



Seksualitet etter livmorhalskreft

Hvordan kan sykepleier informere og veilede kvinner om seksuelle utfordringer knyttet til bivirkninger etter strålebehandling?

Kandidatnummer: 860
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i emne 14B

Antall ord: 9673
Dato: 16.04.18

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato 16.04.18
Tittel: Seksualitet etter livmorhalskreft	
<p><u>Problemstilling:</u> Hvordan kan sykepleier informere og veilede kvinner om seksuelle utfordringer knyttet til bivirkninger etter strålebehandling?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv:</u> Det teoretiske kunnskapsgrunnlaget i oppgaven bygger på sykepleierens kunnskapsgrunnlag, sykepleierens ansvars- og funksjonsområder, lovverket, de yrkesetiske retningslinjene, samt Virginia Hendersons sykepleieteori. Videre i oppgaven er det benyttet teori om livmorhalskreft, strålebehandling, bivirkninger knyttet til strålebehandlingen, seksualitet, pasientveiledning, kommunikasjon og PLISSIT-modellen. PLISSIT-modellen blir presentert som et hjelpemiddel i samtale og veiledning om seksualitet med pasienten.</p> <p><u>Metode:</u> Metoden er en litteraturstudie hvor jeg har brukt relevant fag- og forskningslitteratur til å belyse problemstillingen. Forskningsartiklene jeg har brukt i oppgaven har jeg funnet gjennom søk i databasene PubMed, CINAHL og Oria. Annet relevant pensum og selvvalgt litteratur har jeg funnet på biblioteket ved Lovisenberg Diakonale Høgskole.</p> <p><u>Drøfting:</u> Sykepleierens veiledende funksjon er drøftet opp mot de ulike teoriene for å vise hvordan sykepleier kan informere og veilede kvinner om seksuelle utfordringer for å fremme mestring, aksept og forståelse av sin nye livssituasjon. I forbindelse med dette drøftes hvordan sykepleier kan ved hjelp av kompetanse, pasientrelasjon, kommunikasjonsferdigheter, tilpasset omsorg og PLISSIT-modellen informere og veilede pasienten om seksualitet og seksuelle utfordringer.</p> <p><u>Konklusjon:</u> Sykepleier bør bruke sin veiledende og undervisende funksjon når hun skal informere og veilede om seksuelle utfordringer til pasienten etter strålebehandling. Studier viser at pasienter savner tilstrekkelig med informasjon og veiledning fra helsepersonell om seksuelle utfordringer etter kreftbehandling. Sykepleier har derfor et ansvar for å informere og bevisstgjøre pasienten om egen seksualitet, for å styrke pasientens følelse av læring, mestring og aksept av sin nye livssituasjon. PLISSIT-modellen er et viktig hjelpemiddel i veiledningen, for å kunne åpne opp for dialog om seksualitet, og tanker og bekymringer knyttet til dette.</p>	

(Antall ord: 277)

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Presentasjon av problemstilling	2
1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling	2
1.4 Oppgavens disposisjon	3
2. Teoretisk kunnskapsgrunnlag	4
2.1 Pasientperspektiv	4
2.2 Livmorhalskreft.....	5
2.2.1 Strålebehandling	6
2.2.2 Bivirkninger.....	6
2.3 Sykepleieteoretisk kunnskapsgrunnlag	7
2.3.1 Seksualitet	7
2.3.2 Pasientveiledning.....	8
2.3.3 PLISSIT-modellen.....	9
2.4 Kommunikasjon	10
2.5 Sykepleierens ansvars- og funksjonsområder	11
2.6 Lovverk og yrkesetiske retningslinjer	12
3. Metode	14
3.1 Valg av metode og begrunnelse	14
3.2 Litteratursøk og søkehistorikk.....	14
3.3 Kildekritikk.....	15
4. Presentasjon av forskningsresultater	17
5. Livmorhalskreft: Hvordan kan sykepleier informere og veilede kvinner om seksuelle utfordringer knyttet til bivirkninger etter strålebehandling?	19
5.1 Møtet med pasienten	19
5.2 Informasjon og veiledning	22
5.3 Seksualitet – et tabubelagt tema	24
5.4 Sykepleierens funksjon	26
6. Avslutning	29
Referanseliste	30

1. Innledning

Seksualitet er et av menneskers grunnleggende behov hvor kreftsykdom og behandling kan medføre fysiske forandringer. Dette kan ha negativ innvirkning på seksualiteten og påvirke pasientens seksuelle helse og livskvalitet etter endt behandling (Gamnes, 2011, s.71). Tall fra Gynkreftforeningen viser at årlig blir rundt 350 kvinner rammet av livmorhalskreft i Norge. Det er den tredje største kreftformen som rammer kvinner, og er den vanligste kreftformen hos kvinner under 35 år (Kreftforeningen, 2018). Det er et problem i helsetjenesten at mange sykepleiere vegrer seg for å snakke om seksualitet med kreftpasienter. Seksuell veiledning kan oppleves som utfordrende og ved at helsepersonell unngår å snakke om seksualitet med pasienter, kan dette bidra til å styrke stigmatiseringen og fordommene rundt temaet (Borg, 2017, s.126).

Etter gjennomgått behandling for livmorhalskreft har pasienten behov for informasjon om seksualitet, for å bidra til å øke kunnskap og forståelse, samt fremme følelsen av trygghet og mestring av konsekvensene som følge av sykdom og behandling (Nordtvedt & Grønseth, 2011, s.22). I henhold til loven er sykepleiere pliktet til å informere pasienter om konsekvenser av behandlingen, og hvilken betydning dette kan ha for pasientens seksuelle helse. Det er derfor viktig at sykepleier har kunnskap om seksualitetens betydning som et grunnleggende behov, og kan bidra gjennom sin veiledende og undervisende funksjon til å fremme god helse og mestring av sin nye livssituasjon. Det er en forutsetning at sykepleier har gode kommunikasjonsferdigheter og egenskaper til å forstå pasientens opplevelse av sykdommen, for å kunne skape god kontakt mellom begge parter i samtalen (Eide & Eide, 2012, s.17).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

De siste årene har det vært mye fokus på livmorhalskreft etter at bloggeren Thea Steen (1989-2016) offentliggjorde og blogget, om livet med kreftdiagnosen og frontet "Sjekk-deg"-kampanjen. Kampanjen handlet om forebygging av livmorhalskreft gjennom å oppfordre unge kvinner til HPV-vaksinering og ta celleprøve. (Steen, 2016). Gjennom sykdoms- og behandlingsprosessen blogget hun om kreftbehandlingen, der kroppen gjennomgikk store forandringer som ofte måtte følges opp. Hennes skriving gjorde desto større inntrykk på meg da jeg fikk jobbe med livmorhalskreft på gynekologisk sengepost i sykehuspraksis og fikk se

viktigheten av sykepleierens undervisende og veiledende funksjon i møte med kreftpasienter. Etter sykehuspraksis ønsket jeg å lære mer om hvordan sykepleier kan invitere til samtale, hvordan informere om kvinners seksuelle utfordringer, og hvilken innvirkning strålebehandlingen har for kvinners seksualitet.

I min bacheloroppgave ønsker jeg å sette fokus på sykepleierens veiledende og undervisende funksjon ved seksuelle utfordringer knyttet til bivirkninger etter strålebehandling av livmorhalskreft. Etter åtte uker sykehuspraksis på gynekologisk kreftavdeling hadde jeg flere opplevelser der jeg merket at sykepleiere vegret seg for å snakke om seksualitet med kvinner på avdelingen. Dette var viktig informasjon, veiledning og oppfølging som kunne blitt gitt, for å gi trygget og bidra til økt forståelse blant pasientene. I stedet opplevde jeg flere kvinner som forlot sykehuset usikre på egen sykdomssituasjon og konsekvensene av behandlingen, som et resultat av for lite informasjon om bivirkninger, komplikasjoner og seksuell helse. Ved disse pasientmøtene observerte jeg mange som hadde vanskelig for å forestille seg den nye hverdagen, hvor sykepleieren kunne spilt en viktig rolle i veiledning og tilrettelegging, og som kunne opplyst og beroliget flere pasienter. Korte liggetider og tidspress på sykehuset var faktorer som bidro til, at denne pasientinformasjonen risikerte å bli utelatt i pasientsamtaler.

Jeg har et ønske med denne oppgaven å vektlegge hvilken betydning sykepleiers veiledende og undervisende funksjon har i møte med pasienters seksuelle helse i den postoperative fasen. Sykepleierens veiledende og undervisende funksjon er to svært viktige funksjonsområder, som er relevante i besvarelsen av min problemstillingen.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Livmorhalskreft: Hvordan kan sykepleier informere og veilede kvinner om seksuelle utfordringer knyttet til bivirkninger etter strålebehandling?

1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling

Jeg har valgt å avgrense til kvinner som har gjennomgått behandling av livmorhalskreft. I denne oppgaven har jeg valgt å fokusere på kvinner i alderen 25 – 45 år, med bakgrunn i at livmorhalskreft er den vanligste kreftformen i denne aldersgruppen. Konteksten vil finne sted på gynekologisk kreftavdeling, som er en arena hvor sykepleieren møter pasienter med ulike behov, og som krever individuell tilpasning som følge av strålebehandlingen. Gjennom sin veiledende og undervisende funksjon kan sykepleier arbeide for å informere og veilede

pasienten om seksuelle utfordringer knyttet til bivirkninger etter gjennomgått strålebehandling, og hvilken betydning behandlingen har for kvinnens seksualitet.

