pasienten (Tveiten, 2016), da sykdom ofte påvirker menneskets livskvalitet og mange sammenlikner seg selv med hvordan alt var før sykdommen inntraff (Christiansen, 2013, s. 14-29). Gjennom pasientveiledning skal fokuset ligge i å utvikle kompetanse slik at pasienten skal kunne mestre sine helseutfordringer, som seksuelle problemer etter gjennomgått behandling av livmorhalskreft. For å kunne ta vare på egen helse er både kunnskap, ferdigheter og holdninger nødvendig, og brukeren må ha selvbevissthet og kunne reflektere over egne holdninger og valg (Tveiten, 2016). Det er også vesentlig at pasienten er aktivt med i prosessen og bidrar til innholdet i samtalen. Ved å være aktivt med kan pasienten tilegne seg innsikt og få en bredere forståelse ved å reflektere over egen situasjon (Reitan, 2010, s 113).

Kommunikasjon er det viktigste arbeidsredskapet sykepleieren har i møte med pasienten (Borg, 2010). Gjennom en faglig, pedagogisk og kommunikativ prosess skal veiledning bidra til at pasienten lærer og mestrer å leve med sin sykdomsrelaterte livssituasjon (Christiansen, 2013). De konkrete, personlige og praktiske utfordringene kvinnen er utsatt for, skal defineres og løses gjennom pasientveiledningen (Reitan, 2010, s 113).

## 4.6 PLISSIT – modellen

PLISSIT modellen er en kommunikasjonsmodell for pasientsamtaler som omhandler seksualitet. Målet med dette verktøyet er å lette kommunikasjonen rundt temaet seksualitet, og åpne for rådgivning og sexologisk behandling (Dahl, & Sørensen, 2016, s. 248). For sykepleiere er kommunikasjon det viktigste arbeidsredskapet i dialog med pasienter, og derfor er PLISSIT modellen et nyttig verktøy når sykepleieren skal veilede om seksualitet etter blant annet gjennomgått behandling av livmorhalskreft (Schjølberg, 2013, s. 141). Modellen er bygget opp som en pyramide med de fire nivåene P, LI, SS, og IT og blir beskrevet videre i oppgaven (Gannes, 2011, s. 87):

*P - Permission* er en arena for at pasienten skal kunne sette ord på sine tanker rundt sin seksualitet (Schjølberg, 2013, s. 141). PLISSIT modellen foreslår at sykepleiere skal åpne for at pasienten skal ha mulighet til å ta opp problemer eller bekymringer angående deres seksualitet (Gjessing, Borg & Dahl, 2013). Når pasienten får tillatelse til å snakke om temaet, og sykepleieren gir uttrykk for å ville snakke om det og er en god lytter, vil mange av problemene løses på dette nivået (Dahl, & Sørensen, 2016, s. 248).

*LI - Limited Information* går ut på å gi pasienten informasjon om seksuelle forhold i forbindelse med kreftsykdommen og behandlingen. Det kan være mer spesifikk informasjon om hvordan diagnose og behandling får konsekvenser for deres seksualitet, avklaring av misforståelser og en forsikring om at deres bekymringer om temaet er vanlig (Dahl & Sørensen, 2016, s. 248). Pasienten skal få denne informasjonen uten å selv ta initiativ (Schjølberg, 2013, s. 141). Det blir viktig å snakke om forventinger til et videre samliv inkludert det seksuelle (Gjessing, Borg & Dahl, 2013).

*SS Specific suggestions* omhandler å gi råd til pasienten på en slik måte at det kan gjøre pasienten i stand til å mestre konkrete situasjoner. Rådene kan være konkrete forslag til løsninger på hvordan et godt seksualliv kan opprettholdes og utvikles. Konkrete forslag innebærer også informasjon om seksualtekniske hjelpemidler (Schjølberg, 2013). Det er viktig å finne løsninger som fremmer pasientens seksualitet (Borg, 2010, s. 128), og forslag gis til pasienten ut i fra de problemene som er presentert (Gjessing, Borg & Dahl, 2013).

*IT – Intensive therapy* er det nivået i modellen som ofte bare er aktuelt for et fåtall av pasientene, men problemene de har kan være større og mer komplekse. Pasientene trenger ofte mer spesialisert behandling av spesialister som har mer kunnskap innen sexologi enn det en gjennomsnittlig sykepleier har (Gjessing, Borg & Dahl, 2013). Sykepleierens rolle blir da å henvise pasienten videre og motivere pasienten til å gjennomgå behandlingen (Schjølberg, 2013, s. 141).



## **5 Livmorhalskreft: hvordan kan sykepleier informere og veilede om seksualitet til kvinner etter gjennomgått behandling?**

### **5.1 Innledning**

I dette kapitlet drøftes det sykepleiefaglige kunnskapsgrunnlaget, samt lovverk, yrkesetiske retningslinjer og teori, som er redegjort for tidligere i oppgaven, opp mot forskningslitteraturen. Drøftingen skal på bakgrunn av denne litteraturen belyse de ulike sidene av den sykepleiefaglige funksjonen, skape diskusjon og argumentasjon for hvordan sykepleiere kan anvende sin undervisende og veiledende funksjon, samt fremme helse og forebygge sykdom i møte med en pasient som har gjennomgått behandling av livmorhalskreft. På den måten kan jeg vise evne til kritisk og systematisk refleksjon over den angitte problemstilling i oppgaven (Dalland, 2010, s. 122).

