



Hvordan kan sykepleier veilede om vaginal dilatasjon til kvinner etter gjennomgått strålebehandling for livmorhalskreft?

Kandidatnummer: 819
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 9872
Dato: 16.04.2018



ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato 16.04.2018
<p>Tittel: Hvordan kan sykepleier veilede om vaginal dilatasjon til kvinner etter gjennomgått strålebehandling for livmorhalskreft?</p>	
<p><u>Problemstilling</u> Hvordan kan sykepleier veilede om vaginal dilatasjon til kvinner etter gjennomgått strålebehandling for livmorhalskreft?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u> Det teoretiske grunnlaget bygger på sykepleierens kunnskapsgrunnlag og rammeverk, derav etikk, lovverk og sykepleierens ansvars- og funksjonsområde. I oppgaven er det anvendt teori om livmorhalskreft, behandlingens senskader, seksualitet som et grunnleggende behov, vaginal dilator, veiledning med PLISSIT-modellen som et kommunikasjonsverktøy og Joyce Travelbee's relasjonsteori.</p> <p><u>Metode</u> Oppgaven er en litterær oppgave. Det blir anvendt fag – og forskningslitteratur for å belyse problemstillingen. Artikkelsøkene er gjort i ulike databaser som Cinahl, Bibsys og PubMed. Relevant pensumlitteratur er valgt ut og anvendt i oppgaven.</p> <p><u>Drøfting</u> I oppgaven drøftes det sykepleiefaglig kunnskapsgrunnlaget og teorien opp mot funnene i forskningsartiklene. Drøftingen tar for seg hvordan relasjonen til sykepleieren og pasienten påvirker veiledningen av vaginal dilatasjon. Videre drøftes det hvordan sykepleieren kan ta i bruk PLISSIT-modellen og hvordan dette kan påvirke samtalen med pasienten. Sykepleierens ansvars- og funksjonsområde drøftes opp mot aktuell fag- og forskningslitteratur. Det legges vekt på rammeverkene i drøftingen. Deretter drøftes det om hvordan faglig kunnskap og kompetanse hos sykepleieren påvirker både relasjon med pasienten og veiledningen.</p> <p><u>Oppsummering</u> Relasjonen mellom sykepleieren og pasienten er viktig for å legge til rette for veiledning om vaginal dilator. Relasjonen er grunnleggende for at pasienten skal føle seg trygg i situasjonen. Det er sentralt med individuelt tilrettelagt informasjon og veiledning, da behovet til pasientene kan variere i ulik grad. Sykepleieren er ansvarlig for å gi informasjon og sikre seg at informasjonen er både gitt og forstått. Dette sikrer faglig forsvarlig helsehjelp. Sykepleieren er også ansvarlig for å inneha kunnskap og kompetanse etter deres faglig kvalifikasjoner. For å kunne utøve helhetlig omsorg må sykepleieren bli bevisst på sine holdninger rundt seksualitet og innhente kunnskap om hvordan senskader av strålebehandlingen påvirker den.</p>	

(Totalt antall ord:289)

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Begrunnelse av tema og sykepleiefaglig relevans	1
1.2 Problemstilling	2
1.3 Avgrensning	3
1.4 Kontekst	4
1.5 Begrepsavklaring	4
1.6 Oppgavens disposisjon	4
2.0 Teoretisk forankring	6
2.1 Livmorhalskreft	6
2.2 Seksualitet som et grunnleggende behov	7
2.3 Vaginal dilator	8
2.4 Veiledning	9
2.4.1 PLISSIT- modellen	9
2.5 Joyce Travelbees' relasjonsteori	11
2.6 Juridisk og etisk rammeverk	12
3.6.1 Lovverk	12
3.6.2 De yrkesetiske retningslinjer	14
2.7 Sykepleierens ansvars- og funksjonsområde	14
3.0 Metode	16
3.1 Anvendt metode	16
3.2 Litteratursøk og søkehistorikk	16
3.3 Kildekritikk	18
3.4 Etiske overveielser	20
4.0 Presentasjon av forskningsartikler	21
5.0 Hvordan kan sykepleier veilede om vaginal dilatasjon til kvinner etter gjennomgått strålebehandling for livmorhalskreft?	23
5.1 Innledning	23
5.2 Relasjon mellom sykepleier og pasient	23
5.3 Tilrettelagt veiledning	27
5.4 Sykepleierens kompetanse og faglig oppdatering	32
6.0 Oppsummering	36
Litteraturliste	37

1.0 Innledning

I denne oppgaven skal jeg ta for meg hvordan sykepleieren kan veilede om vaginal dilatasjon til kvinner etter gjennomgått strålebehandling for livmorhalskreft. Pasienten ønsker ofte at sykepleieren skal ta initiativ til samtale om dilatorbehandlingen, men tilsynelatende ser det ut til at sykepleieren ofte er like usikker som pasienten selv (Cleary, McCarthy & Hegarty, 2012).

1.1 Begrunnelse av tema og sykepleiefaglig relevans

I Norge blir 300 kvinner rammet av livmorhalskreft hvert år, hvor Folkehelseinstituttet (2016) anslår at 70 av disse kvinnene dør. Livmorhalskreft skyldes smitte og infeksjon av visse typer Humant Papillomvirus (HPV). Behandlingen avhenger av hvilken type svulst kvinnen har, og dens utbredelse. Studien til Barbera, Fitch, Adams, Doyle, DasGupta, & Blake (2011) viser til at pasienten kan få både fysiske og psykiske konsekvenser av strålebehandlingen for livmorhalskreft. Det påpekes at dette kan ha en stor innvirkning på deres seksuelle funksjon. Behandlingen kan påvirke den normale anatomien i underlivet og forstyrre de ulike fysiologiske prosessene som blod- og nerveforsyning. Stenose, tørrhet, nedsatt følsomhet og forkortet skjede er noen av de fysiske senskadene av strålebehandlingen pasienten kan oppleve (Borg, 2017). Jerpseth (2015) påpeker at ved skader i kjønnsorganene som påvirker seksualiteten, må sykepleieren selv ta initiativ til å snakke med kvinnen om forandringene hun kan oppleve. Det er sykepleieren sin oppgave å informere om konsekvensene behandlingen kan medføre for kvinnen (Jerpseth, 2015). I en undersøkelse gjort av Gynkreftforeningen (2015) rapporterte over halvparten av 200 deltagere at de ikke hadde fått noe tilbud om hjelp fra sykepleieren knyttet til seksualitet etter at sykdommen inntraff.

Jacobsen (2017) belyser hvordan strålebehandling kan føre til stenose i underlivet og hvorfor dette er viktig å forebygge. Det kan skape problemer med intime forhold, men kan også gjøre det umulig å fullføre full klinisk undersøkelse. Dette er en viktig komponent for oppfølging av kreftbehandlingen og krever tilgang inn i skjeden. Artikkelen konkluderer med at ulike sykepleiertiltak kan forebygge stenose. I denne oppgaven legges det vekt på veiledning om vaginal dilatasjon som et forebyggende tiltak mot stenose (Jacobsen, 2017). I studien til

Macey, Gregory, Nunns & Nair (2015) ble det lagt vekt på de følelsesmessige kravene til å bruke vaginal dilator og hvordan dette kan undervurderes av sykepleieren. Dette resulterte i manglende støtte og informasjonssvikt som førte til at kvinnene sluttet med dilatorbehandlingen ved hjemkomst.

Sykepleieren står til ansvar og er pliktig til å utøve faglig forsvarlig sykepleie som inkluderer å ivareta pasientens fysiske og psykiske behov, herunder seksualitet (Helsepersonelloven, 1999, §4). Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1 ivaretar pasientens rett på informasjon, samt innsikt i egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen som utøves. Denne loven er relevant for pasienten, men også for sykepleieren. Sykepleieren er den personen som står til ansvar gjennom helsepersonelloven å sikre pasienten god nok informasjon.

Helsepersonelloven er sykepleierens profesjonslov og gjelder for alle som utøver yrket (Helsepersonelloven, 1999, §1). De yrkesetiske retningslinjene peker på forutsetningene for å utøve god sykepleiepraksis. Dette til tross for at det belyses i faglitteraturen om en misnøye blant pasientene om sykepleierens unnvikende holdning til å ta opp seksuelle problemer (Jerpseth, 2015). Sykepleieprofesjonen skal bygge på et holistisk menneskesyn - en helhetsforståelse av menneskets ulike deler. Sykepleieren skal skape mening og helhet, og på den måten forholde seg til pasienten som et helhetlig menneske (Odland, 2016). Seksualitet blir definert som en integrert del av hvert menneskets personlighet og skal derfor inkluderes i sykepleieutøvelsen (World Health Organization, 2018).

Hensikten med denne oppgaven er å belyse hvordan sykepleieren gjennom sitt ansvarsområde kan veilede kvinner om bruk av vaginal dilator, etter gjennomgått strålebehandling for å forhindre senskader som stenose i skjeden. Jeg ønsker å lære mer om livmorhalskreft og hvordan dens senskader påvirker pasienten. Jeg anser dette som relevant i min fremtid som sykepleier, da det er essensielt for en sykepleier å tilnærme seg pasienten på en holistisk måte.

1.2 Problemstilling

På bakgrunn av presentert forskning er følgende problemstilling utarbeidet;

Hvordan kan sykepleier veilede om vaginal dilatasjon til kvinner etter gjennomgått strålebehandling for livmorhalskreft?

1.3 Avgrensning

I denne oppgaven er det foretatt en avgrensning som omfatter kvinner som har gjennomgått strålebehandling for livmorhalskreft. Gynkreftforeningen (udatert) anbefaler kvinner mellom 25 og 69 år å sjekke seg for celleforandringer hvert tredje år. Jeg har derfor valgt å avgrense oppgaven til dette aldersspennet. Behandlingen kan gi både fysiske og psykiske senskader (Barbera et.al, 2011). I denne oppgaven ligger hovedfokuset på forebygging av sammenvoksninger i skjeden, stenose. Videre vil denne oppgaven vektlegge dilatorbehandling som forebyggende tiltak (Kreftforeningen, 2017). Kunnskap og kompetanse vil ha et stort fokus i oppgaven. Jeg velger å ta for meg kvinner som ikke har gjennomgått kreftbehandling tidligere. Disse kvinnene har behov for omfattende veiledning, noe som stiller krav til et høyt kunnskapsnivå hos sykepleieren.

Med henblikk på kvinnens alder (25-69 år) vil fruktbarhet være et aktuelt tema for de yngste pasientene. Sjansen for å bli gravid reduseres betraktelig etter kreftbehandlingen (Kiserud & Fosså, 2013). Av hensyn til oppgavens omfang og ordbegrensning velger jeg å ikke vektlegge fertilitet i besvarelsen. Fokuset vil ligge på kvinnens seksualitet og hvordan vaginal dilatasjon kan forebygge stenose. Samtidig legger oppgaven fokus på tilrettelagt veiledning med hensyn til aldersspennet hos kvinnene. Relasjonen jeg vektlegger er mellom sykepleier og pasient, hvor jeg utelukker å involvere tverrfaglig samarbeid og partnere. Ved å gjøre dette ekskluderer jeg samleie som et rehabiliterende tiltak for stenose, men legger fokus på kvinner uten partner.