Veiledningen mellom sykepleier og pasient vil skje i den postoperative fasen. Jeg har valgt å avgrense oppgaven til denne fasen på grunnlag av egenerfart praksis. I praksis erfarte jeg at en stor andel av kvinnene var preget av angst og spenning i forbindelse med behandlingen. Dette hadde stor innvirkning for informasjonen og veiledningen, som skulle utveksles mellom sykepleier og pasient i den preoperative fasen. Følelser relatert til operasjonen var en av flere årsaker som påvirket deres evne til å prosessere informasjon, som omhandlet konsekvenser av behandlingen. I forbindelse med dette var ikke pasientene mottakelige for annet enn operasjonsrelatert informasjon i den preoperative fasen. Jeg velger å ikke gå mer inn på hvordan disse følelsene påvirker informasjonsutvekslingen mellom sykepleier og pasient, men nevner det på grunn av at dette setter krav på kommunikasjonen i prosessen. I den postoperative fasen var det nødvendig at pasienten var sengeliggende for å lindre sårhet og eventuelle bivirkninger som kunne oppstå som følge av strålebehandlingen. Denne perioden la til rette for at sykepleier kunne invitere pasient til å snakke om tanker, følelser og bekymringer knyttet til sin egen seksualitet i tiden etter behandling. Når strålebehandlingene var overstått, opplevde sykepleier at flere av kvinnene var mer mottakelige for forebyggende informasjon. De var og positive til veiledning om behandlingsrelaterte utfordringer innenfor seksualitet.

1.4 Oppgavens disposisjon

Den litterære oppgaven starter med en innledning som inneholder en begrunnelse for valg av tema, presentasjon av problemstilling og en avgrensning. Innledningen skal gi en oversikt over hva oppgaven omhandler og vekke leserens interesse. I kapittelet om teoretisk kunnskapsgrunnlag starter teoridelen med å presentere pasientperspektivet med pasientrelatert teori om livmorhalskreft, strålebehandling og bivirkninger. Deretter presenteres sykepleieteoretisk kunnskapsgrunnlag, etterfulgt av relevant teori om seksualitet, pasientveiledning, PLISSIT-modellen, kommunikasjon, sykepleierens ansvars- og funksjonsområder, samt lovverk og yrkesetiske retningslinjer. Teoridelen avsluttes med metode for oppgaven, der resultatene i forskningsartiklene presenteres i en artikkelmatrise. I drøftingskapittelet drøftes funn og resultater fra forskningsartiklene, med relevant litteratur, teori og egne erfaringer fra praksis opp mot problemstillingen. Den litterære oppgaven avsluttes med en avslutning, som oppsummerer innholdet og funnene i oppgaven.

2. Teoretisk kunnskapsgrunnlag

Innholdet i dette kapittelet legger vekt på teoretisk kunnskap om sykepleierens kunnskapsgrunnlag i møte med pasienten som har gjennomgått strålebehandling for livmorhalskreft, sykepleierens ansvar og funksjonsområder, lovverket og de yrkesetiske retningslinjene som skal bidra til å sikre god og forsvarlig sykepleie. Sykepleieutøvelsen baseres på fagkunnskap, egne erfaringer og verdier, etikk og jus, som er nødvendig kunnskap i møte med pasienter på gynekologisk kreftavdeling og ivaretagelsen av deres grunnleggende behov (Holter, 2015, s.112).

Å informere og veilede pasienter om seksualitet og bivirkninger av strålebehandling er en viktig del av sykepleiers fagområde i møte med pasienten. Ved at sykepleier tar initiativ i det profesjonelle møtet mellom pasient og sykepleier kan sykepleier invitere til samtale om seksualitet, og åpne for dialog med viktig informasjon om pasientens situasjon. Ved å gjøre det tillatt å snakke om seksualitet kan sykepleier gjennom informasjon jobbe med å tilnærme seg og imøtekomme pasientens behov, bedre forholdene til situasjonen og sammen tenke fremover (Almås & Benestad, 2017, s.62). I sykepleieyrket arbeider man kunnskapsbasert, som ligger til grunn for faglige avgjørelser, og beslutninger som blir tatt i praksis. Det innebærer å kunne bruke alle elementene i modellen for kunnskapsbasert praksis som består av erfaringsbasert, forskningsbasert, brukerkunnskap og kontekst i møte med pasienter. Det vil si å kunne ta faglige avgjørelser ut i fra systematisk innhenting av forskningsmateriale, erfaringsbasert kunnskap og pasienters ønske og behov (Graverholdt, Jamtvedt & Nortvedt, 2015, 183). Det er viktig med kunnskap, ferdigheter, erfaringer og faglig skjønn i sykepleieutøvelsen for å sikre forsvarlig og omsorgsfull sykepleie i sammensatte pasientsituasjoner. Alle pasienter har forskjellig behov for sykepleie, som krever at sykepleier har egenskapen til å tilrettelegge og tilnærme pleien og omsorgen til hver enkelt pasient (NSF, 2016).

2.1 Pasientperspektiv

Det er mange følelser, tanker og reaksjoner knyttet til kreft, og det er naturlig å oppleve en psykisk reaksjon når personer får vite at de har fått kreft, skriver Reitan (2017). Disse reaksjonene kan sammenliknes med en traumatisk krise, som beskrives som noe som forstyrrer det normale liv, som kommer akutt og uforventet. Kunnskap og forståelse om de psykologiske reaksjonene og fysiologiske forandringene er en forutsetning for at sykepleier kan informere og veilede pasienten, om bivirkninger og seksuelle utfordringer som følge av

strålebehandlingen (Reitan, 2017, s.82). Behandlingen kan gi senplager i form av tørrhet i skjede, sammenvoksninger og kunstig overgangsalder, som kan påvirke pasientens kroppsbilde og selvbilde (Borg, 2017, s.123). Selvbilde er viktig for seksualiteten, og dette utfordres når kvinner får underlivskreft i den grad at kroppen kan oppfattes som mer sårbar, fremmed og utfordrende (Jacobsen, 2017, s.607). I den postoperative fasen vil sykepleierens oppgave innebære å lytte og møte pasienten som har gjennomgått strålebehandling, for å kunne invitere til samtale med informasjon og veiledning om seksualitet og fysiske endringer som følge av behandlingen (Schjølberg, 2017, s.132). Sykepleier må samtidig kunne godta at enkelte pasienter *ikke* ønsker informasjon, eller at de kun ønsker begrenset med informasjon knyttet til sykdom og behandling. Denne type informasjon kan medføre angst og bekymring, som må tas i betraktning i informasjonsutvekslingen mellom sykepleier og kreftpasienter.

2.2 Livmorhalskreft

I Norge rammes 31 000 mennesker av kreft hvert år. 350 av disse er kvinner som rammes av livmorhalskreft (Kreftregisteret, 2018). Livmorhalskreft (Cervix cancer) er en krefttype som utvikler seg i livmorhalsen som ligger i nedre del av livmoren og forbinder skjede og livmor. Utviklingen skyldes unormal vekst av celler som utvikles langsomt i epitelet, før de angriper dypere strukturer og utvikler seg til en svulst (Kristoff, 2015, s.402) Unormal vekst av cellevev (celleforandringer) går under betegnelsen cervikal intraepitelial neoplasi (CIN), som deles inn i tre grader som betraktes som forstadium til livmorhalskreft. Ved tidlig diagnostisering er sjansene høye for å oppnå tilnærmet normalt tilstand. I Norge blir kvinner i alderen 25-70 år tilbudt rutinemessig celleprøvetaking (cytologisk screening) hvert tredje år, som et tiltak for å øke muligheten til å oppdage forstadier av kreft (Jerpseth, 2010, s.37).

Risikoen for å utvikle denne krefttypen henger sammen med seksuell kontaktsmitte og infeksjoner forårsaket av ulike typer av humant papillomaviruset (HPV). Ulike varianter av dette viruset kan føre til benigne forandringer i hud- og slimhinner og resultere i malign svulst (Wyller, 2014, s.993). Blødninger, utflod og sårdannelser betegnes som symptomer på utvikling av livmorhalskreft, hvor smerter fremtrer senere i sykdomsforløpet (Wyller, 2014, s.994). Livmorhalskreft påvises ved å ta celleprøve og patologisk-anatomiske undersøkelser fra livmorhalsslilhinnen, hvor vev og celler granskes for å diagnostisere sykdom (Bertelsen, 2010, s.87). I Norge blir det tilbudt HPV-vaksine, et forebyggende tiltak for å redusere hyppigheten for antall tilfeller av cervix cancer (Kristensen, 2017, s.593).

2.2.1 Strålebehandling

Strålebehandling er en behandlingsmetode mot flere kreftformer, som kan brukes i kombinasjon med kirurgi og kjemoterapi i behandlingen av livmorhalskreft. Behandlingen tilpasses ut fra hva slags type svulst pasienten har og hvilket stadiet pasienten befinner seg i. Strålinger mot bekkenområdet kan føre til stans eller hemming av de fysiologiske prosessene. Strålebehandlingen brukes for å ødelegge kreftceller, hvor strålingen påvirker vevet i det aktuelle behandlingsområdet (Bertelsen, Hornslien & Thoresen, 2015, s.137). Dette innebærer også bestråling av friskt vev, som kan medføre bivirkninger akutt under behandling eller etter. (Borg, 2017, s.123). Vevet blir tilført en mengde energi slik at kreftcellenes DNA blir ødelagt, celledelingen hemmes og cellene dør. Strålingen kan skje fra en ekstern kilde hvor energien sendes utenifra og inn i vevet, eller det kan foregå fra en implantert strålekilde i nærheten av det vevet en vil ødelegge (Bertelsen et. al., 2015, s.136). Ved livmorhalskreft bestråles bekkenet, som omfatter både tumor og lymfeknuter. Strålebehandlingen gis i kombinasjon av ekstern stråling og brachyterapi, som er en form for innvendig strålebehandling der pasienten tilføres stråling fra radioaktive stoffer via tynne rør som plasseres direkte i kreftsvulsten. Denne behandlingskombinasjonen brukes for å kunne øke stråledosen mot det aktuelle området uten å overskride toleransen til normalvevet rundt (Jetne, 2017, s.417).