### **5.2 God relasjon – et viktig grunnlag i møte med pasienten**

Kvinner som har vært under behandling for livmorhalskreft kan oppleve en spenning mellom personlig vekst og frykt for tilbakefall, følelsen av å være forlatt og av utilstrekkelig informasjon og veiledning etter behandlingen (Sekse, Gjendal & Råheim 2013). Dette kan føre til at pasienter som har overlevd kreftbehandling ønsker å få bekreftet sin seksualitet, og derfor vil det være hensiktsmessig for pasienten å ta tak i utfordringer som eksempelvis seksuell fungering og eget kroppsbilde. Noen vil hevde at sykepleiere som jobber med kreftpasienter, ofte gir lite rom for samtale om disse forholdene (Dahl & Sørensen, 2016). Sykepleierens møte med pasienten er ofte kort, derfor er det rimelig at informasjon og veiledning gis på et riktig tidspunkt når kvinnens oppmerksomhet er rettet mot sine problemer knyttet til seksualiteten (Jerpseth, 2016). På den ene siden foregår behandling av kvinner som har vært utsatt for livmorhalskreft postoperativt på polikliniske avdelinger hvor temaer som seksualitet tas opp (Jerpseth, 2016). På den annen side kan det være nyttig å nevne temaet seksualitet pre operativt slik at dialogen lettere kan tas opp igjen etter behandlingen og når pasienten er klar for det (Borg, 2010). Rett etter at kreftdiagnosen er stilt er de fleste pasienter

opptatt av diagnose, behandling og prognose. Spørsmålene rundt seksualfunksjon kommer ofte senere og det kan ta opp til et eller flere år før pasientene søker råd og veiledning (Gjessing, Borg & Dahl, 2013). Det støtter opp under Sekse et al., (2013) som beskriver at kvinner diagnostisert med gynekologisk kreft stort sett har en intens trang om å fjerne kreften fra kroppen så raskt som mulig etter at diagnosen er satt. Videre viser det seg at kvinnene måtte lære å kjenne sin egen kropp og gjenvinne kontroll og tillit så lenge som 5 år etter behandling, for å blant annet jobbe med forandringene med deres seksualitet. Dette viser at pasientene trenger tid og at det kan være nødvendig med hjelp for å bearbeide et endret kroppsbilde, og for at seksualiteten skal kunne gjenopprettes. Selv om møter med kvinner på poliklinisk avdeling ofte er korte, er relasjonen viktig for at pasienten skal kunne tillate å åpne seg og samtale om temaet (Dahl & Sørensen, 2016). Christiansen (2013, s. 168) mener at det profesjonelle møte innebærer å være personlig og engasjere seg i relasjonen til pasienten. Det å ha interesse og vise engasjement ovenfor den andres situasjon forbindes med fagkunnskap og vilje til å hjelpe. Sykepleieren er i en god posisjon til å gjøre noe med pasientens seksuelle problemer knyttet til sykdommen, og det bør inngå som en naturlig del av rådgivningen i møte med kvinnen (Jerpseth, 2016).

I følge Gamnes (2011) er det viktig å skape en god relasjon i det første møte med pasienten der kvinnen skal være hovedpersonen. God relasjonen mellom sykepleieren og pasienten er vesentlig i den helsefremmende prosessen (Kristoffersen, 2011). Derimot vil det alltid være asymmetri i relasjonen mellom sykepleieren og pasienten da sykepleieren er den profesjonelle hjelperen med kunnskapen og kompetansen, og pasienten selv har en egen oppfatning av den situasjonen hun er i. Derfor er det viktig at begge parter har en forståelse av hverandres roller og ansvar (Dahl & Sørensen, 2016) På den ene siden vil riktig bruk av verbal kommunikasjon være viktig i samtale med pasienten, et riktig språkbruk øker forståelsen av informasjonen som blir gitt og fører til at samtalen mellom partene blir komfortabel (Gamnes, 2011, s. 99). Sykepleieren bør ta utgangspunktet i pasientens opplevelse og forståelse av situasjonen, der dialog, aktiv lytting og spørsmål er en del av veiledningen (Christiansen, 2013, s.29). Det er også en forutsetning at tillit etableres og god kontakt skapes mellom sykepleieren og pasienten til tross for faktorer som måtte stå i veien. For å skape god kontakt gjennom sykepleierens undervisende og veiledende funksjon, er kommunikasjon, relasjon og innhold i samtalen vesentlig. Undervisningen bør ikke være belærende. Hvordan pasienten blir anerkjent er viktig, hvor retter hjelperen oppmerksomheten sin? På den andre siden er det viktig at sykepleieren er bevisst sin nonverbal kommunikasjon og kroppsholdning, for

eksempel når sykepleieren er vendt mot pasienten vil det invitere til samhandling. Dessuten vil både plassering i rommet og bevegelsesmønster ha betydning for hvordan pasienten oppfatter sykepleieren. Vender man for eksempel ryggen mot pasienten, formidler man utilgjengelighet. Førsteintrykket av kroppsholdning, stemmebruk og blikk-kontakt er viktig og har betydning for videre samhandling (Christiansen, 2013).