Jeg har valgt å ta for meg sykepleierens veiledende funksjon, der helsefremmende og forebyggende arbeid vektlegges. Dette anser jeg som relevant fordi pasienten er utsatt for senskader og bivirkninger som kunne vært unngått med nok og riktig informasjon. Oppgaven tar ikke hensyn til etnisitet og kulturelle forskjeller hos sykepleier og pasient. Jeg omtaler sykepleier som det kvinnelig kjønn, da dette er gjort i fag-og forskningslitteraturen.

Det er i dag et vaksinasjonstilbud for alle jenter født i 1991 eller senere for å forebygge livmorhalskreft (Kreftforeningen 2018). Dette blir ikke omtalt i oppgaven av hensyn til oppgavens ordbegrensning. Jeg velger å ha fokus på det anatomiske spekteret ved stenose, og velger derfor å ikke gjøre rede for hvordan bluferdighet og privatliv påvirker prosessen.

1.4 Kontekst

Sykepleieutøvelsen finner sted på gynekologisk poliklinisk avdeling. Etter behandlingen av livmorhalskreft følges kvinnen opp her. Hun vil ha oppfølging ca. hver tredje måned det første og andre året etter behandling. Fra det tredje til det femte året vil hun bli tilkalt til kontroll hver sjette måned. Etter fem år med tett oppfølging, vil hun deretter bli innkalt til årlig undersøkelse (Gynkreftforeningen, udatert). På poliklinikken vil kvinnen være over den kritiske sjokkfasen, hvor diagnostiseringen fant sted (Schølberg, 2013, s. 117).

1.5 Begrepsavklaring

Vaginal stenose - manglende evne til å få inn to fingre i skjeden grunnet sammenvoksninger (Macey et.al, 2015)

1.6 Oppgavens disposisjon

Oppgaven er delt inn i seks hovedkapitler i tillegg til et kapittel med referanseliste som avslutning. Oppgaven begynner med innledning og begrunnelse for valg av tema. Videre presenterer jeg oppgavens problemstilling. Deretter fortsetter kapittel én med avgrensning, kontekst og begrepsavklaring. Kapittel to består av den teoretiske delen, hvor livmorhalskreft, seksualitet som en grunnleggende behov, vaginal dilator og veiledning blir gjort rede for. Oppgaven tar følgelig for seg de juridiske-og etiske perspektivene og sykepleierens ansvars- og funksjonsområde. I kapittel tre blir anvendt metode, søkehistorikk og kildekritikken gjort rede for, etterfulgt av en presentasjon av forskningsartiklene i kapittel fire. Videre i kapittel fem foreligger drøftingen med underkapitlene relasjon mellom sykepleier og pasient,

tilrettelagt veiledning og sykepleierens kompetanse og faglig oppdatering. Avslutningsvis oppsummeres oppgaven i kapittel seks, før referanselisten foreligger.

2.0 Teoretisk forankring

2.1 Livmorhalskreft

Livmorhalsen danner overgangen mellom vagina og livmorhulen. Den danner altså en forbindelseskanal mellom disse (Wyller, 2014). Livmorhalskreft er forårsaket av infeksjon med Humant Papillomvirus (HPV). En infeksjon som over flere år kan gi alvorlige celleforandringer i livmorhalsen. Det er en langsom prosess, hvor de normale cellene forandrer seg til forstadier til kreft etter smitte med en kreftfremkallende HPV-type. Dette vil danne en betennelsesreaksjon i slimhinnen, ofte uten symptomer. I noen tilfeller utarter den seg til å bli kronisk, og det er denne kroniske betennelsen som vil gi forstyrrelser i celledelingen og gi opphav til celleforandringer (Kristoff, 2016). Ubehandlet vil dette kunne utvikle seg til kreft. HPV-type 16 og 18 forårsaker de fleste tilfellene av livmorhalskreft (Kreftforeningen, 2017). Det finnes tre forstadier, hvor disse kalles CIN – Cervikal intraepitelial neoplasi og deles inn i ulike alvorlighetsgrader. Disse kan oppdages via rutinemessig celleprøvetaking (Kristensen, 2017, s. 594)

HPV-viruset smitter gjennom seksuell kontakt, men i 90% av tilfellene klarer kroppen å kvitte seg med viruset på egenhånd. 10% av kvinnene som blir smittet får celleforandringer som må behandles, hvor rundt 1% av disse utvikler livmorhalskreft (Kreftforeningen, 2017). Kjente risikofaktorer for å utvikle sykdommen er tidlig seksualdebut og flere seksualpartnere. Forekomsten varierer, men det er sjeldent å se hos kvinner over 30 år som lever i et stabilt parforhold (Kristensen, 2017, s. 592). Kreftsvulsten fra livmorhalsen kan metastasere ut til omgivende vev og organer som bekkenveggene, vagina, blære og rektum (Kristensen, 2017).

Forstadiene til livmorhalskreft gir ingen symptomer, men lenger ut i forløpet kan det oppstå blødninger. Det kan være intermenstruell blødning eller blødning under seksuell aktivitet. Andre symptomer er appetittløshet, tretthet, uremi, smerter og vekttap (Kristensen, 2017). Livmorhalskreft behandles med cytostatika, radioaktiv stråling og kirurgi. I Norge behandles 4000 kvinner årlig for alvorlige celleforandringer. Hvilken behandling pasienten skal ha, bestemmes ut ifra hvilket stadiet sykdommen befinner seg , samt størrelse på svulsten. Det er ikke uvanlig med en kombinasjon av de ulike behandlingsformene (Kreftforeningen, 2017).

Strålebehandling er en lokal behandlingsform og behandlingen i livmorhalsen kan medføre til endring i underlivet til kvinnen (Schølberg, 2013, s. 117). Strålebehandlingen kan føre til redusert blodforsyning, stivhet og skrumpning (Gjessing et.al, 2013, s.92). Dette vil kunne medføre stenose, som betyr at det dannes sammenvoksninger i skjeden (Kreftforeningen 2018). En slik forandring vil påvirke den normale seksualfunksjonen. Andre senskader som kan oppstå i kombinasjon med dette er tørrhet, nerveskader og mindre elastisitet i skjeden (Kreftforeningen, 2017).

2.2 Seksualitet som et grunnleggende behov

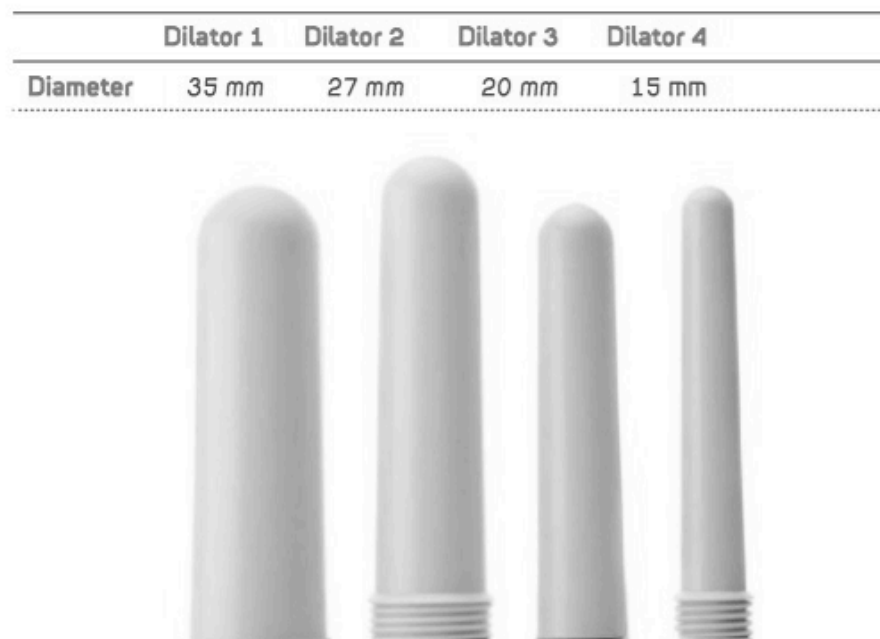
Oppgaven omhandler seksualitet hos pasienter som har gjennomgått strålebehandling for livmorhalskreft. Jeg velger derfor å forklare generelt om seksualitet som et grunnleggende behov for å tydeliggjøre teamet før drøftingen. Seksualitet blir definert som en integrert del av hvert menneskets personlighet. Det vil si at det er noe langt mer enn samleie mellom mann og kvinne. Det er et aspekt ved det å være menneske som ikke kan skilles fra andre aspekter i livet. Seksualitet handler om følelsesmessige relasjoner, og påvirker følelser, tanker, mellommenneskelig respons og handlinger. Vår fysiske og psykiske helse påvirkes av seksualiteten vår (WHO, 2018).

Strålebehandling i urogenitalområdet vil nesten alltid få konsekvenser for pasientens seksuelle helse og mange sykepleiere unngår å snakke med pasienten om dette. Når sykepleieren skal veilede pasienten om seksualitet, er det helt nødvendig at hun har kunnskap om både de fysiske og psykiske utfordringene pasienten står ovenfor. I en slik samtale er et emosjonell engasjement fra sykepleieren viktig. Ved å vise empati vil pasienten føle trygghet og på den måten lettere kunne snakke om sin seksualitet og tilknyttede utfordringer (Schølberg, 2013)

Det angis at over halvparten av alle kreftpasienter vil oppleve seksuelle problemer etter diagnosen og behandlingen (Gjessing, Borg & Dahl, 2013, s.92). Seksuelle dysfunksjoner defineres som opplevde problemer i ulike faser av den seksuelle responsyklus. De fire fasene er lystfasen, opphisselsesfasen, orgasmefasen og avslapningsfasen. Manglende interesse, mangelfull opphisselse og seksuelle smerter er aktuelle problemer for kvinner som har gjennomgått strålebehandling for livmorhalskreft (Gjessing, Borg & Dahl, 2013, s.88; Dahl, 2016, s. 234).

2.3 Vaginal dilator

Etter strålebehandling kan skjeden gro igjen hvis man ikke bruker dilator eller har samleie (Kreftforeningen, 2018). I henhold til oppgavens problemstilling ligger fokuset på vaginal dilatasjon ved hjelp av dilator. En dilator er et seksualteknisk hjelpemiddel (Quintet, udatert; Jerpseth, 2015). Etter strålebehandling er det anbefalt at dilatoren bør være utformet med en avrundet tupp (se figur 1). Den skal føres helt inn i skjeden og roteres i begge retninger, i tillegg til å skyves til sidene med rolige bevegelser. Disse bevegelsene dilaterer skjeden. Pasienten bør starte med en dilator som føres inn uten særlig ubehag, ved bruk av glidemiddel som anbefales for å minske friksjonen (Quintet, udatert). Dilatorbehandlingen bør starte 6-8 uker etter strålebehandlingen (Jerpseth, 2015). Den akutte inflammasjonsfasen har da avtatt og tilhelingsfasen har startet. Varigheten på behandling varierer, men det anbefales mellom tre minutter to ganger i uken, til to minutter to ganger daglig. Pasienten må derfor kjenne etter hva som føles riktig for henne (Quintet, udatert).



Figur 1. Femmax dilatorsett [Bilde], udatert

2.4 Veiledning

Jeg har valgt å ta for meg sykepleierens veiledende funksjon, der helsefremmende og forebyggende arbeid vektlegges. Jeg anser denne funksjonen som relevant fordi pasienten er utsatt for stenose av strålebehandlingen som kan unngås med tilstrekkelig og riktig informasjon og veiledning.