Studier fra slutten av 1990-årene viser at kreftbehandling med kombinasjon av strålebehandling og cytostatika har økt overlevelsen, og redusert risikoen for residiv og fjernmetastaser blant pasienter som har gjennomgått behandling for livmorhalskreft (Green, Kirwan, Tierney, 2005)

2.2.2 Bivirkninger

Kreftbehandlingen kan gi akutte bivirkninger som oppstår underveis i behandlingen eller gi senbivirkninger som kan forekomme etter behandlingen er avsluttet. Dette er forandringer som kan ha stor påvirkning på pasientens seksuelle funksjon (Borg, 2017, s.121).

Bivirkninger som hudirritasjoner, ømhet og sårhet er eksempler på vanlige bivirkninger, som oppstår tidlig i behandlingen når friskt vev blir bestrålt med høy energi. Også bivirkninger som kvalme og diaré kan forekomme, som skyldes generelle kroppslige reaksjoner når friske organer i bekkenområdet berøres av strålingen. Dette er bivirkninger som kan avta i løpet av 2-4 uker etter avsluttet behandling (Bertelsen et. al., 2015, s.138).

De vanligste senbivirkningene etter kreftbehandlingen er tretthet, tørrhet i skjede, lite elastisitet, sammenvoksninger, smerter ved samleie og kunstig overgangsalder (Borg, 2017, s.129). Dette er fysiske forandringer som kan medføre til psykologiske konsekvenser i form av endret kroppsbilde, selvbilde og skam, der tapet av de kroppslige funksjonene kan oppleves som en stor belastning og føre til følelse av tap av sin kvinnelige identitet og selvbilde. Selvbilde er viktig for seksualiteten og dette utfordres når kvinner får underlivskreft, i den grad at kroppen kan oppfattes som mer sårbar, fremmed og utfordrende (Jacobsen, 2017, s.607). Behandlingen kan føre til at hormonproduksjonen, nerveforsyninger og blodsirkulasjonen blir påvirket, som kan føre til nedsatt funksjon, følsomhet, fruktbarhet og forstyrret hormonbalanse som kan prege kvinnens seksualitet i stor grad (Gjessig, Borg & Dahl, 2013, s.93). Kvinner kan få utlevert en plaststav ved utskrivelse som er et seksuelt hjelpemiddel. Den skal brukes til å dilatere skjeden i de påfølgende ukene etter gjennomgått strålebehandling, for å forebygge dannelse av sammenvoksninger (Jerpseth, 2010, s.39).

2.3 Sykepleieteoretisk kunnskapsgrunnlag

2.3.1 Seksualitet

Verdens Helseorganisasjons (World Health Organization) definisjon av seksualitet ble beskrevet av Langfeldt og Porter i 1968 som:

”... en integrert del av ethvert menneskes personlighet; mann, kvinne og barn. Det er et grunnbehov som utgjør et aspekt av å være menneske, og som ikke kan skilles fra andre livsaspekter. Seksualitet er ikke det samme som samleie eller evnen til å oppnå orgasme, og er heller ikke summen av hele vårt erotiske liv. Alt dette kan være en del av vår seksualitet, men behøver ikke å være det (...)” (WHO, 2006a)

Seksualitet beskrives videre som noe mer, det er en drift som motiverer mennesket til å søke kjærlighet, kontakt, varme og intimitet. Den uttrykkes i det vi føler, hvordan vi beveger oss og hvordan vi berører hverandre. Seksualitet påvirkes av tanker, følelser, handlinger og samspill med andre mennesker, og dermed på vår mentale og fysiske helse (Langfeldt & Porter, 1986, s.5) (Almås & Benestad, 2017, s.46).

Kvinner som har gjennomgått strålebehandling i underlivet vil for mange innebære å oppleve fysiske og psykiske forandringer, som et endret kroppsbilde og selvbilde noe som skaper konsekvenser for livskvalitet og seksuell funksjon. Sexologisk veiledning og samtale om

seksuelle utfordringer knyttet til bivirkninger som følge av strålebehandling er noe som kan bidra positivt til tilfriskning, økt livskvalitet, og mestring av sin nye livssituasjon (Almås & Benestad, 2017, s.69).

2.3.2 Pasientveiledning

Informasjon anvendes som et pedagogisk verktøy i veiledningen mellom sykepleier og pasient, for å gi eller underrette informasjon og opplysninger (Christiansen, 2013, s.69).

Informasjon er sentral i behandling av kreftpasienter, der hensikten med god informasjon er å forebygge sykdom og skape et grunnlag for å bidra til økt forståelse og mestring av ny livssituasjon som følge av kreften (Jacobsen, 2017, s.605). Til pasientveiledning vil man anvende kommunikasjon og helseveiledning som metode i møte med pasienten.

Helseveiledning brukes i en kontekst der fokuset er å bidra til å utvikle kompetanse til å mestre nye helseutfordringer. Det handler om sykepleierens ansvar til å legge til rette for informasjon og veiledning gjennom pedagogiske metoder. Kunnskap, ferdigheter og holdninger er en forutsetning for pasientens ivaretagelse av egen helse (Tveiten, 2012, s.90). Helseveiledning er sammensatt av elementer som innebærer å lytte, spørre, motivere, støtte, råde, informere, undervise og prosessvurdere. Hensikten med dette er å hjelpe pasient til å oppdage egne muligheter og bidra til økt mestring (Christiansen, 2013, s.15).

Sykdom fører ofte til redusert livskvalitet, særlig hvis pasienten sammenligner seg med hvordan helsen var før pasienten ble syk. Dette innebærer at sykepleier må ta stilling til pasientens opplevelse av sykdom når det gjelder informasjon og veiledning om sykdom, behandling og helserelaterte konsekvenser for hverdagslivet (Christiansen, 2013, s.17). Informasjon blir brukt som en del av empowermentprosessen, som har som hensikt å fremme krefter og følelsen av mestring gjennom å stimulere pasientens ressurser og muligheter og redusere faktorer som skaper stress (Stang, 2006) (Tveiten, 2016, s.31). Sykepleier må finne ut hva pasient trenger informasjon om, planlegge og skaffe informasjon gjennom dialog, og informere om dette på en god måte gjennom videre dialog og samhandling med pasient. Forutsigbar og tilpasset informasjon er en forutsetning for at pasienten skal oppleve trygghet og forståelse, og tørre å våge og åpne seg opp om tanker og bekymringer (Eide & Eide, 2012, s.292).

2.3.3 PLISSIT-modellen

PLISSIT-modellen er en av mange kommunikasjonsmodeller som har blitt utviklet, som et nyttig redskap for å kunne kommunisere og informere om seksualitet. Den beskriver ulike måter å forholde seg til og behandle seksuelle problemer. Den er et hjelpemiddel som kan brukes til å legge til rette for samtale om pasienters seksuelle helse. Den grunnleggende tenkningen bak modellen baseres på, at den skal brukes som seksualopplysning, rådgivning og sexologisk behandling. Modellen er bygget som en pyramide med fire nivåer: P, LI, SS og IT. De ulike delene av pyramiden beskriver ulike ansvarsfordelinger, nivåer av problemstillinger og metoder for å løse dem (Almås & Benestad, 2017, s.70).

P = Permission: Det første nivået handler om å gi pasienten *tillatelse* til å snakke ut om seksualitet og stille spørsmål i forbindelse med seksuelle problemer og utfordringer. Dette nivået handler om å invitere pasienten, til å betro seg med erfaringer og spørsmål relatert til egen seksualitet. Det er viktig at sykepleier gir uttrykk og rom gjennom for eksempel aktiv lytting, slik at pasient kan føle seg trygg nok til å snakke om temaet. Tematikken og spørsmål kan ofte løses på dette nivået (Almås & Benestad, 2017, s.70)

LI – Limited Information: Det andre nivået går ut på å gi pasienten *begrenset informasjon* om seksualitet. Spørsmål eller aktuelle problemstillinger rundt temaet omhandler gjerne normalitet, som for eksempel om utseende på kjønnsorganer, onanimønster og endringer i seksuell lyst. Det er vanlig å informere om hjelpemidler, som ikke trenger spesialkompetanse fra behandler på dette nivået (Almås & Benestad, 2017, s.71).

SS – Specific Suggestions: Det tredje nivået omhandler *spesifikke forslag* på hva som kan hjelpe på problemet. Dette forløpet har lengre varighet og større grad av nærhet i relasjon mellom behandler og pasient. Sykepleier gir spesifikke og mer detaljerte forslag, som kan bidra til å hjelpe pasienten. På dette nivået kreves det at behandleren har mer kunnskap og erfaring på området. Behandleren skal kunne gi spesifikke råd og kunne imøtekomme pasientens utfordringer knyttet til seksualitet. Gjennom medisinske undersøkelser kan det avdekkes seksuelle dysfunksjoner og disse kan behandles på dette nivået. Behandler kan henvise til videre utredning hos andre medisinske spesialister (Almås & Benestad, 2017, s.71).