Gjennom informasjon og veiledning vil pasienten få mulighet til å ha samtale om sine seksuelle problemer (Borg, 2010). I dialog med pasienten plikter sykepleieren å jobbe etter de yrkesetiske retningslinjene herunder kravet om faglig forsvarlighet og omsorgsfull helsehjelp (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2016). Videre belyser retningslinjene til Den internasjonale sykepleieorganisasjonen (ICNs) at pasienter har krav på å få nok informasjon angående sin tilstand, for å kunne ta del i de beslutninger som gjelder henne. Sykepleier har derfor et ansvar for å gi pasienten informasjon om sykdom, behandling og eventuelle konsekvenser det kan ha for kvinnens seksualitet (Borg, 2010).

Det er mulig at skjult behov for informasjon kan identifiseres gjennom å bare spørre hvordan pasienten har det (Eide & Eide, 2012, s. 294). Ved å trekke inn det første punktet P i PLISSIT modellen, som står for tillatelse, kan sykepleieren være til god hjelp bare ved å snakke om temaet ut ifra sitt faglige ståsted og være lyttende til det pasienten har å si (Gamnes, 2011, s. 88). Gjennom å stille åpne spørsmål og lytte til pasientens fortellinger kan sykepleieren legge grunnlag for empatisk forståelse og avklaring av hva pasienten trenger av informasjon (Eide & Eide, 2012, s. 294). Med grunnlag i dette vil tilpasset informasjon til den enkelte pasient føre til åpenhet og bidrar til bedre forståelse over egen situasjon og være med på å skape en god sykepleie og pasient relasjon (Borg, 2010, s.128).

### **5.3 Hvordan kan sykepleieren tilrettelegge for veiledning?**

Til tross for at pasienter uttrykker at de ikke mestrer å snakke med sykepleiere vedrørende sine seksuelle problemer, trenger de å få informasjon og veiledning (Bal et al., 2012). I følge Gamnes (2011, s. 99) har sykepleiere stort sett mye kontakt med pasientene før, under og etter behandlingen. Det at det er gitt tilstrekkelig informasjon om konsekvenser og bivirkninger av

behandlingen, og at informasjonen er forstått er vesentlig for videre veiledning om seksualitet. Videre skal veiledningen være en betydningsfull, profesjonell assistanse til å fremme individers læring og utvikling (Reitan, 2010, s.113).

PLISSIT modellen som en kommunikasjonsmodell vil i følge Gamnes (2011), Kristoffersen (2011) og Barbera et al., (2011) være en god metode når sykepleieren skal tilnærme seg pasienten, og å utforske kvinnens bekymringer. Ved å utfordre pasienten til å lede diskusjonene kan sykepleieren sammen med pasienten identifisere behovet for informasjon og veiledning. Ved bruk av den helsefremmende sykepleiefunksjonen i fagutøvelsen kan sykepleieren bidra til utvikling av pasientens mestringsevne. Helsefremming er ifølge ICNs etiske retningslinjer for sykepleiere en sentral sykepleiefunksjon (Norsk sykepleieforbund, 2011). På den annen side mener Kristoffersen (2011) at sykepleierens undervisende og veiledende funksjon også må være til stede for å kunne styrke pasientens ressurser gjennom sykepleierens kunnskaper, ferdigheter og erfaringer. Dette er faktorer som er med på å øke sykepleierens pedagogiske kompetanse når fokuset er på dialogen mellom sykepleieren og den enkelte pasient. Dette støttes av Cleary, McCarthy & Hegarty (2012) som påpeker at når sykepleiere skal undervise og veilede pasienter må de ha en forståelse for hvordan pasienten lærer.

Tveiten (2016, s. 89) tar utgangspunktet i brukerens opplevelser, erfaringer, forståelse og behov, når sykepleier skal veilede pasienten. Gjennom dialog styrkes brukerens kompetanse til å mestre egen situasjon, eget liv og faktorer som påvirker pasientens seksualitet. Videre i veiledningen påpeker Reitan (2010, s.112) at undervisningen og veiledningen skal bygge på en individuell tilpasset undervisningsplan som er realistisk ut ifra tanker om hva kvinnen har behov for å lære og mestre. Dette er en rett pasienter har og står nedfelt i Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 2-5.