Å veilede handler om å legge til rette for at pasienten kan medvirke som et middel i empowermentprosessen. Det er en etisk handling, der sykepleier berører pasienten (Tveiten, 2016). Veiledning baserer seg på et samarbeid mellom sykepleieren og pasienten, hvor det ligger en antakelse om at pasienten selv har svaret. Sykepleieren sin rolle blir å hjelpe fram pasienten til å oppdage dette. Det kan handle om et råd, en vurdering, å reflektere eller finne en løsning (Gammersvik & Larsen, 2012, s. 184). God veiledning forutsetter nok kompetanse hos sykepleieren der kunnskap, ferdigheter og holdninger står sentralt. Relasjonen mellom sykepleieren og pasienten har betydning for kvaliteten av veiledningen (Gammersvik & Larsen, 2012, s. 185). Hensikten er å styrke mestringskompetansen til pasienten gjennom refleksjon, oppdagelse og læring. Ettersom fokuset i denne oppgaven er å bidra til å utvikle kompetansen til å mestre helseutfordringer kalles det helseveiledning (Tveiten, 2016).

Veiledning er en istandsettingsprosess, det vil si at pasienten blir i stand til å mestre i den gitte situasjonen (Gammersvik & Larsen, 2012, s. 184). I denne oppgaven ligger fokuset på hvordan sykepleieren kan veilede pasienten til å mestre bruken av en dilator på riktig måte for å unngå stenose. Til å veilede om dette kan sykepleieren benytte seg av ulike verktøy, hvor jeg har valgt benytte meg av PLISSIT-modellen.

2.4.1 PLISSIT- modellen

PLISSIT-modellen er en veiledningsmodell. Den ble utviklet av den amerikanske psykologen Jack Annon i 1976. I dag danner modellen en pyramide, hvor den rangerer ulike intervensjoner fra lett til mer omfattende. Dette verktøyet anvendes for å lette kommunikasjonen rundt seksualitet. For å anvende modellen under en samtale, hvor målet er

å kartlegge det sexologiske behovet, blir et godt tillitsforhold mellom pasienten og sykepleier helt essensielt (Helland, 2016). Det viktigste arbeidsredskapet sykepleieren har i møte med pasienten er kommunikasjon (Borg, 2010). Dette er en av flere kommunikasjonsmodeller som sykepleieren kan benytte seg av når hun skal veilede pasienten i seksualitet (Schølberg, 2013, s. 141). Modellen består av fire nivåer.

Permission (P) er første nivået i pyramide-modellen. Her gir sykepleieren pasienten mulighet til å diskutere seksuelle spørsmål og plager. Sykepleierens oppgave blir å åpne opp for at pasienten har mulighet til å ta opp både problemer og bekymringer som omhandler seksualitet, samt stille spørsmål. Oppgaven til sykepleieren kan under dette nivået bestå av lytting (Gjessing et.al, 2013, s.102).

Limited information (LI) omhandler å gi generell informasjon om seksuelle forhold. Dette gjelder spesifikke forhold rettet mot kreftsykdommen og behandlingen (Gjessing et.al, 2013, s.102). Pasienten skal i dette nivået av modellen få informasjon om hvilke seksuelle konsekvenser strålebehandlingen kan medføre (Helland, 2015). Denne informasjonen kan bidra til å rydde opp i misforståelser og forestillinger om kreftsykdommen og dens senskader (Borg, 2017). Sykepleieren skal også forsikre pasienten om at bekymringer og spørsmål om seksualitet er vanlig (Helland, 2015).

Specific Suggestions (SS) skal gis til pasienten ut fra de problemene og bekymringene som er presentert i nivåene ovenfor (Gjessing et.al, 2013, s.102). Rådene skal være faglig begrunnede, noe som krever at sykepleieren innehar kunnskap. Konkrete forslag om seksuelle hjelpemidler fremgår i dette nivået. Sykepleieren skal på dette tidspunktet veilede om dilatorbehandlingen og kunne gi konkret informasjon om eksempelvis type, frekvens og tidspunkt (Schølberg, 2013; Borg, 2017)

Intensive therapy (IT) omhandler spesialisert kunnskap innen sexologi. Sykepleierens sin oppgave blir under dette nivået å henvise pasienten videre til spesialisten, og motivere henne til å gjennomgå behandling (Schjølberg, 2013, s. 141). Et mindretall av pasientene har behov for dette (Gjessing et.al, 2013, s. 102).

2.5 Joyce Travelbees' relasjonsteori

Jeg har valgt å anvende Joyce Travelbee sin relasjonsteori i min oppgave. Jeg anser den som relevant, da en god relasjon mellom pasient og sykepleier er vesentlig for å kunne kommunisere om seksualitet (Helland, 2015). Travelbee (1999) var opptatt av å ikke bruke termen "Sykepleier-pasient-forhold", men "menneske-til-menneske-forhold". Hun mente at reell kontakt oppsto først når individene i interaksjonen betraktet hverandre som mennesket, og ikke "sykepleier" eller "pasient". Joyce Travelbee (1999) hevdet at sykepleierrollen kunne være en hindring for menneske-til-menneske samhørigheten, på samme måte som hun mente at pasientrollen også kunne være til hindring. Hun var opptatt av at hvert menneske er unikt og at rolleoppfatninger kan føre til dårlig relasjon, og skape stereotyper. Dette kan føre til at sykepleieren blir overflatisk og upersonlig, grunnet manglende evne til å se det individuelle mennesket i pasienten. Pasienten kan også mislykkes i å oppfatte sykepleieren som et enestående menneske grunnet hennes spesialiserte utdanning. Travelbee (1999) hevdet derfor at sykepleieren må bli kvitt stereotype-stempelet som pasienten kan tilegne dem for å få til en god relasjon. Hun beskriver i sin relasjonsteori hvordan menneske-til-menneske-forholdet utvikler seg gjennom intervensjonen.

Kommunikasjon er en dynamisk kraft som kan ha dyp innvirkning på graden av mellommenneskelig nærhet i sykepleiesituasjoner som kan trekke andre mennesker nærmere, eller støte dem bort. Travelbee har utarbeidet en modell for utviklingen av pasient-sykepleierrelasjonen bestående av fem stadier. Det første stadiet tar for seg det innledende møtet. Sykepleierens oppgave er å bryte kategoriseringen "pasient" og "sykepleier", slik at hun kan oppfatte mennesket i relasjonen (Travelbee, 1999). Det neste stadiet omhandler fremvekst av identiteter. I denne fasen begynner sykepleieren og pasienten å knytte seg til hverandre som individer. Fasen karakteriseres av at likheter og forskjeller mellom individene trer fram og blir erkjent (Travelbee, 1999). Det tredje stadiet kalles empatifasen. Empati omhandler evnen til å leve seg inn i eller ta del i og forstå den andres psykiske tilstand i øyeblikket (Travelbee, 1999, s.193). Travelbee forklarer at den som føler empati, er selv klar over det. Derfor kan sykepleieren gjøre noe med sin dømmende atferd først når hun er bevisst på sine tanker. I denne fasen blir den enkeltes status som unikt individ klarere oppfattet og

erkjent. Den fjerde fasen omhandler sympati og medfølelse. Sykepleieren vil i denne fasen føle en trang eller et ønske om å lindre plager hos pasienten (Travelbee, 1999). De fire stadiene vil utvikle seg til det femte; gjensidig forståelse og kontakt. Her vil rolleoppfatningene være ikke-eksisterende, men opplevelsene til sykepleieren og pasienten vil være ulik hverandres ut ifra deres erfaringer (Travelbee, 1999).

2.6 Juridisk og etisk rammeverk

I dette delkapittelet blir lovverket og de yrkesetiske retningslinjene presentert. Lovverket omhandler pasientens rettigheter når det gjelder rett til informasjon og veiledning etter gjennomgått behandling. Sykepleierens juridiske ansvar belyses gjennom helsepersonelloven §4 (1999). De yrkesetiske retningslinjene brukes for å belyse hvordan god sykepleiepraksis bør være utformet.

Rammeplanen for sykepleiere beskriver sykepleierens ansvars – og funksjonsområde, samt hvordan sykepleieren skal ivareta pasienten på bakgrunn av de yrkesetiske retningslinjene og lovverket som regulerer sykepleieutøvelsen (Kunnskapsdepartementet, 2008). Oppgaven er plassert i konteksten av en gynekologisk poliklinikk. De etiske og juridiske perspektivene presenteres videre på bakgrunn av dette.

3.6.1 Lovverk

Juridiske, etiske og faglige retningslinjer styrer sykepleierens funksjon og ansvar i kreftbehandlingen. Det gjelder helsepersonelloven, pasient – og brukerrettighetsloven og yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Schølberg, 2013, s.111). Jeg anser også taushetsplikten som relevant i denne oppgaven.

Helsepersonelloven er sykepleierens profesjonslov og regulerer sykepleieutøvelsen for alle sykepleiere (Molven, 2014). Loven skal sikre kvalitet i helse- og omsorgstjenesten, derav bidra til sikkerhet for pasienten. Den skal også skape tillit til helsepersonell og helse -og omsorgstjenesten (Helsepersonelloven, 1999, §1). I helsepersonelloven §4 uttrykkes kravet om faglig forsvarlighet. I henhold til loven skal sykepleieren utføre sitt arbeid i samsvar med

de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut ifra hennes kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig (Molven, 2014, s. 127). Forsvarlighetskravet gjelder all helsehjelp, inkludert informasjon og veiledning om vaginal dilatasjon (Helsepersonelloven, 1999, §4)

Forsvarlighetskravet uttrykker hvordan sykepleieren skal innrette seg etter sine faglig kvalifikasjoner. Det betyr at sykepleieren må være bevisst på sine kvalifikasjoner og sørge for at den faglige kompetansen er både oppdatert og tilstrekkelig. Dette er nødvendig for å kunne informere og veilede pasienten etter gjennomgått behandling. Sykepleieren må også kunne henvise pasienten videre og innhente bistand på områder hvor de faglige kvalifikasjonene ikke er tilstrekkelige (Molven, 2014).

Pasient- og brukerrettighetsloven gir pasientene en rekke rettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Loven skal fremme tillitsforholdet mellom pasient og sykepleier, ivareta respekten for den enkelte pasients integritet og menneskeverd, samt fremme trygghet. Lovens formål er å bidra til lik tilgang på helsetjenester av god kvalitet til hver enkelt bruker av helse- og omsorgstjenesten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §1-1). Loven belyser retten til nødvendig informasjon, slik at pasienten får innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsetjenesten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). Informasjonen skal gis uavhengig av etterspørsel fra pasienten, men ikke imot pasientens uttrykte vilje. Unntaket fra dette gjelder informasjon som er nødvendig for å forebygge skadevirkninger av helsehjelpen (Molven, 2015) . Å utgi informasjon om mulige risikoer og senskader etter strålebehandling er derfor lovpålagt, og sykepleieren må derfor gi informasjon om hvordan vaginal dilatasjon kan forebygge stenose. Sykepleieren skal i tillegg sikre seg at pasienten har fått med seg innholdet i informasjonen som er gitt (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-5).

Helsepersonelloven, 1999, §21 tar for seg hvordan sykepleieren er lovfestet å hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om pasientens legems- eller sykdomsforhold. Taushetsplikten stiller samtidig krav til sykepleier om å sikre informasjon om andre personlig forhold som de får vite om i egenskap av å være sykepleier. Eksempelvis kan pasienten derfor

være trygg på at opplysninger om hennes sykdomsbilde, inkludert hennes seksuelle helse, forblir konfidensielt.