IT – Intensive Therapy: På det fjerde nivået kreves det mer kompleks og *intensiv behandling*, som tilbys pasienter som opplever kjønnsidentitetsproblematikk, konsekvenser etter overgrep og fysisk impotens. Problemer som ikke har blitt avhjulpet i de tre første nivåene, blir tatt videre til behandling hos spesialister og sexologer i nivå fire. Dette nivået krever bredere spesialkompetanse hos behandler (Almås & Benestad, 2017, s.72).

2.4 Kommunikasjon

God kommunikasjon er et viktig og nyttig verktøy i informasjonsformidling og relasjonsbygging mellom pasient og sykepleier, som bygger på gjensidighet mellom parter, og kan legge et grunnlag for god sykepleieutøvelse. Eide & Eide definerer kommunikasjon som *”å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen i, ha forbindelse med”*, som kommer av det latinske *communicare* (Eide & Eide, 2012, s.17).

Gode kommunikasjonsferdigheter bidrar til å legge til rette for dialog og samhandling mellom sykepleier og pasient, som er en forutsetning for brukermedvirkning, tillit og mestring. Sykepleier må gjennom kommunikasjon invitere pasient til å snakke om tanker og følelser knyttet til sykdom og lidelse, slik at veiledningen kan tilrettelegges pasientens situasjon. Dette krever at sykepleier har faglig kompetanse om fysiske, psykiske og de eksistensielle konsekvensene, for å kunne forstå sykdommens og behandlingens innvirkning på pasientens kropp og seksualitet (Gamnes, 2011, s.99). Gode kommunikasjonsferdigheter er et hjelpemiddel til å forstå pasienten som person, bygge tillit og relasjon, gi bedre hjelp og støtte, og stimulere pasienten til å ta gode beslutninger og utvikle seg på best mulig måte (Eide & Eide, 2012, s.21). Kommunikasjon blir brukt som en metode for å kunne starte en samtale, om seksuelle utfordringer knyttet til bivirkninger etter gjennomgått strålebehandling.

I helsetjenesten brukes helsekommunikasjon, en toveiskommunikasjon med utveksling av informasjon og refleksjon knyttet til helse. Prosessen skal bidra med å utvikle pasientkompetanse (Tveiten, 2016, s.73). Gjennom hjelpende kommunikasjon bruker sykepleier bekreftende kommunikasjonsferdigheter som er pasientrettet. Hjelpende kommunikasjon er anerkjennende, skaper trygghet og tillit, og formidler informasjon som skal bidra til å løse problemer. Aktiv lytting, samtale- og rådgivningsferdigheter, fortolkning av verbale og nonverbale signaler, anerkjennelse, mestringshjelp og respekt for pasientens rett til selvbestemmelse er sentrale ferdigheter i hjelpende kommunikasjon (Eide & Eide, 2012, s.20). Hjelpende kommunikasjon er en forutsetning for empowerment, der empowerment

dreier seg om samhandling, dialog, medvirkning og anerkjennelse mellom sykepleier og pasient som brukes som et rammeverk i helsefremming gjennom informasjon, veiledning og undervisning (Stang, 2006) (Tveiten, 2016, s.31). Hjelpende kommunikasjon har fire sentrale aspekter. Disse fire er å få frem pasientens perspektiv, forstå pasientens situasjon, forstå pasientens verdier og hjelpe pasienten til å bevare og utøve kontroll der det er mulig (Eide & Eide, 2012, 20).

2.5 Sykepleierens ansvars- og funksjonsområder

Sykepleieteoretikeren Virginia Henderson mente at sykepleierens særegne formål og funksjon er å identifisere og ivareta menneskers grunnleggende behov – de fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle behovene (Mathisen, 2015, s.133). Sitatet presenterer en av Hendersons definisjoner på sykepleierens funksjon:

Sykepleierens særegne funksjon er å hjelpe personen, syk eller frisk, i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse (eller til en fredfull død), noe han ville gjort uten hjelp om han hadde hatt tilstrekkelige krefter, kunnskap og vilje, og å gjøre dette på en slik måte at personen gjenvinner uavhengigheter så fort som mulig (Henderson, 1960, s.9) (Kirkevold, 2001, s.101).

Sykepleieutøvelsen omfatter syv spesifikke funksjoner og oppgaver, som er rettet både direkte og indirekte mot behandling av pasienten. Sykepleieren skal utøve praksis som er helsefremmende og forebyggende, behandlende, lindrende, rehabiliterende og habiliterende, undervisende og veiledende, organiserende, administrerende og ledende, samt fagutvikling, kvalitetssikring og forskning (Kristoffersen et. al., 2016, s.17-19). Sykepleierens ansvars- og funksjonsområder omhandler hvordan sykepleier viser evnen til å tilnærme, ivareta, observere og vurdere pasienter i alle situasjoner (Nordtvedt & Grønseth, 2010, s.21). Sykepleieren skal ha kunnskaper, ferdigheter, erfaring og faglig skjønn fra de forskjellige funksjonsområdene. Dette for å kunne utøve forsvarlig sykepleie og tilnærme omsorgen for den enkelte pasientens behov (Alsvåg, 2011, s.80).

Gjennom informasjon og veiledning skal sykepleier tilrettelegge for læring og aktiv deltakelse fra pasienten selv for å bidra til økt mestring og fremme god helse. Etter gjennomgått strålebehandling har pasienter behov for kunnskap og forståelse, for å kunne foreta valg som er knyttet til ivaretagelse av egen helse og seksualitet. Integrert i undervisningen og

veiledningen gir sykepleier informasjon og støtte til pasient i sykdoms- og behandlingsprosessen (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011). Den undervisende og veiledende funksjonen tar utgangspunkt i formidling av relevant informasjon, for å kunne øke kompetanse og mestring, samt fremme følelsen av ivaretagelse av nye helseutfordringer. Noe som er relevant for min oppgave. Tveiten definerer veiledning av pasienter som ”en formell, rasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess som har til hensikt at personens mestringskompetanse styrkes gjennom en dialog basert på kunnskap og humanetiske verdier” (Tveiten, 2006). De utvalgte ansvars- og funksjonsområdene baserer seg på utveksling av relevant informasjon, som er vesentlig for å kunne gi pasienten kunnskap og forståelse om sin nye helsetilstand/situasjon (Kristoffersen et. al., 2011, s.19).

Den undervisende- og veiledende funksjonen er sentral i sykepleiepraksis. Funksjonen har til hensikt å bidra til økt mestring, forståelse og læring av sykdomsrelaterte situasjoner gjennom undervisning, veiledning og kommunikasjon. Veiledning, eller helseveiledning er en prosess som er sammensatt og baserer seg på pedagogikk, faglig kompetanse og gode kommunikasjonsevner i møte med pasienten. Dette innebærer at sykepleier opplyser og gir sexologisk rådgivning, samt ved bruk av bekreftende ferdigheter som støtte, motivasjon, forklaring og undervisning i samtale med pasienten (Christiansen, 2013, s.14). Gode kommunikasjonsferdigheter er med på å legge til rette for trygghet og mestring, som kan gi pasienten følelsen av å bli møtt og ivaretatt. I tillegg ved bruk av PLISSIT-modellen kan denne bidra til å kunne åpne opp for samtale, diskusjon og spørsmål knyttet til seksualitet og utfordringer som følge av strålebehandlingen. (Almås & Benestad, 2017, s.70).

2.6 Lovverk og yrkesetiske retningslinjer

Sykepleieutøvelsen er regulert gjennom lover og yrkesetiske retningslinjer, samt erfaringsbasert kunnskap, holdninger og verdier for å regulere adferd og kvalitetsikre at sykepleier jobber faglig forsvarlig og gir omsorgsfull helsehjelp i møte med pasienter i helse- og omsorgstjenesten (Helsepersonelloven, 1999). Helsepersonelloven fastslår at sykepleierrollen skal baseres på et selvstendig ansvar, bestående av helsefremmende, forebyggende, behandlende, rehabiliterende og miljøterapeutiske sykepleietiltak ovenfor pasienter som har behov for pleie og omsorg (Molven, 2016, s.17). Sykepleier skal vise respekt for pasienter og gi de helhetlig omsorg og forsvarlig sykepleie, for å fremme helse og forebygge sykdom (NSF, 2018). Sykepleieren har da et ansvar for å se etter behov og

ressurser hos pasienter med livmorhalskreft, og å kunne legge til rette informasjon og veiledning for deres behov.

Sykepleier er forpliktet til å informere pasienter som har gjennomgått strålebehandling for livmorhalskreft om mulige risikoer, bivirkninger og konsekvenser av behandlingen, samt gi god og omsorgsfull pleie og møte pasientens emosjonelle behov (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). Det står skrevet i Pasient- og brukerrettighetsloven at alle pasienter har rett til nødvendig helsehjelp og skal få den informasjonen som er nødvendig, for å kunne få innsikt i egen helsetilstand og helsehjelp (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Hver pasient har rett til nødvendig helsehjelp, samtidig som den legger vekt på brukermedvirkning og retten til å bestemme selv (Reitan, 2014, s.105). En av sykepleierens oppgaver handler om å fremme pasientens muligheter til å ta egne selvstendige valg, ved å gi tilstrekkelig med tilpasset informasjon og sikre at innholdet i informasjonen som er gitt er forstått av mottaker (Molven, 2016)

Helsepersonelloven og Pasient- og brukerrettighetsloven utgjør lovpålagte plikter som har stor betydning for de som mottar og yter kommunale helse- og omsorgstjenester. Lovene belyser hvilke rettigheter livmorhalskreftpasienter har i form av nødvendig informasjon, faglig forsvarlig helsehjelp og omsorgsfull sykepleie. I drøftingskapittelet vil jeg vise hvilken virkning lovverket og de yrkesetiske retningslinjene har på sykepleieren sitt ansvar i forhold til informasjon om bivirkninger og seksuelle utfordringer til pasienter som har gjennomgått behandling for livmorhalskreft.