I følge Gamnes (2011) er poenget med PLISSIT modellen å beskrive ulike nivåer sykepleieren kan forholde seg til og behandle pasienters seksuelle problemer på. Jerpseth (2010) mener at det kan være tilstrekkelig at sykepleieren gir tillatelse gjennom P-nivået i modellen, for å gi pasienten mulighet til å åpne seg og snakke om situasjonen hun er i og hvordan hun ser på det å ha et aktivt samliv etter behandlingen. Dette støttes av Gjessing et al., (2013) som mener at mange av de pasientene om trenger hjelp og informasjon vedrørende seksuelle problemer, ofte befinner seg på det første punktet ”Permission”.

På en annen side så skal ikke pasienter generaliseres, veiledningen skal være individuelt tilpasset siden pasienter har ulike behov for informasjon og veiledning (Pedersen et al., 2013). Derfor mener Dahl & Sørensen (2016, s. 248) at LI-nivået i PLISSIT modellen er sentral da den gir videre spesifikk informasjon om seksuelle forhold i forbindelse med kreftsykdommen og behandlingen pasienten har gjennomgått. På dette nivået kan blant annet de psykososiale konsekvensene som skam og skyldfølelse bearbeides ved at ”Limited information” gir avklaring av misforståelser og åpner for samtale om forventninger til et videre samliv. Ved å gi konkret informasjon og råd om seksuelle temaer gir en også tillatelse til å snakke om temaet (Gamnes, 2011, s. 88).

Spesifikke forslag er i følge Gamnes (2011) viktig for å finne løsninger som fremmer pasientens seksualitet. Cleary et al., (2012) påpeker at om ikke pasienten har fått noe hjelp i P- eller LI-nivået i PLISSIT modellen vil SS-nivået ”Specific suggestions” være et sentralt punkt og skal gi spesifikke forslag for å overvinne spesifikke seksuelle problemer. Eksempler på rådgivning under dette punktet kan i følge Gjessing et al. (2016) være angående seksualtekniske hjelpemidler som bruk av dilatator hos blant annet kvinner som har fått strålebehandling og som har medført arrdannelse i skjeden slik at den har skrumpet inn og ført til sammenvoksinger, og gjør samleie vanskelig (Kreftforeningen, utdatert). Men på den annen siden kan behovet for sensitivitetstrening være vesentlig, og fokus på massasje og kroppskontakt kan føre fokuset over på noe annet enn ”normalt” samleie (Borg, 2010, s. 128).

Det siste nivået i modellen ”Intensive therapy” er et nivå hvor pasienten har større og mer komplekse problemer. Da sykepleieren ikke er spesialist innen sexologi, er oppgaven til sykepleieren derfor å motivere pasienten til å gjennomgå behandling og henvise pasienten videre. Det er også en lovpålagt plikt sykepleieren har, som sier at pasienter skal henvises videre dersom sykepleierens faglige kvalifikasjoner ikke er tilstrekkelige (Helsepersonelloven, 1999, § 4). Dette støttes av Cleary et al., (2012) som uttrykker at sykepleiere kun jobber til SS-nivået i PLISSIT modellen, ettersom de mangler den nødvendige kompetansen for å gå videre til det siste trinnet.

I følge Pasient og brukerrettighetsloven (1999, § 3-2) har sykepleieren en lovpålagt plikt til å gi informasjon om konsekvenser behandlingen kan ha for kvinnens seksualliv. Informasjonen skal gis uten at pasienten selv må ta initiativet (Gamnes, 2011). Eide & Eide (2012) støtter

opp om at informasjonsplikt er nødvendig og sier at informasjon er en av sykepleierens viktigste kommunikative oppgaver i veiledning av pasienten. Sammenliknet med studien Pedersen, Koftved & Nielsen (2013) beskrives det at pasientene blir overbelastet med informasjon, og at økning i antall polikliniske pasienter og krav om effektivitet fører til mangel på tilgang på sykepleiere og at dette skaper kommunikasjonsvansker. Det kan tenkes at problemet ikke ligger i for lite informasjon, men at kommunikasjonsferdighetene til sykepleieren ikke er optimal. Videre sier Pedersen et al., (2013) at pasienter har ulike behov for informasjon, og derfor er det en utfordring for sykepleiere å skreddersy informasjon til den enkelte pasient. For å understreke at krav om økt effektivitet fører til mangel på tilgang på sykepleiere og tid, konkluderte studie av Cleary et al., (2012) med at én times veiledning med pasienten var nok for å møte informasjonsbehovet til kvinner med seksuelle problemer etter gynekologisk kreft.

Formidling av informasjon skal i følge Eide & Eide (2012, s. 292) kunne nå frem til pasienten på en måten som gjør at pasienten føler seg ivaretatt og at innholdet av informasjonen er mottatt og forstått. Det viste seg i Cleary et al., (2012) at behovet for informasjon og støtte rundt seksualitet overskred alle andre kategorier. Informasjon ga økt kunnskap hos pasienten og reduksjon av redsel. Dette understreker behovet kvinner med gynekologisk kreft har for å motta relevant informasjon om påvirkninger behandling har på seksualitet. Sykepleiere er i en ideell posisjon til å informere pasientene om seksualitet siden de er i kontakt med pasientene på en daglig basis, og det viser seg at pasienter ønsker informasjonen fra sykepleierne. Videre sier Cleary et al., (2012) at pasienter kan ha behov for informasjon gjennom ulike brosjyrer og informasjonsskriv i tillegg til den verbale informasjonen. Dette kan gi pasientene en påminnelse om den verbale informasjonen som har blitt gitt. Informasjonsskriv kan være et positivt tiltak da både pasienter og sykepleiere synes det er vanskelig å kommunisere om temaet seksualitet, det kan være en fin inngangsport for samtale om temaet.