3.6.2 De yrkesetiske retningslinjer

De yrkesetiske retningslinjene beskriver sykepleierens profesjonsetikk og konkretiserer hva god sykepleiepraksis skal være. De tar utgangspunkt i ICNs (International Council of Nurses) etiske regler, samt FNs menneskerettigheter. Retningslinjene bygger på de fire fundamentale punktene om å fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og sikre en verdig død (Sneltvedt, 2014).

I følge Norsk sykepleieforbund (2011) skal sykepleieutøvelsen bygge på omsorg, respekt og barmhjertighet, samtidig som den skal baseres på kunnskap. De yrkesetiske retningslinjene beskriver hvordan sykepleieren skal ivareta hver enkelt pasient på en helhetlig omsorgsfull måte. Sykepleieren har ansvaret for å tilpasse informasjonen og er ansvarlig for en helsefremmende og sykdomsforebyggende praksis.

De yrkesetiske retningslinjene stiller krav til oppdatert kompetanse hos den utøvende sykepleieren, på samme måte som helsepersonelloven. Det stilles krav om at sykepleieren skal holde seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde, samtidig som hun må bidra til å anvende ny kunnskap i praksis (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2016, pkt 1.4).

2.7 Sykepleiernes ansvars- og funksjonsområde

Sykepleierens ansvars –og funksjonsområder omhandler de fagspesifikke funksjoner og ansvarsområder som preger tilnærmingen hun har til pasienten til enhver tid. Dette beskriver måten hun ivaretar pasienten på i alle situasjoner. Sykepleierens evne til å ivareta det faglige ansvaret påvirker kvaliteten på omsorgen som gis. Sykepleieutøvelsen består av sju grunnleggende deler som er administrasjon og ledelse, behandlende, lindrende og rehabiliterende, forebyggende og helsefremmende, og undervisning og veiledning (Nortvedt & Grønseth, 2016).

I henhold til problemstillingen i denne oppgaven har jeg valgt å anvende den undervisende- og veiledende funksjonen. Gjennom den undervisende sykepleiefunksjonen skal sykepleieren undervise, informere og veilede pasienten. Hun skal bidra til å fremme trygghet og hjelpe pasienten til å forstå og mestre konsekvensene av sin sykdom og behandling. Den relevante informasjonen skal redusere usikkerhet og gi grunnlag for å ta riktige avgjørelser om videre vaginal dilatasjon. Dette er avgjørende for utvikling av stenose (Dahl & Sørensen, 2016). Pasienten har lovfestet rett til informasjon (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2), og sykepleieren kan derfor ikke velge bort denne oppgaven som en del av hennes arbeid.

3.0 Metode

Metode er fremgangsmåten for å fremskaffe eller etterprøve informasjon og kunnskap for å svare på oppgavens problemstilling. Metoden er altså et redskap i møte med noe vi har lyst til å undersøke. Den hjelper oss til å samle inn data, informasjonen som skal anvendes i oppgaven. Valget av metode er på bakgrunn av retningslinjer fra Lovisenberg Diakonale Høgskole og etter hva jeg mener egner seg best til å belyse problemstillingen (Dalland, 2017). I dette kapittelet beskriver jeg valg av metode, og presenterer mine litteratursøk og søkehistorikk i en oversiktlig tabell. Avslutningsvis kommer kildekritikken.

3.1 Anvendt metode

Denne oppgaven er utformet som en litterær oppgave i tråd med retningslinjer gitt av Lovisenberg Diakonale Høgskole. I denne oppgaven anvender jeg derfor eksisterende fagkunnskap, forskning og teori, og ingen ny kunnskap kommer fram. Oppgaven forholder seg kritisk til det som forekommer i fag – og forskningslitteraturen. Data fra praksiserfaring vil bli benyttet der det er aktuelt for å se sammenhengen mellom teori og det kliniske arbeidet (Dalland, 2017). For å svare på de faglige spørsmålene som belyser min problemstilling vil jeg samle relevant data og systematisere funnene mine i besvarelsen.

Jeg har valgt å anvende både kvalitative og kvantitative forskningsartikler. Kvantitativ metode gir konkrete svar og målbare data, mens den kvalitative metoden fanger opp opplevelser og meninger til enkeltindivider som ikke lar seg tallfeste (Dalland, 2017). Jeg anser begge metodene som relevante for å svare på problemstillingen på en best mulig måte. Denne oppgaven vil vise opplevelser både fra sykepleieren og pasienten.

3.2 Litteratursøk og søkehistorikk

Cinhal, Bibsys og Pubmed er ulike databaser som er anvendt i prosessen i søket etter relevante fag – og forskningsartikler til å besvare oppgavens problemstilling. De valgte forskningsartiklene ble funnet i Cinahl og PubMed. Det er anvendt både relevant pensumlitteratur og egenvalgt litteratur fra Lovisenberg Diakonale Høgskolens bibliotek. For

å finne relevant faglitteratur ble det gjort søk i Oria. Jeg har anvendt bøker fra ulike fagfelt som for eksempel kreftsykepleie, seksualitet, kommunikasjon, klinisk sykepleie, juss, etikk, anatomi og veiledning. I prosessen av å finne forskningsartikler avgrenset jeg søket til nyere forskning ved å bruke inklusjonskriterier som at den ikke skulle være eldre enn 10 år, full tekst ved Lovisenberg Diakonale Høgskole og engelskspråklig, samtidig som artikkelen må være fagfelleurdert. Tabell 1 viser søkehistorikken. Den er inspirert av Thidemann (2015, s.89). Jeg fikk mellom 17 og 440 antall treff i mine søk. For å finne frem til anvendte artikler leste jeg overskrifter og inkluderte de som kunne belyse den aktuelle problemstillingen. Jeg har valgt å angi søkene hvor de aktuelle artiklene ble funnet. Verifiserte nettsider som er anvendt i oppgaven er Gynkreftforeningen, Kreftforeningen, Lovdata, Verdens helseorganisasjon (WHO), Helsedirektoratet, Quintet, NAV og Folkehelseinstituttet.

Tabell 1 Søkehistorikk

Database	Søk nummer	Søkeord / Ord-kombinasjoner	Antall treff	Leste abstrakter	Artikkel inkludert
Cinahl	1	Gynecological cancer AND sexuality	355	4	Improving care for women after gynecological cancer: the development of a sexuality clinic
Cinahl	2	Vaginal AND dilator AND experience	20	1	Woman's experiences of using vaginal trainers (dilators) to treat vaginal penetration difficulties diagnosed as vaginismus: a qualitative interview study
Cinahl	3	Educational intervention AND Information AND Gynecology	440	3	Development of an Educational Intervention Focused on Sexuality for Women with Gynecological Cancer
Cinahl	4	Sexuality AND Patients perspective	24	4	The importance of assessing sexuality: a patient perspective

Cinahl	5	Pelvic radiotherapy AND Vaginal dilator	17	2	Vaginal dilator therapy for women receiving pelvic radiotherapy Chore or priority? Barriers and facilitators affecting dilator use after pelvic radiotherapy for gynaecological cancer
PubMed	6	Sexuality; patient; nurses' attitudes and beliefs	20	3	Discussing sexuality with patients: nurses' attitudes and beliefs
Cinahl	7	Vaginal stenosis AND gynaecological cancer	46	2	Prevention of vaginal stenosis after treatment for gynaecological cancer

Hensikten med søkeprosessen var å finne artikler som belyser sykepleierens holdninger til seksualitet, ulike problemer kvinner opplevde etter gjennomgått strålebehandling for livmorhalskreft, hvordan informasjon om seksualitet var blitt gitt til kvinner etter behandling, hvordan ulik fagkompetanse om seksualitet påvirket sykepleiers utøvelse, hvordan vaginale dilatorer kunne forebygge fysiske senskader etter strålebehandling i livmorhalsen og hvordan kvinnen opplevde dilatorbehandlingen.

3.3 Kildekritikk

Kildekritikk betyr både å vurdere og karakterisere den litteraturen du har funnet (Dalland & Trygstad, 2017, s.158). Det er nødvendig å kunne si noe om hvorvidt litteraturen er tilstrekkelig oppdatert. Hensikten med kildekritikken er at leseren skal få et innblikk i de refleksjonene som er blitt gjort om hvilken relevans og gyldighet litteraturen har, når det gjelder å belyse den gitte problemstillingen. Fag- og pensumlitteraturen er ofte sekundærlitteratur. Det betyr at dette materialet allerede er bearbeidet og fortolket av andre enn den opprinnelige forfatteren. Det betyr at originalteksten kan ha endret seg, noe jeg tar hensyn til i vurderingen av litteraturens gyldighet (Dalland, 2017, s.159). I denne oppgaven er det utelukkende brukt sekundærlitteratur, foruten om lovverket og Joyce Travelbee sin

relasjonsteori. Forskningslitteraturen er oversatt av undertegnede og kan derfor preges av fortolkninger (Dalland & Trygstad, 2017, s. 159).

Jack Annon er den amerikanske psykologen som står bak PLISSIT-modellen. Han representerte den i sin doktorgradsavhandling *The PLISSIT modell: a proposed conceptual scheme for behavioral treatment of sexual problems* i 1976. I 2006 ble modellen oversatt og fornorsket av sexologene Elisa Almås og Esben Esther Pirelli Benestad (Helsedirektoratet, 2016). Den fornorskede modellen er anvendt i en rekke pensumbøker, inkludert i deres nye utgave av sexologi i praksis (2017). På bakgrunn av dette anser jeg kilden som relevant. PLISSIT-modellen er i utgangspunktet rettet mot bruk av sexologer, men i følge fag –og forskningslitteraturen anvendes den også av sykepleiere.

I artikkelen *Woman's experiences of using vaginal trainers (dilators) to treat vaginal penetration difficulties diagnosed as vaginismus: a qualitative interview study* er kvinnene rammet av vaginisme. Dette kan være en svakhet i oppgaven. Likevel ansees studien som aktuell, da den omhandler bruk av vaginale dilatorer. Overføringsverdien av de følelsesmessige reaksjonene hos pasientene er relevant i forhold til oppgavens problemstilling. I noen av artiklene er pasientgruppen varierende i den forstand at den inkluderer kvinner med andre typer gynekologisk kreft. Jeg anser disse artiklene fremdeles som relevante, da artiklene nevner livmorhalskreft som en av kreftformene. Jeg har valgt å anvende to artikler fra 2009 i min oppgave. Jeg anser disse som tidsaktuelle, da dem tar for seg sykepleierens og pasientens bekymringer rundt seksualitet, som samsvarer med annen faglitteratur som er anvendt i oppgaven.

Jeg har i mitt litteratursøk tilstrebet å anvende forskningsartikler fra Europa for å knytte relevansen til norsk helsevesen. Jeg har dog anvendt forskningsartikler fra Nord-Amerika og Australia. Jeg anser disse som relevante fordi de rapporterer opplevelser. Lendene er av vestlig kultur, derfor betrakter jeg disse resultatene som overførbare til Norge. Således har jeg anvendt studien til Suanamäki et.al (2014) fra Skandinavia, Sverige. Dette styrker oppgaven.

Jeg har anvendt nettsidene til Gynkreftforeningen og Quintet hvor det er manglende oppdatert dato for publisering. Jeg anser kildene likevel som relevante, da nettsidene er troverdige og

samsvarer med annen fag- og forskningslitteratur. Gynekologisk poliklinikk har også brosjyrer i avdelingen fra Gynkreftforeningen, som samarbeider med Quintet.