3. Metode

Metode defineres som en fremgangsmåte, et middel til å løse et problem og fortelle noe om hvordan man bør gå frem for å komme frem til ny kunnskap. Metoden er derfor et viktig redskap i møte med det som skal undersøkes. Begrunnelsen for metoden man velger er at den skal være med på å bidra til å belyse problemstillingen på en faglig og interessant måte (Aubert 1985, Dalland, 2017, s.51).

3.1 Valg av metode og begrunnelse

Jeg har valgt å bruke litteraturstudie som metode, hvor jeg bruker relevante forskningsartikler og faglitteratur for å belyse problemstillingen min. Det er viktig å være kritisk til litteraturen som anvendes i oppgaven, ved å vurdere kildene og beskrive fremgangsmåten ved innhenting av litteraturen (Dalland, 2017). Hensikten med litteraturstudiet er å samle opp relevant litteratur og forskning, som jeg vil bruke til å få en dypere faglig forståelse av problemet. Litteraturen skal bidra til å besvare problemstillingen og bidra til drøfting i oppgaven (Thidemann, 2015, s.76). Jeg ser på det som hensiktsmessig å bruke andres forskning siden livmorhalskreft og informasjon om seksuelle utfordringer knyttet til bivirkninger etter strålebehandling, er to store temaer som er vanskelig å forske på selv.

3.2 Litteratursøk og søkehistorikk

Oppgaven er en litteraturstudie basert på forskning og faglitteratur. Under søkeprosessen benyttet jeg meg av ulike databaser som PubMed, Oria, CINAHL, SweMed+ og Google Scholar i søk etter relevant forskning- og faglitteratur. Jeg brukte hovedsakelig PubMed, Oria og CINAHL hvor jeg fikk de beste treffene på søkene. De første litteratursøkene ble foretatt i forkant av den sammenhengende skriveperioden. Det ble gjort litteratursøk i databaser SveMed+ og Google Scholar, men resultatene var ikke relevante nok for min problemstilling. Jeg søkte etter relevant forskning og faglitteratur som ikke var eldre enn 10 år, for å kunne basere oppgaven på oppdatert og nyere forskning og forholde meg til rammene for bachelorskriving.

Underveis i søknadsprosessen benyttet jeg meg av PICO-skjema som et rammeverk, for å sikre struktur i artikkelsøkene. I denne oppgaven har jeg fokusert på P (problem/pasient), I (intervensjon/tiltak) og O (utfall), for å gjennomføre systematiske søk og innhente relevant forskning for å belyse problemstillingen. Problemstillingen i denne litteraturstudien er ikke ute etter sammenligning av tiltak, derfor brukte jeg ikke ”comparison (C)” (Nortvedt,

Jamtvedt, Graverholdt, Nordheim & Reinart, 2012, s.33). I søkeprosessen avgrenset jeg søkene mine til å være nyere enn 10 år, i fulltext og engelsk språklig. Jeg brukte ulike kombinasjoner av søkeordene og fikk spesifisert treffene i de ulike databasene. Dette sørget for at jeg fant relevant forskning som passet til min oppgave. Spesifikke søkeord som for eksempel PLISSIT-modellen trengte ikke avgrensning på grunnlag av få treff. Søket i PubMed ga 26 treff. Søkeord som har blitt brukt i ulike kombinasjoner i søkeprosessen er: gynecological cancer, cervix cancer, sexual issues, sexuality, discussing, addressing, improving care, intervention AND nurse. Dessuten har jeg funnet relevant faglitteratur på biblioteket ved Lovisenberg Diakonale Høgskole som også er benyttet i oppgaven. I tillegg til artikkelsøk i skolens databaser har jeg benyttet anerkjente nettsteder som Kreftregisteret, Kreftforeningen, Norsk Sykepleierforbund og Lovdata. Underveis i søkeprosessen oppdaget jeg at det eksisterte mye forskning på dette området, som førte til at jeg måtte gjennomføre en del avgrensninger under innhenting av data.

Hensikten med søkeprosessen var å finne forskningsartikler som kan bidra til å belyse problemstillingen min, om hvordan sykepleier kan informere og veilede kvinner om seksuelle utfordringer knyttet til bivirkninger etter strålebehandling. Dette innebar å finne forskning om sykepleierens veiledende funksjon, betydningen av relevant kompetanse, aktuelle pedagogiske metoder som kommunikative ferdigheter, bruk av PLISSIT-modellen som en kommunikasjonsmodell i samtale og veiledning av pasient om seksualitet og konsekvensene av informasjonssvikt mellom helsepersonell og pasient.

3.3 Kildekritikk

Kildekritikk er vurderingen og karakteriseringen av den litteraturen jeg har funnet. I tillegg må en kunne redegjøre for hvilke kriterier en har benyttet under utvelgelsen (Dalland, 2017, s.158). Under innsamling av data er det viktig å være nøyaktig og sikre at data er relevant, gyldig og holdbare i forhold til problemstillingen i oppgaven. Det stilles krav til at artikkelen har en relevans for problemstillingen og at kildens materiale er hentet inn i fra en pålitelig kilde (Dalland, 2017). Jeg har funnet og benyttet meg av litteratur som har vært referert til eldre litteratur, hvor jeg dermed i oppgaven har tilstrebet etter å bruke mest mulig primærlitteratur for å unngå feilinformasjon.

Tidlig i søknadsprosessen oppdaget jeg at flere av de nyere forskningsartiklene jeg fant fokuserte på sykepleiernes rolle, tanker og holdninger i samtale om seksualitet med

kreftpasienter. Videre i artiklene kom det frem hvordan dette kan påvirke behandlingen og relasjonen mellom pasient og sykepleier, og pasienten opplevelse av egen seksualitet som følge av sykdom og behandling. Informasjonsmangel og seksualitet som et essensielt aspekt i pasientbehandlingen har blitt belyst godt i artiklene. I mine søk har jeg funnet ut at helsepersonell kan vegre seg for å snakke om seksualitet, på grunn av manglende kunnskap om seksualitet og konsekvenser knyttet til kreftbehandling. Jeg ønsker å bruke innholdet i artiklene til å belyse problemstillingen min. Underveis i oppgaveskrivingen har jeg vurdert om innsamlet data har innhold som er relevant for problemstillingen. Jeg har funnet ut gjennom mine søk at kvinner som har gjennomgått behandling for livmorhalskreft, opplever at det er utfordrende å snakke med helsepersonell om seksualitet og stille spørsmål vedrørende plager og utfordringer etter behandling.

Faglitteraturen jeg har benyttet meg av er av nyere dato, men jeg har brukt noe litteratur som er eldre for å holde meg til primærlitteraturen. Det vil si Virginia Hendersons bok om sykepleierens grunnprinsipper fra 1960, Helsepersonelloven (1999) og en studie fra Green (2005) som presenteres i kapittelet om ”Strålebehandling”. Underveis i skriveprosessen har jeg foretatt etiske vurderinger og vært bevisst og tro mot regler for oppgaveskriving. Ved eksempler fra egne erfaringer fra klinisk praksis har jeg anonymisert sykehus og pasienter og overholdt taushetsplikten, gjennom å ikke bringe frem sensitiv informasjon og omtalt personalet og pasienter på en respektfull og verdig måte. Fag- og forskningslitteratur som har blitt brukt i oppgaven har blitt kreditert. Arbeid som er gjort av andre har jeg kreditert gjennom fortløpende kildehenvisninger i tekst og litteraturliste (Thidemann, 2015, s.72).

4. Presentasjon av forskningsresultater

Under vil jeg kort presentere forskningsartiklene i en artikkelmatrise, som er relevant forskning jeg har funnet for å belyse problemstillingen min.