#### **5.4 Hva må være til stede av sykepleiekompetanse for å kunne informere og veilede pasienten om seksualitet?**

Sykepleie bygger på et fundament av teoretisk fagkunnskap som viser hvordan konkrete handlinger skal utføres i utøvelsen av sykepleie, for å kunne ivareta pasientens grunnleggende

behov (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011). Seksualitet beskrives som noe sentralt ved det å være menneske og er et av menneskets grunnleggende behov (World Health Organization, 2010). Helsepersonell mangler ofte kunnskap om seksualitet, og særlig hva kreftsykdommen og behandlingen gjør med pasientens seksualitet (Dahl & Sørensen, 2016). I følge Gamnes (2011) er det en sentral oppgave for sykepleiere å ta ansvar for pasientens seksuelle behov. Det er derfor nødvendig med grunnleggende kunnskap om sykdom og hvordan dens komplikasjoner kan påvirke blant annet kjønnsorganer og seksualiteten. Dette understrekes av Almås og Benestad (2006) som mener at kunnskap i anvendelse av PLISSIT-modellen er avgjørende for å kunne utvide pasientens egne kunnskaper.

I følge Barbera et al. (2011) lider pasienter som har vært utsatt for livmorhalskreft ofte av både fysiske og emosjonelle konsekvenser som følge av kreftbehandlingen. Konsekvensene har særlig innvirkning på blant annet pasientens seksualitet og seksuelle funksjon. Formålet for studiene til Barbera et al. (2011) er å undersøke hvordan helsepersonell kan bedre omsorgen for kvinner etter gynekologisk kreft da så mange som 50% av kvinner som er behandlet med strålebehandling, cytostatika eller kirurgi, opplever problemer med seksualitet. Studien viser at så mange som to tredjedeler av kvinnene som ble intervjuet, hadde nedsatt seksuell interesse, sjeldent eller ingen seksuelle relasjoner, og høy forekomst av utilfredshet med deres seksuelle liv. Spesielt de med livmorhalskreft rapporterte forverring etter diagnose og behandling. Dette viser at den innvirkningen kreftdiagnose og behandling har for kvinnenes seksualitet bør få økt anerkjennelse som en viktig del av oppfølgingen pasientene får. I studien til Sekse et al., (2013, s.16) kommer det frem at pasienter ikke får nok informasjon eller veiledning etter behandling, kvinnene føler seg forlatt i en forandret kropp. Videre i studien til Sekse et al. (2013, s. 25) viste det seg at kreften som kvinnene hadde overlevd gjorde dem sårbare, og førte til at intime temaer som seksualitet var vanskelig å ta opp. Kvinnene mente at informasjonen de fikk i behandlingsforløpet var alt for kort, hektisk og medisinsk orientert. Hadde helsepersonellet reist spørsmål og informert om sensitive temaer gjennom hele behandlingsforløpet ville det gjort det lettere å forstå følelsen av å være fremmedgjort i egen kropp. Med bakgrunn i resultatene i vitenskapsartiklene ovenfor og det Gamnes (2011) betegner som grunnleggende kunnskap, kan en forklaring på mangelfull kompetanse hos sykepleiere være at de ikke har fått tilstrekkelig kunnskap om konsekvenser av livmorhalskreft og behandlingen. Om ikke sykepleiere forstår omfanget av hvordan seksualiteten påvirkes, vil de muligens ikke anse temaet som viktig nok i informasjonen de gir pasienten.

I følge studien av Saunamäki et al. (2009) viser det seg at mangel på kunnskap ikke alltid er årsaken til at temaet seksualitet unnvikes. Studien viser at mer enn 90% av sykepleierne forstår omfanget av hvordan pasientens sykdom og behandling kan påvirke deres seksualitet. To tredjedeler sa at de følte seg komfortable i samtale om seksuelle problemer, og var enige i at det er sykepleierens oppgave å oppmuntre pasienter til å snakke om sine seksuelle bekymringer. Dersom kunnskapen er til stede, hva er det da som står i veien for å ta opp pasienters seksuelle bekymringer? Det viste seg i Saunamäki et al. (2009) at problemet var å ta seg tiden til å diskutere temaet, og noen av deltakerne følte seg ikke selvsikre nok i deres evne til å håndtere pasientens seksuelle bekymring. Videre i studien viste det seg at eldre sykepleiere følte seg mer selvsikre til å ta opp pasientenes seksuelle bekymringer, jo eldre sykepleiere jo mer positive holdninger til seksualitet. I tillegg viste det seg at flere år mer erfaring i jobben som sykepleier og videreutdanning førte til økt selvsikkerhet omkring temaet.