3.4 Etiske overveielser

I prosessen av å skrive denne oppgaven er det blitt gjort etiske overveielser. Jeg har fulgt skolen retningslinjer for oppgaveskriving. Jeg har kreditert forfatterne ved å henviser tydelig til kildene i teksten ved bruk av APA 6th. Ved erfaringer fra praksis har jeg overholdt taushetsplikten ved å anonymisere gitte opplysninger fra poliklinikken (Helsepersonelloven, 1999, §21).

4.0 Presentasjon av forskningsartikler

I dette kapitlet blir de forskningsartiklene som er mest relevante for å belyse problemstillingen presentert. Artikkelmatrisen inneholder artiklens forfattere, tittel, tidsskrift, hensikt, metode og funn.

Tabell 2 Artikkelmatrise

Nr	Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	Barbera, Lisa; Fitch, Margaret; Adams, Luran; Doyle, Cathrine, DasGupta, Tracey; Blake, Jennifer	Improving care for women after gynecological cancer: the development of a sexuality clinic	Menopause: The Journal of the North American Menopause Society	Se på helseeffekten av å skape en spesialisert klinikk for å ta opp bekymringer om seksuell helse og rehabilitering. Studiet varte i 2 år.	Review article. 56 pasienter som har overlevd gynekologisk kreft ble henvist til den spesialiserte klinikken.	Seksualitet fikk en økt anerkjennelse som en viktig del av oppfølgingsbehandlingen. Det ble vist i studien at spesialiserte ressurser kan opprettes med en relativt liten ressursinvestering.
2	Macey, Kay; Gregory, Angela; Nunns, David; Nair, Roshan das	Woman's experiences of using vaginal trainers (dilators) to treat vaginal penetration difficulties diagnosed as vaginismus: a qualitative interview study	BMC Women's Health	Hensikten med studiet var å utforske kvinners erfaringer med vaginale trenere etter vaginismebehandling. Deretter skulle de bruke sine erfaringer for å foreslå retningslinjer for forbedring av behandlingen.	Kvalitativ metode. 13 Kvinner ble med i studien. Intervjuene ble gjennomført ansikt til ansikt, over telefon og skype.	De følelsesmessige og praktiske kravene til bruk av vaginale dilatorer kan undervurderes av helsepersonell. Dette resulterer i utilstrekkelig støtte og informasjon. Konklusjonen ble at kommunikasjon og fagkunnskap er de viktigste nøkkelordene å huske på når en skal formidle slik informasjon.
3	Cleary, Vicki; McCarthy, Geraldine; Hegarty, Josephine	Development of an Educational Intervention Focused on Sexuality for Women with Gynecological Cancer	Journal Of Psychosocial Oncology	Formålet med denne artikkelen var å rapportere om utviklingen av en pedagogisk tilnærming hadde til hensikt å oppfylle informasjonsbehovet til kvinner med	Kvalitativ metode. Det ble gjennomført intervjuer med 8 kvinner som har overlevd gynekologisk kreft.	Kvinner trenger mer informasjon på flere områder etter kreftsykdommen. Det handler om hvordan behandlingen påvirker selvbildet, dem selv som en seksuell person og hvordan de kan gjenoppta sexlivet sitt. Mer informasjon reduserer frykt.

gynekologisk kreft om seksualitet.						
4	Southard, Nadine Z; Keller, Jill	The importance of assessing sexuality: a patient perspective	Clinical journal of Oncology Nursing	Hensikten med studiet var å se på seksualitet fra pasientens perspektiv. Pasientene var kreftoverlevende.	Kvantitativ metode ble brukt. 52 pasienter ble spurt om å definere seksualitet.	Studien viste til at seksuell helse er en bekymring for mange pasienter med kreft. Sykepleiere som er i stand til å samarbeide med og utvikle et forhold til pasientene, kan bidra til en helbredelsesprosess.
5	Tanner, Pauline; Lindsay, Gae; Kerrison, Shirilee; Monterosso, Leanne	Prevention of vaginal stenosis after treatment for gynaecological cancer	Cancer Nurses Society of Australia	Hensikten med studien var å fastslå om implementering av kunnskap økte bruken av vaginal dilator.	Kvalitativ metode. 20 kvinner deltok før implementering av kunnskapen, mens 18 stykker fullførte studiet.	Implementering av kunnskap økte bruken av vaginal dilator hos pasientene. Økt kunnskap førte til bedre forståelse for dilatorbehandlingen.
6	Suanamäki, Nina; Andersson, Matilda; Engström, Maria	Discussing sexuality with patients: nurses' attitudes and beliefs	Journal of advanced nursing	Å rapportere sykepleiernes tro og holdninger rundt teamet seksualitet.	Kvantitativ metode. 88 sykepleiere ble spurt om sine seksuelle holdninger og trosretning.	Mange av sykepleierne var klar over seksuelle utfordringer hos pasienten, men tok seg ikke tid til temaet. Erfaring og kunnskap gjorde sykepleierne tryggere i situasjonen.

5.0 Hvordan kan sykepleier veilede om vaginal dilatasjon til kvinner etter gjennomgått strålebehandling for livmorhalskreft?

5.1 Innledning

For å vise evne til systematisk og kritisk refleksjon over den gitte problemstillingen skal jeg i dette kapitlet drøfte lovverk, yrkesetiske retningslinjer, oppgavens teoretiske forankring og det sykepleiefaglige kunnskapsgrunnlaget opp mot forskningslitteraturen (Dalland, 2017). På bakgrunn av denne litteraturen skal drøftingen fremstille de ulike sidene av den sykepleiefaglige funksjonen. Drøftingen skal vise argumentasjon og skape diskusjon for hvordan sykepleieren kan anvende sin veiledende funksjon i møte med kvinner som har gjennomgått strålebehandling for livmorhalskreft.

5.2 Relasjon mellom sykepleier og pasient

I helse- og omsorgstjenesten ignoreres seksualitet i stor grad. Pasientene oppfatter manglende informasjon om sykdommens potensielle innvirkning på seksuallivet. Grunnet tausheten rundt temaet skapes det en usikkerhet for hvordan sykepleieren kan veilede om teamet i praksis. Pasienter har uttrykt skuffelse når sykepleiere ikke bidrar med praktiske råd og støtte som hjelp til å håndtere endringene etter strålebehandlingen (Helland, 2016; Jacobsen, 2017). Etersom sykepleieren er den som tilbringer mest tid med pasienten har hun en unik mulighet til å identifisere hvilket behov pasienten har for veiledning om dilatorbehandling (Travelbee, 1999).

Helland (2015) påpeker at mange av pasientene ønsker at sykepleieren skal ta initiativ til å veilede og gi informasjon om seksualitet. Veiledningen bidrar til at pasienten får realistiske forventinger til tiden etter behandlingen. Derfor kan manglende informasjon om sykdomsrelaterte aspekter påvirke den seksuelle tilpasningen i etterkant av kreftdiagnosen. Til tross for dette viser det seg at pasientene selv er tilbakeholdne med å ta opp bekymringer knyttet til seksualitet. Dette kan derfor mistolkes av sykepleieren som manglende behov eller ønske om å ikke snakke om det. På den ene siden kan det være mange grunner for at pasienten er tilbakeholden. Hun kan være usikker på sykepleierens rolle og ansvarsområde. Hun kan også være sjenert, og redd for sykepleierens reaksjoner. På den andre siden kan

sykepleieren bidra til usikkerhet hos pasienten ved å stille vage og utydelige spørsmål. Derfor forutsetter slike samtaler både god relasjon og god kontekst (Helland, 2015; Travelbee, 1999). I følge Helland (2016) har pasientene uttrykt noen forutsetninger de mener bør være tilstede under samtalen. Tilstrekkelig tid og riktig tidspunkt ser ut til å være viktig, samtidig som god kvalitet på både relasjon og kontekst er nødvendig. Det viser seg derimot at sykepleierne er redde for å virke respektløse og påtrengende. Sykepleierens holdninger og verdier vil derfor kunne påvirke veiledningen om vaginal dilatasjon. Usikkerhet, frykt for å være pågående og en opplevelse av at pasientene er for syke er grunner for hvorfor sykepleiere lar være å ta opp teamet. For å få til en passende dialog om vaginal dilatasjon som forebyggende tiltak for stenose må sykepleieren ta hensyn til alder, sosioøkonomiske forhold og religion (Dahl & Sørensen, 2016, s. 243). Eide & Eide (2017) påpeker at pasienttilpasset informasjon krever omtanke og gode forberedelser.

Studien til Southard & Keller (2009) understøtter at kreftpasientene ønsker informasjon om seksualitet uoppfordret fra sykepleieren. Informasjonen de ønsker handler først og fremst om de fysiske forandringene strålebehandlingen kan medføre. Pasientene ga også uttrykk for at de ønsket videre henvisning til for eksempel gruppemøter som omhandler seksuell helse. Til sammenligning belyser studien til Cleary et al., (2012) at sykepleierne ikke ønsket å veilede pasientene om seksualitet. De mente at dette ikke var deres jobb, samtidig som de synes det var flaut. I tillegg ga flere uttrykk for at de ikke hadde nok kunnskap om det. Det viste seg derfor at personlige erfaringer og ferdigheter spilte inn som faktorer på om pasienten fikk informasjon og veiledning om seksualitet eller ikke. Det kan derfor virke som sykepleierne har mangel på profesjonalitet. Dahl & Sørensen (2016) forklarer at det alltid vil være asymmetri i relasjonen mellom pasienten og sykepleieren. Sykepleieren skal være den profesjonelle hjelperen med sin fagkunnskap og erfaring. Pasienten vil på den andre siden ha en egen oppfatning av situasjonen hun er i. Forfatterne understreker videre at det er sentralt for relasjonen at begge parter har en forståelse for hverandres ansvar og rolle. Tveiten (2016) støtter dette med å forklare at veiledningsprosessen er formell og at det er veilederen som leder dialogen. På den måten skal sykepleieren som veileder legge til rette for bevisstgjøring, refleksjon og oppdagelse hos pasienten. Travelbee (1999) på sin side forklarer hvordan rolleoppfatningene kan komme i veien for en god relasjon. Hun påpeker i sin relasjonsteori at

det er menneske-til-menneske-forholdet som danner forståelsen og kontakten med hverandre. Hun understreker at det er mennesket *i rollen* som er viktig.

Travelbee (1999) hevder at det er menneske-til-menneske-forholdet som er det viktigste ved kommunikasjonen. Eide & Eide (2017) understreker hvordan sykepleieren skal være bevisst på hva pasienten har behov for og hva hun er i stand til å ta imot, gitt i situasjonen. Mange faktorer kan påvirke informasjonsutvekslingen. For eksempel har hun makt over andres kunnskap og forståelse, og andres evne til å kunne mestre sin situasjon. Noen sykepleiere kan foretrekke å fremstå som eksperter eller fremstå som spesielt snill og omsorgsfull. Dette vil påvirke formidlingsevnen deres. På den andre siden kan sykepleierens kontroll over informasjonen som skal utgis gjøre henne usikker. Dette kan føre til at informasjonen blir gitt ufiltrert. Det betyr at hun forteller alt av innhentet kunnskap, uavhengig om pasienten trenger denne informasjon akkurat nå. Det tas heller ingen hensyn til om pasienten er mottakelig for informasjonen i øyeblikket (Eide & Eide, 2017). Imidlertid peker Reitan (2017) på viktigheten av å tilpasse informasjonen til hver enkelt kvinne etter hennes behov. Til tross for dette har sykepleieren plikt til å utgi informasjon som er nødvendig for å forebygge stenose etter helsehjelpen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §1-1). For å få til dette via veiledning fastslår Gammersvik & Larsen (2012) viktigheten av en god relasjon mellom sykepleier og pasient, noe som støttes av Travelbee (1999).