Nr	Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	Sekse, J.T.R., Råheim, M. & Gjengedal, E. (2015)	“Shyness and openness – common ground for dialogue between health personnel and women about sexual and intimate issues after gynecological cancer”	Health Care for Women International	Finne ut hvordan kreftoverlevende opplevde samtaler med helsepersonell om seksualitet.	Kvalitativ metode: Individuelle intervjuer av 16 kreftoverlevende kvinner, som ble rekruttert fra poliklinikken ved ... universitetssykehus i Norge	Kvinnene som deltok i studiet opplevde hindringer i dialog med helsepersonell og forandringer relatert til seksualitet og intimitet i en forandret kvinnelig kropp. Det trengs å øke bevisstheten om disse grunnleggende aspektene slik at helsepersonell kan forstå pasienter med seksuelle og intime utfordringer.
2	Oskay, U., Can, G. & Basgol, S., (2014)	“Discussing sexuality with cancer patients: oncology nurses attitudes and views”	Asian Pacific Journal of Cancer Preventin	Finne ut hvorfor seksuell helse og funksjon blir oversett av helsepersonell selv om det blir definert som et essensielt aspekt i pasientbehandlingen.	Kvalitativ metode: 87 kreftsykepleiere deltok i en onlineundersøkelse utarbeidet av Oncology Nurses Association	Studien fastslo at selv om 97,7% av sykepleierne vurderte seksualrådgivning som en viktig del av jobben, informerte kun 47% av sykepleierne om seksuelle problemer med pasientene på grunn av beskjedenhet og manglende kunnskap.
3	Barbera, L., Fitch, M.,	“ Improving care for woman	Menopause: Journal of	Finne ut hvilken innvirkning	Kvalitativ metode: 56 kvinner deltok i	Studien fastslo at kvinnene som hadde

	Adams, L., Doyle, C., DasGupta, T. & Blake, J., (2011)	after gynecological cancer: the development of a sexuality clinic ”	the North American Menopause Society	veiledning og undervisning om seksualitet, rehabilitering og livskvalitet har på pasienter som har gjennomgått kreftbehandling	studien. Sykepleierne på klinikken gjennomførte en analyse av SVQ (Sexual Function Vaginal Changes Questionnaire), som ble gjennomført ved inntakssamtale hos hver enkelt pasient.	blitt behandlet av et tverrfaglig team på SHARE-klinikken opplevde behandlingen som svært tilfredsstillende og hjelpsom ved mestring av egen livssituasjon og seksuell funksjon.
4	Vermeer, W.M., Bakker, R.M., Kenter, G.G., Kroon, C.D.C., Stiggelbout, A.M. & Kuile, M. (2014)	“ Sexual issues among cervical cancer survivors: how can we help women seek help?”	Wiley Online Library	Finne ut hvordan helsepersonell kan hjelpe overlevende av livmorhalskreft til å søke profesjonell hjelp for tilrettelagt informasjon og veiledning om seksuelle utfordringer knyttet til strålebehandling.	Kvantitativ metode: 541 av 770 responderte på invitasjonen til studien. Av de 541 var det 343 som fullførte et spørsmålsskjema i tillegg.	Studien fastslo at flertallet av kvinnene rapporterte om behov for å kunne diskutere seksuelle utfordringer og få tilstrekkelig med informasjon om seksualitet knyttet til livmorhalskreft etter gjennomgått behandling.
5	Cleary, V., McCarthy, G. & Hegarty, J. (2012)	“ Development of an educational intervention focused on sexuality for women with gynecological cancer”	Journal of Psychosocial Oncology	Formålet med artikkelen er å rapportere om utviklingen og bruken av en pedagogisk intervensjon i møte med kvinner med gynekologisk kreft, som fokuserer på å gi informasjon om seksualitet gjennom andragogiske prinsipper og PLISSIT-modellen.	Kvalitativ og kvantitativ metode: Studien består av fire stadier: Steg 1(kvalitativ): Kartlegging av læringsbehov hos pasienter. Steg 2: Utvikling av intervensjonens innhold. Steg 3 (kvalitativ): Intervensjonen i praksis. Steg 4 (kvantitativ) : Evaluering av prosjektet	Studien resulterte i at utviklingen og bruken av et klinisk relevant intervensjonsprogram gjennom pasientundervisning og informasjon, har positiv påvirkning på pasientgruppens seksuelle helse.

5. Livmorhalskreft: Hvordan kan sykepleier informere og veilede kvinner om seksuelle utfordringer knyttet til bivirkninger etter strålebehandling?

I dette kapitlet drøftes sykepleierens kunnskapsgrunnlag, lovverk og teori opp mot forskningslitteratur, som jeg har gjort rede for tidligere i oppgaven. Fag- og forskningslitteratur vil bli presentert sammen med egne erfaringer, for å belyse problemstillingen om sykepleierens rolle i informasjon og veiledning om seksuelle utfordringer hos kvinner som har gjennomgått strålebehandling for livmorhalskreft.

5.1 Møtet med pasienten

Kvinner som har gjennomgått behandling for livmorhalskreft kan oppleve fysiske og psykiske forandringer, som kan endre selvbildet og måten kvinnen ser seg selv. Dette kan bidra til å vanskeliggjøre seksualiteten, og informasjon er en nødvendig forutsetning for å kunne påvirke til økt kunnskap og mestring av ny livssituasjon (Jacobsen, 2017, s.608). For at pasienten skal kunne snakke om seksualitet og håndtere endringer ved egen kropp, er det viktig at sykepleier kan invitere til samtale og være åpen for et tema som oppleves som et tabuområde. I studien til Oskey skyldes informasjonssvikt om seksualitet for lite kunnskap og åpenhet blant sykepleiere, og kan for flere forbindes med skam (Oskey, U. et. al., 2014). Det er for øvrig individuelt hvordan mennesker uttrykker sin seksualitet. Seksualiteten påvirkes av tanker, følelser, handlinger og samspill med andre mennesker, og dermed på vår mentale og fysiske helse. Gode kommunikasjonsferdigheter er med andre ord en viktig egenskap hos sykepleier, for å kunne legge til rette for trygghet og mestring, gi pasienten følelsen av å bli møtt og ivaretatt, og kunne invitere til samtale for å sikre god og tilstrekkelig veiledning (Langfeldt & Porter, 1986, s.5) (Almås & Benestad, 2017, s.46).

Sykdom og funksjonsendringer har ulik påvirkning hos den enkelte pasient, og det er derfor viktig at sykepleier setter av tid til relasjonsbygging og samtale, for å kunne få innsikt i pasientens opplevelser og utfordringer vedrørende seksualitet. På denne måten kan sykepleier kunne invitere pasient til snakke om seksuelle utfordringer, og hvordan disse vil påvirke livet etter behandlingen (Almås & Benestad, 2017, s.69).

I møte med livmorhalskreftpasienter som har gjennomgått strålebehandling stilles det krav til at sykepleier har faglig kompetanse om de fysiske, psykiske og eksistensielle konsekvensene,

for å kunne forstå sykdommens og behandlingens innvirkning på pasientens kropp og seksualitet (Gamnes, 2011, s.99). Som følge av livmorhalskreft og strålebehandling vil den seksuelle funksjonen endres. Det er dermed ikke sagt at seksualiteten mister sin betydning for kvinnen. Tvert imot. Det blir desto viktigere at sykepleiere jobber gjennom sin profesjon, for å ivareta pasienten seksualitet som et grunnleggende behov og fremme god helse. Gjennom bruk av hjelpende kommunikasjon og helseveiledning bruker sykepleier bekreftende kommunikasjonsferdigheter til å få frem pasientens perspektiv, forstå pasientens situasjon, forstå pasientens verdier og hjelpe pasienten til å bevare og utøve kontroll der det er mulig (Eide & Eide, 2012, 20). Hjelpende kommunikasjon er anerkjennende, skaper trygghet og tillit, og formidler informasjon som skal bidra til å løse problemer. Aktiv lytting, gode samtaleferdigheter, anerkjennelse, trygghet og tillit, mestringshjelp og respekt for selvbestemmelse er en forutsetning for empowerment, som bidrar til å skulle skape en tillitsfull relasjon som primært handler om å utvikle pasientkompetanse (Eide & Eide, 2012, s.20). Empowerment dreier seg om samhandling, dialog, medvirkning og anerkjennelse mellom sykepleier og pasient gjennom informasjon, veiledning og undervisning, som brukes som et rammeverk i helsefremming (Stang, 2006) (Tveiten, 2016, s.31). Helseveiledningen er sammensatt av de samme elementene som innebærer å lytte, spørre, motivere, støtte, råde, informere, undervise og prosessvurdere, der hensikten med dette er å hjelpe pasient til å oppdage egne muligheter og bidra til økt mestring (Christiansen, 2013, s.15).

Henderson (1955) sier at sykepleierens funksjon innebærer å hjelpe mennesket sykt eller friskt til å oppnå god helse og helbredelse. I tråd med dette må sykepleier kunne se vekk i fra sine subjektive meninger og opplevelser om seksualitet, og heller møte pasienten med respekt og lytte slik at pasient kan få muligheten til å uttrykke seg om ting som oppleves som vanskelig (Gamnes, 2011, s.99). For å kunne bygge et tillitsforhold mellom pasient og sykepleier, er det viktig at sykepleier har evne til å vise empati og forståelse som er viktig for tilnærmingen av informasjon og veiledning om seksualitet. Ved å bygge en trygg relasjon mellom sykepleier og pasient kan dette bidra til at pasienten kan tørre å åpne seg opp og dele verdifull informasjon om tanker og bekymringer vedrørende seksuelle utfordringer i tiden etter behandlingen. En god relasjon og faglig kompetanse har mye å si for kvaliteten på veiledningen som blir gitt (Tveiten, 2013, s.110).

Under min praksis på gynekologisk kreftavdeling opplevde jeg sykepleiere som vegret seg for å snakke om seksualitet i møte med kvinner som hadde gjennomgått strålebehandling for livmorhalskreft. Dette er informasjon og kunnskap som kunne gitt pasienten følelsen av økt kompetanse og fremmet følelsen av mestring av sine nye helseutfordringer. Gjennom samhandling, dialog og anerkjennelse kunne sykepleier bidratt til å stimulere pasientens ressurser og redusere faktorer som skapte usikkerhet (Tveiten, 2016, s.31). Dersom pasienten hadde hatt følelsen av kunnskap og forståelse kunne det bidratt til å gjøre det enklere for sykepleieren å motivere pasienten til å snakke mer om seksualitet og fremme god helse i tiden etter behandling. Dette kunne styrket pasientens empowerment og gitt pasienten en følelse av mestring, som dermed kan bidra til at livet blir mer meningsfullt. Siden sykdom og funksjonsendringer har ulik påvirkning hos den enkelte pasient, kan det derfor være viktig at sykepleier setter av tid til relasjonsbygging og samtale, for å kunne få innsikt i pasientens opplevelser og utfordringer vedrørende seksualitet. På denne måten kan sykepleier kunne invitere pasient til snakke om seksuelle utfordringer og jobbe med å tilnærme og imøtekomme pasientens behov, bedre forholdene til situasjonen og sammen tenke fremover (Almås & Benestad, 2017, s.62).