I studien Cleary et al., (2012) ga sykepleiere uttrykk for at de ikke ønsker å veilede pasienter om seksualitet da de mener at det ikke er deres jobb, at det er et flaut tema eller at de ikke har nok kunnskap. Dette kan tyde på at sykepleiere har mangel på profesjonalitet og at informasjon og veiledning om seksualitet er avhengig av personlige erfaringer og ferdigheter. For å sikre målrettet informasjon må i følge Pedersen et al., (2013) forholdet mellom sykepleiere og pasienter bygge på profesjonens verdier inkludert pasientenes perspektiv på sykdom. Sykepleiere må være kritiske i hvordan de gir informasjon og hvordan de fremtrer for å styrke pasientens medvirkning i behandlingen av egen tilstand. Dette støttes av Gamnes (2011) som forklarer viktigheten av å være profesjonell og følge de yrkesetiske retningslinjer når sykepleiere informerer og veileder pasienter angående deres seksualliv og seksuelle problemer knyttet til sykdom og behandling. Profesjonalitet skaper trygghet, og er med på å ivareta pasienten verdier. Kunnskap om andres verdier, kommunikasjon og etikk er noe som må oppleves og erfares, for å kunne gjøre seg bevisst om sine egne holdninger og utvikle sin egen faglige kompetanse. Sykepleiere er i følge Gamnes (2011) som alle andre mennesker påvirket av holdninger, fordommer, myter og vrangforestillinger og kan selv ha uløste seksuelle problemer. Derfor er holdninger innad i et arbeidsteam avgjørende for hvilke prioriteringer som blir gjort ved informasjon og veiledning av pasienter om seksuelle dysfunksjoner og/eller problemer. I følge Dahl & Sørensen (2016) kan en fordom hos sykepleiere oppstå når pasienten er eldre enn sykepleieren. Da kan temaet oppleves flaut og



pinlig. En forutsetning for å være til stede og jobbe med pasientens seksualitet, er at sykepleieren må kunne forstå og kontinuerlig arbeide med sin egen seksualitet (Borg, 2010, s.126). Som nevnt tidligere, mangler sykepleiere ofte kunnskap om seksualitet, og særlig hva kreftsykdommen og behandlingen har gjort med pasientens seksualitet (Dahl & Sørensen, 2016). Som sykepleier er det i følge Borg (2010) sentralt å ha kunnskap om både de fysiske og de psykososiale utfordringene, og i tillegg ha et emosjonelt engasjement. Empati fører til trygghet som igjen fører til at samtaler om følelser og seksualitet blir lettere. I følge studien Bal et al., (2013, s.84) har det blitt påvist at en svikt som vanligvis ses hos pasienter med livmorhalskreft er at kvinnen mister kjønnshormonet østrogen. Ved tap av dette hormonet kan kvinne oppleve hetetokter, vaginal tørrhet og atrofi, urininkontinens, depresjon og tap av libido. Gamnes (2011) påpeker at det er mange hormoner som spiller inn på kvinnens seksualitet. Hormoner som testosteron, østrogen og oksytocin stimulerer den seksuelle lysten og fører til blant annet fuktighet i kjeden og fremmer orgasme. Dette er eksempler på faglig kunnskap sykepleieren er avhengig av å ha, for å dekke sitt ansvar som sykepleier innenfor de relevante ansvars og funksjonsområdene.

## **5.5 Viktigheten av å holde seg faglig oppdatert**

I de yrkesetiske retningslinjene stilles det krav til at sykepleier holder seg oppdatert om blant annet forskning og utvikling innen eget fagområdet, for å bidra til at ny kunnskap blir anvendt i praksis (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2016, pkt 1.4). Studien av Miles & Johnson (2014) viser at bruk av vaginal dilatasjon som terapi under og etter strålebehandling for å forhindre sammenvoksninger i skjeden, kan forstyrre skjeden i den inflammatoriske fasen, føre til ytterligere arrdannelse og være en psykisk belastning. I tillegg har den i noen tilfeller forårsaket sjeldne, men alvorlige skader i endetarmen. Vaginal dilatasjon ved strålebehandling er standard praksis rundt om i verden, og det er anbefalt med dilatasjon opp til to ganger i uken på ubestemt tid etter strålebehandling (Gjessing et al., 2013, s.106). Miles et al., (2014) argumenterer mot bruk av vaginal dilatasjon da de mener det kan være skadelig for kvinnene, og at det ikke er noe bevis på at denne type behandling verken forhindrer stenose eller gir kvinnen økt livskvalitet. Men på den annen side er kvinnen avhengig av å holde skjeden åpen for å muliggjøre blant annet ulike undersøkelser i oppfølgingsperioden etter behandling av livmorhalskreft. Derfor har vaginal dilatasjon blitt anvendt for å stimulere

skjeden til å strekke seg og vokse etter strålebehandling og forhindre stenose. Ved at sykepleieren følger de yrkesetiske retningslinjene og holder seg faglig oppdatert på forskning som dette, kan veiledningen foregå på en profesjonell måte slik at pasienten får den tilstrekkelige informasjonen og veiledningen hun trenger for fremme helse og forbygge de komplikasjonene pasienten er utsatt for etter behandlingen.