Helsemyndighetene understreker at pasientene har rett til informasjon, opplæring og medvirkning (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §1-1). Både kravet og behovet for informasjon har endret seg. Informasjonen skal formidles på kortere tid enn før, samtidig som informasjonsmengden har økt. Den korte liggetiden på sykehusene begrenser mulighetene til informasjon og opplæring. Veiledning på poliklinisk avdeling er derfor helt nødvendig. Det krever at sykepleieren må planlegge, koordinere og fordele informasjonen slik at noe kan gis før innleggelsen, noe under sykehusoppholdet og noe etter at pasienten har kommet hjem via poliklinikken (Schølberg, 2013, s.833). Informasjonssvikt er et kjent problem innen seksualitet grunnet sykepleierens holdninger og mangel på kunnskap. Derfor er informasjon til denne pasientgruppen både viktig og høyst nødvendig (Dahl & Sørensen, 2016). Ved å gi god informasjon om vaginal dilatasjon kan sykepleieren bidra til å normalisere utfordringer og problemer. Sykepleieren kan også bekrefte ovenfor pasienten at dette er normalt, noe som kan forebygge usikkerhet og redusere bekymringer, samt skyldfølelse (Helland, 2016).

Imidlertid belyser Eide & Eide (2017) hvordan pasientens ”skjulte behov” for informasjon kan prege samtalen. Det kan være informasjon pasienten selv ikke vet hun trenger. Sykepleieren kan i denne situasjonen anvende en fortellende tilnærming om senskader av strålebehandlingen eller spørre pasienten rett ut hvordan det går. Informasjon om behandlingens konsekvenser skal tilbys kvinnen. Dette gjelder også konsekvenser for hennes seksualitet. For at pasienten skal føle seg trygg i relasjonen, kan sykepleieren påpeke at alle opplysninger vil bli holdt konfidensielt (Helsepersonelloven, 1999, §21).

I studien til Cleary et al., (2012) viste det seg at behovet for informasjon om seksualitet stod høyest av alle kategoriene hos pasientene. De uttrykte at det ga nødvendig og økt kunnskap, som resulterte i redusert redsel. Dette resultatet understreker viktigheten av at kvinner med livmorhalskreft mottar relevant informasjon om senskader strålebehandlingen kan ha i underlivet, og dermed hvordan det påvirker seksualiteten. Videre i studien argumenterer Cleary et.al., (2012) for å supplere den verbale informasjonen med både brosjyrer og informasjonsskriv. Det kan fungere både som en invitasjon til samtale, en påminnelse om hva som ble sagt, men kan også være et hjelpemiddel når den verbale kommunikasjonen blir vanskelig. Sykepleieren kan på denne måten forsikre seg om at informasjonen både er mottatt og forstått slik hun har plikt til (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-5). Av egen erfaring fra praksis stilte sykepleierne oppfølgingsspørsmål til pasienten for å forsikre seg om dette. I studien til Macey et.al., (2015) ble det lagt vekt på de følelsesmessige kravene til å bruke dilator og hvordan disse kan bli undervurdert av sykepleiere. Det kan resultere i manglende støtte og informasjonssvikt. Videre i studien viste det seg at kvinnene ga opp dilatorbehandlingen i hjemmet grunnet mangel på god veiledning, og ikke minst oppfølging. Dette støtter Jacobsen (2017) ved å understreke at å alminneliggjøre dilatorbehandling står sentralt for at kvinnen skal fortsette med vaginal dilatasjon i hjemmet. I følge Tanner, Lindsay, Kerrison & Monterosso (2011) kan forebyggende arbeid i form av informasjon og veiledning danne en bedre forståelse av stenose for pasientene. Nettopp derfor vil pasientene som er bedre informert fortsette med dilatorbehandlingen, uavhengig av smerter, ubehageligheter og følelsesmessige faktorer. Studien påpeker viktigheten av at kvinnene blir informert både før, under og etter behandling.

Taushetsplikten bør være avklart ovenfor pasienten før samtalen (Helsepersonelloven, 1999, §21). Helland (2017) og (Borg, 2017) forklarer hvordan sykepleieren i møte med pasienten må respektere den høyst private og sensitive karakteren. Derfor bør hun være bevisst på sitt tonefall, kroppsspråk og mimikk. Hun presiserer at kjente alminnelige ord bør benyttes, samtidig som krenkende og sjenerende ord bør unngås. Eksempelvis kan sykepleieren bruke dilator eller stav, istedenfor dildo som ofte kan assosieres til sexleketøy. Til tross for dette presiserer Borg (2017) at også mange sykepleiere synes språket i veiledningen om seksualitet kan være utfordrende. Mange hevder nemlig at de ikke er komfortable med språkbruken i veiledningen. Borg (2017) forklarer videre at det viktigste er å respektere pasientens grenser for ordbruk, samtidig som egne grenser blir ivaretatt. Han understreker viktigheten av å finne ord og uttrykk som passer både hver person og situasjon. Erfaringer fra egen praksis viser at pasienten kan oppleve at sin intimgrense blir tråkket på, dersom det ikke foreligger en god relasjon med sykepleieren. I empatifasen i relasjonsmodellen til Travelbee (1999) forklarer hun at empati vil føre til tilknytning og nærhet. Denne fasen i menneske-til-menneske-forholdet vil påvirke kommunikasjonen positivt. Samtidig vil relasjonen bli betydelig lettere hvis rolleoppfatningene blir redusert. Ved å oppnå det femte stadiet i menneske-til-menneske-forholdet kan sykepleieren og pasienten oppleve det lettere å skulle ha samtale om vaginal dilatasjon og dilator som hjelpemiddel. Fra egne erfaringer i praksis kan det være problematisk å danne en relasjon på den korte tiden pasienten er inne hos sykepleier.

5.3 Tilrettelagt veiledning

Helland (2015) hevder at PLISSIT-modellen er generell og enkel. Den kan brukes av ulike faggrupper da den tar hensyn til ulike nivåer av kunnskap og erfaring. På den andre siden mener Almås & Benestad (2017) at kunnskap er avgjørende for å kunne anvende den. Modellen gir heller ikke rom for refleksjon og forhandling mellom pasient og sykepleier. Samtidig baserer PLISSIT-modellen seg på at hver enkel sykepleier aksepterer at seksuell helse inngår i deres rolle og arbeid (Helland, 2015). For sykepleieren kan samtaler om seksualitet og vaginal dilatasjon fortsatt være utfordrende selv når hun har PLISSIT-modellen å forholde seg til. Sykepleierens egne verdier og holdninger kan legge begrensninger for samtalen om vaginal dilatasjon (Dahl & Sørensen, 2016).

I følge Schølberg (2013), Gamnes (2016) og Gjessing (2013) er PLISSIT-modellen et godt kommunikasjonsverktøy for å tilnærme seg pasienten og utforske kvinnens bekymringer og spørsmål. Når sykepleieren tar opp tema, kan pasienten selv velge om hun ønsker å fortsette samtalen eller ikke (Helland, 2015). Kristoffersen (2016) påpeker at sykepleierens undervisende funksjon må være til stedet for å kunne styrke pasientens egne ressurser gjennom hennes ferdigheter, kunnskaper og erfaring. Til tross for dette forklarer Tveiten (2016) at dialogen er det viktigste virkemiddelet for å styrke pasientens kunnskapsgrunnlag, via hennes opplevelser, behov og egne erfaringer. Helland (2015) presiserer viktigheten av at spørsmålsstillingen ikke bør fokusere på problemer, ettersom mange av pasientene selv ikke definerer teamet som et problem. Videre mener hun at dette kan være med på å normalisere utfordringene pasienten står ovenfor. Felles for alle sykepleiere er at de er pliktet til å arbeide etter de yrkesetiske retningslinjene, eksempelvis gjennom lovgivningen om faglig forsvarlighet og pasient- og brukerrettighetsloven (Helsepersonelloven, 1999, §4; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §1-1). Ansvarsområdet til sykepleieren handler om å gi nok informasjon om både sykdom, behandling og senskader av strålebehandlingen i veiledningen. Sykepleieren er dermed ansvarlig for å gjøre kvinnen i stand til å ta del i egne beslutningsprosesser i dilatorbehandlingen (Borg, 2017).

Det første nivået i PLISSIT-modellen handler om å gi tillatelse (P) til å snakke om seksualitet. Sykepleieren bør dermed bekrefte at temaet er relevant, og at hun er villig til å ha en dialog angående emnet. Helland (2015) understreker at alle sykepleiere skal kunne håndtere dette nivået av PLISSIT-modellen. Likevel kan sykepleieren synes det er ukomfortabelt. Sykepleieren kan derfor invitere til samtale ved å anvende brosjyrer og informasjonsskriv (Cleary et.al., 2012). Til tross for skriftlig informasjon, er sykepleieren pliktet til å sikre at informasjonen er forstått av pasienten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-5). I henhold til lovverket kan sykepleieren derfor ikke fraskrive seg ansvaret ved å erstatte muntlig informasjon og veiledning med brosjyrer og informasjonsskriv. Erfaring fra egen praksis viser at den skriftlig informasjonen er et godt supplement i samtalen, dersom sykepleieren bruker dette aktivt i sin muntlig veiledning. Gjessing et.al., (2013) understreker at pasienten skal stå fritt til å stille spørsmål som sykepleieren skal kunne svare på. For at kvinnen skal våge dette tydeliggjør Dahl & Sørensen (2016) hvordan sykepleieren med sitt kroppsspråk kan formidle åpenhet for dette eller ikke. Holdninger og verdier hos sykepleieren

vil påvirke hvordan pasienten opplever å få tillatelse til å snakke om sin seksualitet. I studien til Barbera et.al., (2011) kom det frem at kvinner kunne kjenne på skam over å ha blitt smittet av HPV-viruset, men Jacobsen (2017) og Jerpseth (2015) understreker at det er sykepleieren sin oppgave å alminneliggjøre tema med gode holdninger.