I studien av Ragnhild J.T. Sekse et. al. (2015) har det blitt gjennomført intervjuer med pasienter som har gjennomgått behandling for gynekologisk kreft, for å høre hvordan de opplevde samtaler med helsepersonell knyttet til seksualitet og intimitet. Pasientene sier selv at mangelen på kommunikasjon og informasjon om seksualitet påvirker behandlingen mellom pasient og helsepersonell. Helserelaterte problemer og senplager som følge av gynekologisk kreft og behandling utvikler behovet for mer kunnskap for å kunne takle egen situasjon (Gamnes, 2012, s.71) Dette bekrefter noe av erfaringene jeg selv opplevde under praksis. Kommunikasjon er en viktig nøkkel i mange av sykepleierens funksjonsområder. Mangel på informasjon og kunnskap om seksualitet, kan ha store konsekvenser for pasienter videre etter behandling. På en annen side kan helsepersonell bruke åpenhet til sin fordel til å hjelpe pasienter, til å takle egen situasjon og hjelpe de til å kunne snakke åpent om problemer relatert til seksualitet (Sekse, J.T.R., Råheim, M. & Gjengedal, E. 2015).

Sykepleier må finne ut hva pasient trenger informasjon om, planlegge og skaffe informasjon gjennom dialog og informere om dette på en god måte gjennom videre dialog og samhandling med pasient. Forutsigbar og tilpasset informasjon er en forutsetning for at pasienten skal oppleve trygghet og forståelse, og tørre å våge og åpne seg opp om tanker og bekymringer

(Eide & Eide, 2012, s.292). Kunnskap og forståelse om de psykologiske reaksjonene og fysiologiske forandringene, er en forutsetning for at sykepleier kan informere og veilede pasienten om bivirkninger og seksuelle utfordringer som følge av strålebehandlingen (Reitan, 2017, s.82).

5.2 Informasjon og veiledning

Stadig mer behandling gjennomføres på poliklinikker og dagkirurgiske poster. Dette innebærer at mer av informasjon og veiledning formidles på dagposter, og det kreves at sykepleiere har kunnskap og kompetanse til å vurdere og følge opp pasienten med relevant informasjon. Store deler av den postoperative oppfølgingen blir overlatt til pasienten, så sykepleier må sørge for å formidle informasjon og veiledning i et tidsrom pasienten er mottakelig for dette (Jerpseth, 2010, s.17). Før pasientveiledning er det viktig å få tak i hvem pasienten er og gi rom for å kunne uttrykke seg om tanker og følelser. Dette er et viktig tiltak som sykepleier kan ta i bruk i pasientmøte, for å kunne åpne opp til dialog om seksuelle utfordringer og tanker vedrørende tiden etter behandlingen (Barbera et. al. 2011).

God kommunikasjon blir beskrevet som et viktig og nyttig verktøy i informasjonsformidling og relasjonsbygging mellom pasient og sykepleier. Dette bygger på gjensidighet mellom parter og kan legge et grunnlag for god sykepleieutøvelse. Gode kommunikative ferdigheter og evnen til å kunne legge forholdene til rette er egenskaper hos en sykepleier, som kan bidra til å åpne opp for pasient til å dele følelser og bekymringer rundt egen seksualitet (Eide & Eide, 2012, s.17). Dette er en forutsetning for å kunne skape kontakt mellom begge parter i den postoperative fasen (Reitan, 2014, s.103). Gjennom en tillitsfull og åpen relasjon kan sykepleier kunne nå frem til pasienter med informasjon, som er viktig for å kunne informere og veilede kvinnen om seksuelle utfordringer knyttet til bivirkninger etter strålebehandlingen. Her kan PLISSIT-modellen være et nyttig hjelpemiddel for sykepleier. Denne modellen kan være et utgangspunkt, for å kunne få en god ramme og struktur på veiledningen mellom sykepleier og pasient. Veiledning med PLISSIT-modellen i fokus, kan bidra til å avdekke seksuelle behov og kartlegge de fysiske, psykiske og de eksistensielle konsekvensene behandlingen har hatt for pasienten (Gamnes, 2012, s.88).

Hensikten med modellen ifølge Almås & Benestad er at den er en god kommunikasjonsmodell som beskriver hvordan man som sykepleier, kan forholde seg til pasientens seksualitet og tilpasse behandlingen knyttet til utfordringer rundt dette (Almås &

Benestad, 2017, s.70). Veiledning gjennom PLISSIT- modellen krever en tillatelse fra pasienten til å snakke om seksualitet. Modellen er bygget opp som en pyramide, som beskriver ulike ansvarsfordelinger, nivåer av problemstillinger og metoder for å løse dem. Resultatene i studien til Cleary (2012) viser at sykepleiere forholder seg til P-nivået (tillatelse), LI-nivået (begrenset informasjon) og SS-nivået (spesifikke forslag) i møte med kreftpasienter, fordi de mangler nødvendig kompetanse til å gå videre til sluttstadiet for å gi intensiv terapi. Grunnet faktorer som korte liggetider og tidspress på sykehus vil fokuset ligge på å få informert og veiledet pasienter i postoperativ fase, deretter henviser videre til spesialist ved behov og ønske. Mye av tematikken og spørsmål kan ofte løses på de tre første nivåene (Almås & Benestad, 2017, s.70). Dette bekreftes også i studien til Cleary et. al. (2012). De tre første fasene av modellen kan bidra til at omtrent 80% - 90% av seksuelle problemer lindres (Cleary et. al, 2012).

Ved P-nivået kan sykepleier gjennom for eksempel aktiv lytting, anerkjennelse og empati bidra til at pasient kan føle seg trygg nok, til å åpne seg opp og stille spørsmål i forbindelse med seksuelle utfordringer. På dette nivået handler det om å involvere pasienten i planleggingen av samtalen og ønsket læringsutbytte. Pasienten vil bli spurt om hennes omstendigheter (diagnose, type behandling, sivilstatus etc), for å kunne kartlegge hva pasienten ønsker informasjon om. Det er også viktig for sykepleier å gi rom til at pasienten får gitt uttrykk for hvilke aspekter av seksualitet hun ønsker å snakke om, og hva hun allerede vet om kreftbehandlingen knyttet til sin egen seksualitet (Almås & Benestad, 2017, s.70).

Symptomplager og kroppslige forandringer i form av tørrhet i skjede, sammenvoksninger og kunstig overgangsalder, kan ofte føre til redusert livskvalitet. Dette skjer ofte hvis pasienten sammenligner seg med hvordan helsen var før pasienten ble syk. Når kroppsbildet og selvbildet endres vil dette som tidligere har hatt stor betydning for seksualiteten, nå oppfattes som mer sårbar, fremmed og utfordrende enn før pasienten fikk livmorhalskreft (Jacobsen, 2017, s.607). Ved bruk av LI-nivået (begrenset informasjon) i samtale med pasienten, vil dette innebære at sykepleier må kunne ta stilling til pasientens behov og formidle enkel og generell informasjon om seksualitet og situasjonen pasienten er i. I Cleary's studie (2012) får pasientene utdelt et informasjonshefte som et tiltak, til å fremme økt forståelse og kunnskap om egen seksualitet og livssituasjon under og etter behandling. Informasjonsheftet inneholder generell informasjon om seksualitet, som utdyper seg om det kvinnelige reproduksjonssystemet, seksuell selvbevissthet, seksuelle forhold og seksuell funksjon.

Innholdet i informasjonsheftet er rettet mot de relevante seksuelle utfordringer som følger av kreftbehandling (Cleary, V. et. al., 2012). Deretter oppfordres pasientene til å stille spørsmål og dele bekymringer til sykepleier relatert til dette. Fra dette nivået leder sykepleier pasienten videre over til tredje nivå, som går ut på spesifikke forslag. Her henviser sykepleier til spesifikke forslag og tiltak knyttet til ulike komplikasjoner som for eksempel vaginal tørrhet, sammenvoksninger og smerter ved samleie. Eksempler på tiltak er bruk av ulike hjelpemidler som en plaststav ved forebygging av sammenvoksninger (Jerpseth, 2010, s.39). Studien forklarer relevante metoder som sykepleier kan bruke, til å opplyse pasienter om seksualitet og utfordringer. Den seksuelle veiledningen kan foregå i en kombinasjon av skriftlig og muntlig informasjon, der sykepleier må ta utgangspunkt i informasjonsbehovet hos pasienten og tilpasse seg etter dette (Almås & Benestad, 2017, s.68).