## 6 KONKLUSJON

Denne bacheloroppgaven har hatt til hensikt å se hvordan sykepleier kan informere og veilede om seksualitet til kvinner etter gjennomgått behandling.

Sykepleiere har en rekke funksjoner og roller i møte med pasienten, og som oppgaven belyser, er kommunikasjon en grunnleggende ferdighet for å skape god relasjon i samhandling med pasienten som skal informeres og veiledes om blant annet seksualitet. De funnene som har blitt gjort tyder på at sykepleiere mangler kompetanse i form av generelle kunnskaper, kommunikasjonsferdigheter og holdningsbarrierer som kan hindre helsefremming hos pasienten.

Jeg valgte å fokusere på sykepleierens undervisende og veiledende funksjon som fokuserer på læring, utvikling og mestring hos pasienten. Gjennom denne funksjonen vil veiledning og informasjon kunne øke pasientens kunnskaper og forståelse, som igjen er med på å fremme helse og øke pasientens livskvalitet. Det er en forutsetning at sykepleieren fokuserer på det helhetlige mennesket, og tilpasser informasjonen etter pasientens behov. Dette er med på å skape trygghet og fremmer mestring hos pasienten som er i en sårbar situasjon.

Forskningen tyder på at kunnskapsbasert praksis er vesentlig for å skape en god og trygg relasjon til den enkelte pasient. Dette er faktorer som er nødvendige for at sykepleieren skal kunne informere og veilede om seksualitet i anvendelsen av PLISSIT modellen som en kommunikasjons- og rådgivingsmodell. Seksualitet er et grunnleggende behov og er integrert som en del av menneskelivet. Sykepleieren har derfor et ansvar som profesjonell yrkesutøver å bringe temaet opp. For at veiledningen skal være hensiktsmessig for pasienten kreves det en bevisstgjøring av egen kompetanse, forventinger, fordommer og holdninger.

PLISSIT modellen som et verktøy i kommunikasjon med pasienter som har gjennomgått behandling av livmorhalskreft, viser seg å være et nyttig hjelpemiddel for sykepleiere. Basert på den enkelte pasients bakgrunn og ressurser, gjør modellen det lettere å identifisere potensielle og reelle problemer når tiden er knapp. Den bidrar til å forsterke sykepleierens helsefremmende og forebyggende funksjon. Modellen vil i første omgang gi pasienten tillatelse til å ta opp sine seksuelle problemer. Ved hjelp informasjon og veiledning vil sykepleieren gjennom de neste trinnene i PLISSIT modellen bidra til å kartlegge de fysiske og

psykososiale konsekvensene behandlingen har hatt for pasienten og øke hennes selvbevissthet slik at pasienten kan lære og mestre å leve med sin livssituasjon og forhåpentligvis unngå redusert livskvalitet knyttet til sin seksualitet.

## LITTERATURLISTE

- Aaserud, R. (2016, 05.04.). Seksualitet – hvordan og hvorfor snakke med pasientene om det?  
Hentet fra <https://www.napha.no/content/20617/Seksualitet--hvordan-og-hvorfor-snakke-med-pasientene-om-det>
- Almås, E., & Benestad, E. (2006). *Sexologi i praksis* (2 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Bal, M. D., Yilmaz, S. D., & Beji, N. K. (2013). Sexual health in patients with gynecological cancer: a qualitative study. *Sexuality and Disability*, 31(1), 83-92.
- Barbera, L., Fitch, M., Adams, L., Doyle, C., DasGupta, T., & Blake, J. (2011). Improving care for women after gynecological cancer: the development of a sexuality clinic. *Menopause*, 18(12), 1327-1333.
- Borg, T. (2010). Seksualitet. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling* (s. 121 - 130). Oslo: Akribe AS.
- Christiansen, B. (2013). Helseveiledning – hva menes?. I B. Christiansen (Red.), *Helseveiledning*. (s.13-27) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Cleary, V., McCarthy, G., & Hegarty, J. (2012). Development of an Educational Intervention Focused on Sexuality for Women with Gynecological Cancer. *Journal Of Psychosocial Oncology*, 30(5), 535-555. doi:10.1080/07347332.2012.703767
- Dahl, A. A., & Sørensen, T. (2016). *Kreftsykdom: psykologiske og sosiale perspektiver*. Oslo: CAPPELEN DAMM AS
- Dalland, O. (2010). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Eide, H., & Eide, T. (2012). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