Jerpseth (2015) mener det ofte er tilstrekkelig at sykepleieren gir tillatelse gjennom det første nivået i modellen. Hun mener det kan være tilstrekkelig å gi pasienten mulighet til å snakke om situasjonen hun er i, og gjennom dette kan vedkommende åpne seg om eventuelle bekymringer. Gjessing et.al.,(2013) støtter dette med å hevde at mange av pasientene som trenger hjelp og informasjon ofte befinner seg på første nivået i modellen. På den andre siden påpeker Reitan (2017) at veiledningen skal være individuelt tilpasset hver enkelt. Dahl & Sørensen (2016) mener derfor at LI-nivået i modellen er nødvendig, da sykepleieren under dette nivået skal gi tilpasset og begrenset informasjon om spesifikke forhold rettet mot kreftsykdommen, behandlingen og senskader av den. Relatert til problemstillingen bør sykepleieren derfor gi informasjon om stenose som en senskade av strålebehandlingen og hvordan dilatorbehandling kan redusere utvikling av dette. Gamnes (2016) understreker at ved å gi konkret og individtilpasset informasjon gir sykepleieren samtidig invitasjon til samtale (P). Schølberg (2013) vektlegger SS-nivået som sentralt for å gi veiledning om vaginal dilatasjon ved stenose i skjeden. Sykepleieren skal på dette nivået inneha kunnskap om hvilket bruksområde dilatoren har og hvilken påvirkning dette har for kvinnen. Pasienten har rett på konkrete råd og anbefalinger. Eksempelvis bør kvinnen få informasjon om at en slik dilator er nødvendig. Sykepleieren bør sørge for at pasienten får med seg en dilator fra sykehuset ved utskrivelse eller får informasjon om hvor den kan skaffes, eksempelvis via hjelpemiddelsentralen (Ny arbeids – og velferdsforvaltning, 2015). I følge pasient- og brukerrettighetsloven, §3-5, skal sykepleieren sikre seg at informasjonen er mottatt og forstått. På den andre siden må sykepleieren kjenne til hva pasienten har behov for av informasjon og tilrettelegge deretter (Eide & Eide, 2017). Helland (2015) belyser hvordan riktig informasjon og veiledning kan hjelpe kvinnen til å oppnå realistiske forventninger ut ifra den gitte situasjonen. Dette betyr at for noen kan informasjon om forandret seksualitet være like viktig som konkrete råd om dilatorbehandling.

Videre i veiledningen bør pasienten få konkret informasjon om den aktuelle dilatoren for henne (Jacobsen, 2017). Det er høyst nødvendig for sykepleieren å bevege seg inn på SS-nivået i PLISSIT-modellen for å kunne veilede pasienten om ulike dilatorer. Quintet (udatert) har kommet med flere anbefalinger av ulike dilatorer som anbefales etter strålebehandling. Eksempelvis Femmax dilatorsett, avbildet i figur 1. Den har en buttet og avrundet topp, og kommer i fire forskjellige størrelser. Dette gjør at pasienten gradvis kan øke i størrelsen. Videre bør sykepleieren veilede at eventuelle glidekremer skal være vannbaserte (Jacobsen, 2017).

Cleary et.al.,(2012) påpeker at sykepleieren arbeider kun til SS-nivået i modellen. Dette støttes av Helland (2015) som forklarer at IT-nivået ligger utenfor sykepleierens kunnskapsnivå og krever spesifikk terapeutisk trening. Videre understreker Gjessing et.al., (2013) at det bare er et fåtall av pasientene som har behov for dette. På den andre siden kan sykepleieren bidra til å motivere kvinnen til å gjennomføre behandlingen og henvise videre (Schølberg, 2013; Borg, 2017). I henhold til helsepersonelloven er sykepleieren lovpålagt å henvise videre dersom sykepleierens faglige kvalifikasjoner ikke er tilstrekkelige (Helsepersonelloven, 1999, § 4). Fra erfaring i egen praksis ser det ut til at kvinnene som får god veiledning om vaginal dilatasjon ikke trenger henvisning videre. Det ser derfor ut til at tilstrekkelig informasjon og veiledning fra sykepleieren kan forhindre utvikling av stenose og videre behov for spesialisthjelp. På den andre siden påpeker Jacobsen (2017) og Jerpseth (2015) at det er sykepleieren sin oppgave å alminneliggjøre tema med gode holdninger, dersom kvinnen likevel har behov for videre hjelp.

Eide & Eide (2017) hevder at den viktigste kommunikative oppgaven sykepleieren har er å informere pasienten. I pasient- og brukerrettighetsloven (1999) er sykepleieren lovpålagt å gi informasjon om konsekvenser av strålebehandlingen. Jacobsen (2017) belyser hvordan stenose kan utvikles hos kvinnen etter strålebehandling og hvordan det kan forebygges. I følge lovgivningen har derfor sykepleieren plikt til å informere om hvordan stenose kan påvirke intime forhold, samtidig som det kan skape vansker for å fullføre en klinisk undersøkelse som er viktig for videre oppfølging etter strålebehandlingen. Jacobsen (2017) understreker at kvinner som av ulike årsaker ikke ønsker videre seksualliv, bør også oppfordres til dilatorbehandling fordi det er en forutsetning for videre gynekologiske

undersøkelser. Derfor er det nødvendig at sykepleieren med sitt ansvar gir råd og informasjon om hvordan stenose kan forebygges med dilatorbehandling også for dem (Nordvedt & Grønseth, 2016). Derfor må sykepleieren være bevisst på å bevege seg over i SS-nivået av PLISSIT-modellen også med disse kvinnene. På den andre siden understreker Jacobsen (2017) at det har vist seg at pasienten kan ha vanskeligheter med å forstå informasjonen som gis. Dette kan være på grunn av for dårlig bakgrunnskunnskap. Derfor kan sykepleieren bruke tegninger og plakater for å få kvinnen til å forstå sin anatomi bedre. Dette kan hjelpe henne til å forstå nødvendigheten av dilatorbehandlingen (Jacobsen, 2017). For å oppnå bedre kontakt og gjensidig forståelse er det i følge Travelbee (1999) sentralt å oppnå stadiet fem i relasjonsmodellen hennes. Hun understreker at det fremdeles kan oppstå kommunikasjonsproblemer i denne fasen, men problemene vil bli raskere gjenkjent og derfor løst lettere.

Aaserud (2016) nevner tiden som et hinder for tilrettelagt samtale om seksualitet, derav vaginal dilatasjon. Han forklarer at den korte tiden sykepleier og pasient har sammen kan føre til vanskeligheter for å bygge opp tillit og fortrolighet som er nødvendig for å få en god samtale. Dette stemmer med egne erfaringer fra praksis. I konteksten av en poliklinikk vil pasienten være kort tid inne hos sykepleieren, der samtale om vaginal dilator er en av flere oppgaver. Samtidig er det ikke gitt at pasienten møter samme sykepleier ved hver oppfølgingstime. Det betyr at pasienten kan få mange sykepleiere å forholde seg til, samtidig som relasjonen blir preget av den korte tiden de har sammen. Til tross for dårlig tid påpeker Jerpseth (2015) at veiledning av vaginal dilator må gis på riktig tidspunkt, der kvinnens oppmerksomhet er rettet mot sine seksuelle utfordringer. Dette støtter Gjessing, Borg & Dahl (2013) som viser til at de fleste kvinnene ofte er opptatt av diagnose, behandling og prognose etter diagnostiseringen. På den andre siden fremhever Borg (2017) nytten av å nevne dilatorbehandling også tidlig i sykdomsforløpet, slik at pasienten blir bevisst på det, samtidig som det kan bli lettere å snakke om. Da kan sykepleieren benytte seg av P-nivået før behandlingen, før hun går videre inn på LI- og SS- nivået i etterkant. I følge pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1 er sykepleieren lovpålagt å informere om konsekvenser av strålebehandlingen, og kan derfor ikke velge det bort som en del av sitt undervisende ansvarsområde grunnet dårlig tid.

Tveiten (2016) belyser hvordan en veileder ikke skal ”gi svar”, men hjelpe den andre til å hjelpe seg selv. Samtidig forklarer forfatteren at det kan føles anstrengende for pasienten å skulle finne disse svarene selv. På den andre siden peker Eide & Eide (2017) på hvordan informasjonsutvekslingen kan påvirkes negativt om sykepleieren fremstår som en ekspert. Likevel uttrykkes retten til informasjon i pasient- og brukerrettighetsloven, §3-1, hvor sykepleieren har plikt til å informere. Videre legger Tveiten (2016) vekt på at det er dialogen som er den viktigste formen for veiledning, hvor sykepleieren har den formelle veilederfunksjonen. Hun vektlegger at via dialog skal veilederen styrke brukerens kompetanse, slik at pasienten mestrer egen situasjon gjennom opplevelser, erfaring og behov. Dette støttes av Travelbee (1999) som poengterer at en opparbeidet felles forståelse bør ligge til grunn i menneske-til-menneske-forholdet.

5.4 Sykepleierens kompetanse og faglig oppdatering

Gjennom de yrkesetiske retningslinjene og helsepersonelloven, §4 , har sykepleieren plikt til å holde seg oppdatert om forskning og utvikling i eget fagområde. Samtidig påpeker Norsk sykepleierforbund (2016) at all sykepleiepraksis skal være basert på kunnskap. Til tross for dette kommer det fram i selvvalgt fag- og forskningslitteratur at mangel på kunnskap er en av grunnene til de unnvikende holdningene til seksualitet blant sykepleiere (Dahl & Sørensen, 2016; Schølberg, 2013; Cleary, 2012). I studiet utført av Bonner, Nattress, Anderson, Carter, Milross, Philp, & Juraskova (2012) rapporterte kvinnene at bekymring for stenose, tro på dilatorbehandling og aksept over ny tilstand var faktorer som motiverte til vaginal dilatasjon. Videre rapporterte de at det var lettere å ta i bruk dilatoren med en tanke om at dilatorbehandlingen var en forlengelse av den medisinske behandlingen.

Seksualitet er definert som en del av hvert menneskets personlighet og er et av menneskets grunnleggende behov (WHO, 2018). I følge Gamnes (2016) har sykepleieren ansvar for pasientens seksualitet, og dette anses som en sentral oppgave. Derfor er det nødvendig at sykepleieren innehar kunnskap om kreftsykdommen og hvordan senskadene av behandlingen kan påvirke anatomien i kjønnsorganet og seksualiteten til kvinnen (Tanner et.al., 2011). Travelbee (1999) trekker frem viktigheten av at sykepleieren ser det individuelle mennesket i pasienten under samtalen. På den ene siden forklarer fag – og forskningslitteraturen at

dilatorbehandling kan redusere eller forebygge stenose (Quintet, udatert; Gynkreftforeningen, 2018; Jerpseth, 2015; Bonner et.al 2012). I følge Jacobsen (2017) er det sykepleieren sitt ansvar å informere kvinnen om viktigheten av dilatorbehandlingen i henhold til lovverket (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). På en annen side konkluderer studien til Miles & Johnson (2014) med at dilatorbehandling kan danne ytterligere arrdannelser, forstyrre skjeden i den inflammatoriske fasen og være en psykisk påkjenning. I følge Gjessing et.al., (2013) er vaginal dilatasjon ved strålebehandling en standard praksis rundt om i verden. Miles & Johnson (2014) argumenterer for at det kan være skadelig for kvinnen, og mener det ikke foreligger bevis på at denne behandlingen forhindrer stenose. Likevel begrunner Jacobsen (2017) at stenose må forebygges slik at en full klinisk undersøkelse kan gjennomføres. Dette er en viktig del under oppfølgingsperioden etter strålebehandling av livmorhalskreft. Derfor har vaginal dilatasjon blitt anvendt for å stimulere skjeden til å strekke seg og forhindre stenose.

Borg (2017) belyser hvordan kunnskap er nødvendig for å forstå, men også hvordan sykepleieren behøver et emosjonelt engasjement. Han forklarer videre at empati er viktig for å kunne gi pasienten trygghet i situasjonen. Travelbee (1999) sin relasjonsteori gjør rede for hvordan empatifasen i relasjonstilknytningen er essensiell for å fremme hvert individ som unikt. Videre understreker hun at empati fører til bevissthet på sine egne dømmende tanker – og at sykepleieren først kan gjøre noe med dette etter at empati er oppnådd. Deretter påpeker Borg (2017) hvordan empati vil gjøre samtalen om dilatorbehandling lettere.