- Fosså, A., Hølmekbakk T., Smeland S & Fosså, S. D. (2013). En oversikt over kreftbehandling. I J. H. Loge, A. A. Dahl, S. D. Fosså & C. E. Kiserud (Red.), *Kreftoverleverer: Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv 2.utg* (s. 27 – 43). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Gamnes, S. (2011). Nærhet og seksualitet. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E. -A. Skaug (Red), *Grunnleggende sykepleie bind 3: pasientfenomener og livsutfordringer* (s. 71 – 102). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Gjessing, R., Borg, & Dahl, A.A. (2013). *Kreftoverleverer: Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Gjessing, R., Borg, & Dahl, A. A. (2013). Problemer med seksualitet. I J. H. Loge, A. A. Dahl, S. D. Fosså & C. E. Kiserud (Red.), *Kreftoverleverer: Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv* (2. utg., s. 87 - 108). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Gulbrandsen. (2008). Skam og sykdom. I P. Fugelli, G. H. Stang & B. Wilmar (Red.), *Skam i det medisinske rom* (s. 100-113). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Helsepersonelloven. (1999. Lov om helsepersonell m.v. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Helsedirektoratet. (2016). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for gynekologisk kreft*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonalt-handlingsprogram-med-retningslinjer-for-diagnostikk-behandling-og-oppfolging-av-gynekologisk-kreft>
- Jerpseth, H. (2016). Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. I D-G. Stubberud, R. Grønseth og H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5 utg., s. 133-165). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Kiserud, E & Fosså, S. D. (2013). Kjønnshormoner og fruktbarhet. I J. H. Loge, A. A. Dahl, S. D. Fosså & C. E. Kiserud (Red.), *Kreftoverleverer: Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv 2.utg* (2 utg., s. 80 – 86). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kreftforeningen. (2017.31.01). Livmorhalskreft: Cervixcancer. Hentet fra

<https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/livmorhalskreft/>

Kreftforeningen. (utdatert). Seneffekter. Hentet fra:

<https://kreftforeningen.no/omkreft/seneffekt/>

Kreftregisteret. (2015a). Cancer in Norway 2015: Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway. Hentet fra [https://www.kreftregisteret.no/globalassets/cancer-in-norway/2015/cin2015-special\\_issue-web.pdf](https://www.kreftregisteret.no/globalassets/cancer-in-norway/2015/cin2015-special_issue-web.pdf)

Kreftregisteret. (2015b). Livmorhalskreft. Hentet fra

<https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Fakta-om-kreft/Livmorhalskreft/>

Kristensen, G. (2010). Kreft i kvinnelige kjønnsorganer. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling* (s. 528 – 541). Oslo: Akribe AS.

Kristoffersen, N. J. (2011). Den myndige pasienten. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. -A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1: sykepleierens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg., s. 161-195). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kristoffersen, N. J. (2011). Sykepleie – kunnskap og kompetanse. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. -A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3: pasientfenomener og livsutfordringer* (2. utg., s. 337-381). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E-A. (2011). Om sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. -A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1: sykepleierens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg., s. 15 – 28). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kristoff, A. (2016). Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2.utg., s. 401-417). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanningen*. Hentet fra

[https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan\\_sykepleierutdanning\\_08.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf)

- Miles, T., & Johnson, N. (2014). Vaginal dilator therapy for women receiving pelvic radiotherapy. *The Cochrane Library*. (9): CD007291.  
doi:10.1002/14651858.CD007291.pub2.
- Molven, O. (2016). *Sykepleie og jus* (5.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse. I D-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. Utg., s. 17-37). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Norsk sykepleierforbund. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere; ICNs etiske regler*. Hentet fra [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)
- Odland, L-H. (2013). Menneskesyn. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (s. 23 – 41). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Pasient og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter.  
Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Pedersen, B., Kjøttved, D. P., & Nielsen, L. L. (2013). Living with side effects from cancer treatment—a challenge to target information. *Scandinavian journal of caring sciences*, 27(3), 715-723.
- Reitan, A. M. (2010). Kommunikasjon. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling* (s. 102 – 119). Oslo: Akribe AS.
- Sand, O., Sjaastad, Ø. V., Haug, E., & Bjålie, J. G. (2012). *Menneskekroppen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Saunamäki, N., Andersson, M., & Engström, M. (2010). Discussing sexuality with patients:nurses` attitudes and beliefs. *Journal Of Advanced Nursing*, 66(6), 1308-



1316.Doi:10.1111/j.1365-2648-2010.05260.x

Schjøllberg, T. K. (2013). Sykepleie til pasienter med kreft. I U. Knutstad (Red.), *Utøvelse av klinisk sykepleie: sykepleieboken 3* (2 utg., s. 104 – 158). Oslo: CAPPELEN DAMM AS.

Sekse, R. J. T., Gjengedal, E., & Råheim, M. (2013). Living in a changed female body after gynecological cancer. *Health care for women international*, 34(1), 14-33.

Sneltvedt, T. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4. utg., s. 97 – 110). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Thidemann, I-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.

Tveiten. (2016). *Helsepedagogikk: pasient og pårørendeopplæring*. Bergen: Vigmostad & Bjørke AS.

World Health Organization. (2010). Sexual and reproductive health. Hentet fra [http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual\\_health/sh\\_definitions/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/)

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. (2016). *Sykepleieren og pasienten*. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>