Videre poengterer Borg (2017) at sykepleieren bør være nysgjerrig og åpen. Han belyser hvordan tausheten fra sykepleieren kan bidra til å forsterke fordommer og myter rundt tema. I følge Dahl & Sørensen (2016) kan slike fordommer handle om at de eldre pasientene ikke har samleie. De forklarer videre at mange kan synes det er flaut å snakke om dette fordi pasienten er på lik alder som foreldrene. I følge forfatterne er de fleste sykepleierne bevisste på sine unnvikende holdninger rundt seksualitet. Dette støttes av en svensk studiet gjort av Saunamäki, Andersson & Engström (2009). Der rapporterte hele 72 av 88 deltagende sykepleiere at de forsto hvordan pasientens sykdom og senskader av behandlingen påvirket deres seksualitet. Imidlertid tok ikke 80% av deltagerne seg tid til å diskutere seksuelle bekymringer med pasienten. Videre avslørte studien at 60% følte seg ukomfortable når de

skulle ha dialog med pasienten om hennes seksuelle utfordringer. Helland (2015) peker derimot på viktigheten av at sykepleieren ikke skal ha en terapeutisk rolle når det gjelder pasientens seksualitet. Travelbee (1999) forklarer at det er samspeillet mellom individene utgjør den gode relasjonen som åpner for samtale. Paradoksalt til studien gjort av Saunamäki et.al (2009) viser lovgivningen til kravet om at sykepleieren skal gi faglig forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp som kan forventes ut ifra hennes kvalifikasjoner (Helsepersonelloven, 1999, §4). Samtidig peker de yrkesetiske retningslinjene på kravet om at sykepleieren skal holde seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde. Det forventes medfølgende at hun bidrar til å anvende kunnskap i praksis, samtidig som hun forholder seg til pasienten som et helhetlig menneske (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2016, pkt 1.4; Odland, 2016). I følge lovgivningen skal derfor sykepleieren inneha tilstrekkelig kunnskap om vaginal dilatasjon, slik at hun kan utøve tilstrekkelig og helhetlig sykepleie.

I følge Helland (2015, s. 870) finnes det ingen retningslinjer for hvordan seksualitet og spørsmål rundt temaet skal ivaretas i helse- og omsorgstjenesten. Det finnes heller ingen samlet kompetanse i form av ressurs- eller kompetansesentra, og det er ingen pålegg til helseinstitusjoner om å ivareta seksuelle spørsmål. Imidlertid beskriver rammeplanen for sykepleierne deres ansvars – og funksjonsområde på bakgrunn av de yrkesetiske retningslinjene og lovverket (Kunnskapsdepartementet, 2008). Likeledes påpeker Vildalen (2014) at manglende kunnskap hos sykepleieren kan øke faren for både feilinformasjon og feil behandling. Uvitenhet kan føre til manglende innhenting av vesentlig informasjon, som kan lede til at sykepleieren overser alvorlig problemer. Følgelig må sykepleieren på en gynekologisk poliklinikk inneha kunnskaper om seneffekter av strålebehandling og hvordan en dilator kan forebygge stenose i skjeden. Dette understøttes av de yrkesetiske retningslinjene som stiller krav til oppdatert kompetanse hos den utøvende sykepleieren (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2016, pkt 1.4). I følge Tanner et.al., (2011) vil tilstrekkelig formidling av denne kunnskapen bidra til at kvinnen fortsetter dilatorbehandlingen videre i hjemmet. Følgelig understreker Helland (2015) at sykepleieren skal inneha tilstrekkelig kunnskap til å anvende de tre første nivåene på PLISSIT-modellen. På den andre siden forklarer Vildal (2014) at fravær av seksualundervisning i helsefagene påvirker sykepleieutøvelsen. Dette stemmer overens med studien til Bonner et.al (2012) der

deltagerne rapporterte at de mottok motstridende informasjon om dilatorbruk fra ulike personer. Det omhandlet både tid, frekvens og viktigheten av dilatorbehandlingen. Kvinnene rapporterte at en separat konsultasjon med sykepleier for å snakke om dilatorbruk ville vært nyttig. Det kunne bidratt til å sikre en tydelig begrunnelse for bruk av dilator, samt hindre overbelastning av informasjon. Imidlertid forutsetter et slikt forslag at sykepleieren i henhold til forsvarlighetskravet sørger for at den faglige kompetansen er både tilstrekkelig og oppdatert (Helsepersonelloven, 1999, §4).

6.0 Oppsummering

Hensikten med denne litterære oppgaven var å belyse hvordan sykepleieren kan veilede pasienter om vaginal dilator etter strålebehandling for livmorhalskreft. I oppgaven blir relasjonen mellom sykepleier og pasient vektlagt, med hjelp av Travelbee sin relasjonsteori. Tillit og kommunikative ferdigheter blir lagt vekt på i veiledningen av vaginal dilator. Forskningsartiklene som er anvendt i oppgaven tyder på at sykepleierne mangler kunnskap og kompetanse. Det vektlegges også hvordan holdningene til sykepleierne blir en barriere for samtalen.

Forskningslitteraturen tyder på at pasientene ønsker å bli informert om seksuelle utfordringer, men at sykepleieren selv synes et er et utfordrende tema. Fag- og forskningslitteraturen tyder på at dilatorbehandlingen ofte avsluttes i hjemmet, grunnet for lite informasjon og oppfølging. Kvinnene rapporterer ulike barrierer for dilatorbruk. Oppgaven fokuserer på sykepleierens undervisende og veiledende funksjon for å fremme helse. Gjennom veiledning skal sykepleieren fremme kunnskapen hos pasienten til å kunne ta del i egne beslutninger om sin helsetilstand. Etikken viser til hvordan sykepleieren skal betrakte mennesket som et helhetlig individ. Jeg valgte å bruke WHO sin definisjon for å vise til at seksualitet er et av de grunnleggende behovene.

For å belyse hvordan en helhetlig tilnærming til pasienten krever bevisstgjøring av egne holdninger og fordommer er Travelbee sin relasjonsteori brukt. I oppgaven er PLISSIT-modellen brukt som et kommunikasjonsverktøy for å lette samtalen om seksualitet. Det er lagt stor vekt på SS-nivået i modellen, da det er her undervisning av vaginal dilator hører til. For å bruke PLISSIT-modellen er kunnskap helt relevant, samt at det må være en gjensidig tillit mellom pasient og sykepleier. Lovverket og de yrkesetiske retningslinjer er brukt for å belyse omfanget av den aktuelle problemstillingen.

Litteraturliste

Aaserud, R. (2016). 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. E. P. (2017). *Sexologi i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.

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.

Bonner, C., Nattress, K., Anderson, C., Carter, J., Milross, C., Philp, S., & Juraskova, I. (2012). Chore or priority? Barriers and facilitators affecting dilator use after pelvic radiotherapy for gynaecological cancer. *Supportive Care In Cancer*, 20(10), 2305-2313. doi:10.1007/s00520-011-1337-z

Borg, T. (2017). Seksualitet. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling* (s. 120 - 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 Aa

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Dalland, O. & Trygstad, H. (2017). Kilder og kildekritikk. I Dalland, O. Metode og oppgaveskriving. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Eide, H., & Eide, T. (2017). Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Femmax dilatorsett [Bilde]. (udatert). Hentet fra <https://quintet.no/media/fm/f64d64298f.pdf>
- Folkehelseinstituttet. (2016). *HPV- humant papillomavirus*. Hentet fra <https://fhi.no/sv/vaksine/hpv/hpv-og-hpv-vaksine/hpv/>
- Gammersvik, Å., & Larsen, T. (Red.) (2012). *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis*. Bergen: Fagbokforlaget
- Gamnes, S. (2016) Seksualitet og helse. I: N. J. Kristoffersen., F. Nortvedt., & E-A. Skaug (Red.). Grunnleggende sykepleie bind 2. (371-407). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Gjessing, R., Borg, & Dahl, A.A. (2013). *Kreftoverlevende: 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.), *Kreftoverlevende: Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv* (2. utg., s. 87 - 108). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Gynkreftforeningen. (2015). *Betydelig redusert seksualliv*. Hentet fra: <https://www.gynkreftforeningen.no/2017/12/betydelig-reduert-seksualliv/>
- Gynkreftforeningen. (udatert). *Livmorhalskreft*. Hentet fra: <https://www.gynkreftforeningen.no/livmorhalskreft/>

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

Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell. Hentet 05.03.2018 fra:

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Jacobsen, A, M, L. (2017). Sykepleieutfordringer ved kreft i kvinnelige kjønnsorganer. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling* (s. 604- 613). Oslo: Cappelen Damm AS.

Jerpseth, H. (2015). Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. I D-G. Stubberud, R. Grønseth og H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (4 utg., s. 24-38). 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.), *Kreftoverlevende: Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv 2.utg* (2 utg., s. 80 – 86). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kreftforeningen. (2018). Livmorhalskreft: Cervix cancer. Hentet fra

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

Kreftforeningen. (utdatert). Seneffekter. Hentet fra:

<https://kreftforeningen.no/om-kreft/senskader/>

Kristensen, G. (2017). Kreft i kvinnelige kjønnsorganer. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling* (s. 589 – 603). Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Kristoff, A. (2016). Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer. I S. Ørn, & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (s. 402- 418). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleie – kunnskap og kompetanse. I N. J Kristoffersen, F. Nortvedt, E. -A. Skaug & G. H Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1: Sykepleie – fag og funksjon* (3. utg., s. 337-381). 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

Macey, K., Gregory, A., Nunns, D., & das Nair, R. (2015). Women's experiences of using vaginal trainers (dilators) to treat vaginal penetration difficulties diagnosed as vaginismus: a qualitative interview study. *BMC Women's Health*, 15(1), 1-12. doi:10.1186/s12905-015-0201-6

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

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

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

Ny arbeids – og velferdsforvaltning. (2015). Seksualtekniske hjelpemidler. Hentet fra:
<https://www.nav.no/no/Person/Hjelpemidler/Hvor+trenger+du+hjelp/Dagligliv+og+fritid/seksualtekniske-hjelpemidler>

Odland, L-H. (2016) Menneskesyn I B. S. Brinchmann (Red.) Etikk i sykepleien (s. 25-42).
Oslo: Gyldendal Akademisk

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient og brukerrettigheter. Hentet
05.03.2018 fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetslove>

Reitan, A. M. (2017). Kommunikasjon. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.),
Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling (s. 104 – 119). Oslo: Akribe 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

Schjølberg, 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.

Southard, N., & Keller, J. (2009). The importance of assessing sexuality: a patient
perspective. *Clinical Journal Of Oncology Nursing*, 13(2), 213-217.
doi:10.1188/09.CJON.213-217

Tanner, P., Lindsay, G., Kerrison, S., & Monterosso, L. (2011). Prevention of vaginal stenosis
after treatment for gynaecological cancer. *Australian Journal Of Cancer Nursing*,
12(1), 21-27.

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

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk

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

Vildalen, S. (2014) *Seksualitetens betydning for utvikling og relasjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Wyller, V,B. (2014) *Frisk: Cellebiologi, anatomi og fysiologi*. Oslo: Cappelen Damm AS

Quintet. (udatert). *Råd og veiledning om bruk av dilatorer* [Brosjyre] . Bergen: Quintet AS

World Health Organization. (2018). *Sexual and reproductive health*. Hentet fra:

http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/