Å tilpasse informasjonen etter pasientens behov krever kunnskap og omtanke, slik at sykepleier kan hjelpe til at pasienten kan mestre sin situasjon og bli så selvhjulpen som mulig (Eide & Eide, 2012, s.292). Dette innebærer eksempelvis å ha evnen til å kunne fortolke pasientens verbale og nonverbale atferd, for å kunne bygge en relasjon mellom partene. Gjennom anerkjennelse, ros og empati kan dette bidra til å kunne skape tillit i relasjonen, som kan åpne opp for å kunne snakke om seksuelle utfordringer (Reitan, 2017, s.106). Sykepleieren som jobber ut ifra sykepleierens verdigrunnlag, er det viktig å vise respekt, lytte og møte pasienten og deres utfordringer. Dette kan åpne opp for at pasienten tør å uttrykke seg om ting som oppleves som vanskelig (Gamnes, 2011, s.99). Ved bruk av åpne spørsmål kan dette åpne for en dialog, som kan bidra til brukermedvirkning og deltakelse i egen sykdomsprosess. Lukkede spørsmål kan begrense pasientens deltakelse, og sørge for at sykepleier er den mer aktive parten i for eksempel veiledning (Reitan, 2017, s.107).

5.3 Seksualitet – et tabubelagt tema

For at pasienten skal kunne snakke om seksualitet og håndtere endringer ved egen kropp, er det en forutsetning at sykepleier kan invitere til samtale og være åpen for et tema som oppleves som et tabuområde. Dette kan skyldes lite kunnskap og åpenhet og kan for flere forbindes med skam (Jacobsen, 2017, s.604). Kunnskap om seksuelle behov kan hjelpe sykepleier til å føle seg tryggere på å ta opp temaet og snakke om dette med pasienter, som har gjennomgått behandling for livmorhalskreft. Det er viktig at sykepleiere anerkjenner pasientens seksuelle helse og legger vekt på informasjon og veiledning rundt fysiske plager som kan få konsekvenser for pasientens seksualitet (Borg, 2017, s.121).

Det er lett å tenke at seksualitet er et tema det ikke trengs å snakkes om. Informasjonssvikt hos kreftpasienter er fortsatt et kjent problem i helsevesenet, noe jeg selv erfarte da jeg var i praksis. Når det kommer til den seksuelle samtalen vegrer mange sykepleiere for å snakke om dette. Høye krav til kunnskap og god sykepleieutøvelse er faktorer, som påvirker motet til å starte samtalen (Gamnes, 2012, s.70). Forskning bekrefter dette og viser at seksuell helse og funksjon ofte overses av helsepersonell til tross for at det blir identifisert som et viktig aspekt ved pasientomsorgen. Oskey's studie fastslår at helsepersonell må bli bedre til å erkjenne pasientens seksualitet, for å kunne bryte barrierer og åpne opp diskusjon og samtale om seksuelle utfordringer knyttet til strålebehandling (Oskey, et. al., 2014). På den ene siden presiserer studien til Vermeer (2014) at pasienter unngikk å snakke om seksualitet på grunn av følelsen av skam og beskjedenhet, samtidig som at pasientene i Sekses studie mente at mangelen på kunnskap fra helsepersonell var grunnen til at de ikke turte å ta opp temaet med sykepleier i frykt for stigmatisering og fordommer (Sekse, et. al., 2015).

I min praksis på gynekologisk kreftavdeling opplevde jeg at jeg fikk bedre kontakt med pasientene når jeg gjennomførte samtaler med de selv. Gjennom bruk av bekreftende ferdigheter fikk jeg snakket med pasienter om hvilke tanker, følelser og bekymringer de hadde rundt seksuelle utfordringer etter behandling. Sykepleier støttet i samtalen og bidro med kunnskap om fysiologiske og psykologiske konsekvenser behandlingen kunne ha for kvinnens kropp og identitet. Under praksis opplevde jeg at flere kvinner fortalte meg at ved å vise anerkjennelse, støtte og forståelse i pasientmøtet, hadde dette bidratt til at de turte å snakke mer åpent om egen seksualitet og følte på mer forståelse og kompetanse rundt egen livssituasjon. Samtalen og relasjonen vi hadde hatt ga de relevant kunnskap, som var viktig i møte med senplager etter behandling. Jeg opplevde selv at jeg fikk sterkere relasjon til de pasientene jeg fikk snakket åpent om seksualitet med, og hvilken positiv effektiv denne informasjon hadde på deres mestringsfølelse.

Kreftpasienter kan oppleve at reduserte krefter som følge av behandling, vilje og kunnskap kan påvirke deres evne til å ivareta egen helse og seksualitet. Dette kan bidra til å fremme stress og usikkerhet, fremfor god helse og mestring av egen seksuell helse og funksjon (Kirkevold, 2001, s.105). Når kroppen utsettes for store forandringer som følge av strålebehandling, blir det desto viktigere å snakke om seksualitet. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere slår dessuten fast at: "Sykepleieren skal ivareta den enkelte pasientens behov

for helhetlig omsorg" (NSF, 2016). Sykepleiere må kunne tørre å snakke om dette med livmorhalskreftpasienter, med grunnlag i at behandlingen kan ha så drastiske konsekvenser for kvinnens kropp og selvbilde. Studier fra Barbera viser at pasienter som har vært behandlet for livmorhalskreft opplevde informasjon og sexologisk veiledning fra helsepersonell som svært hjelpsomt, og derav hadde en positiv effekt på livskvalitet og mestring over egen seksuell funksjon (Barbera, et. al., 2011).

Ut i fra erfaringer fant jeg det svært utfordrende å snakke med pasienter om seksualitet, hvis jeg ikke hadde tilegnet meg tilstrekkelig med kunnskap som kunne bidra til å gi pasienten den informasjonen og veiledningen de hadde krav på. Tidspress var også en sentral faktor i informasjonsformidlingen og veiledningen på grunn av at dagene på sykehuset var hektiske og uforutsigbare. Man hadde gjerne flere pasienter som ventet på samtale i løpet av dagen, men som måtte prioriteres vekk til fordel for noe annet som oppstod i løpet av vekten. Det trengtes derfor å gjøres vurderinger, og jeg merket selv at fokuset kunne falle på andre oppgaver enn å snakke med pasienter å informere og veilede de om seksuelle utfordringer de ville stå ovenfor etter strålebehandlingen. I slike situasjoner må sykepleier sørge for henvisning til sexolog eller andre institusjoner hvis det er ønskelig etter utskrivelse jmfør plikten til å søke bistand (Helsepersonelloven, 1999, §4).

5.4 Sykepleierens funksjon

Sykepleieutøvelsen er regulert gjennom lover og yrkesetiske retningslinjer, som omhandler kravene som stilles til helsepersonell som yter helsehjelp. Dette innebærer at sykepleieren er derfor forpliktet til å gi informasjon som er nødvendig, for å kunne få innsikt i egen helsetilstand og helsehjelp (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). På tross av dette er det fortsatt et eksisterende problem blant flere sykepleiere, at seksualitet ikke vektlegges i like stor grad i samtale med kreftpasienter (Borg, 2017). Derfor har jeg valgt å fokusere på sykepleierens veiledende og undervisende funksjon i denne oppgaven.

Hensikten med den veiledende og undervisende funksjonen handler om å bidra til å gi pasienten kunnskap og forståelse om sin nye helsetilstand/situasjon. Denne kunnskapen kan bidra videre til å motivere pasienten til å ta egne valg for å ivareta egen helse (Kristoffersen et. al., 2011, s.19). Tilrettelegging gjennom informasjon og helseveiledning kan bidra til å styrke pasientens opplevelse av læring og kunnskap om sine seksuelle utfordringer, bidra til brukermedvirkning, aktiv deltakelse i eget pleie- og behandlingsforløp, samt lære om nye

strategier til å anerkjenne sin nye livssituasjon (Reitan, 2017, s.104). Gjennom helseveiledning med PLISSIT-modellen i fokus og hjelpende kommunikasjon, kan denne prosessen kunne bidra til å dele kunnskaper om sykdom og behandling, lære å mestre de seksuelle utfordringene pasienten vil stå ovenfor etter gjennomgått behandling, og lære og leve med sin nye livssituasjon etter kreften (Christiansen, 2013).

I pasientmøtet kan det være avgjørende at sykepleier bruker helseveiledning med hjelpende kommunikasjon og PLISSIT-modellen for å skape en relasjon med tillit, anerkjennelse og åpenhet. Dette er en forutsetning for å kunne snakke åpent om seksualitet. Gjennom dette kan sykepleier nå frem med relevant informasjon og veiledning om seksuelle utfordringer knyttet til bivirkninger etter strålebehandling. Dette kan bidra til å styrke pasientens opplevelse av læring og kunnskap om sin seksuelle problemstilling, bidra til brukermedvirkning og aktiv deltakelse i eget pleie- og behandlingsforløp, samt lære nye strategier til å anerkjenne sin nye livssituasjon (Gamnes, 2012, s.86). Studien til Vermeer et. al. (2014) fastslår at dette er viktige egenskaper som sykepleier må ha, for å kunne tilrettelegge informasjon og veiledning om seksuelle utfordringer til kvinnen som har gjennomgått strålebehandling. I møte med disse pasientene må sykepleier også ha evnen til å kunne vise forståelse og empati. Dette innebærer å kunne sette seg inn i pasientens tanker, følelser og situasjon. Ved utøvelse av helhetlig sykepleie der undervisning, veiledning og helsefremming står i fokus, kan dette bidra til at pasient kan få et tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag som kan skape motivasjon og øke mestring rundt egen situasjon (Kristoffersen et. al., 2011) Ved å bruke tid på samtale og relasjonsbygging kan sykepleier få en innsikt i pasientens opplevelse og bekymringer rundt sin egen seksualitet, og dermed kunne åpne opp for samtale om dette temaet (Almås & Benestad, 2010, s.61).

I følge Tveiten (2012) handler sykepleierens ansvar om å legge til rette for informasjon og veiledning gjennom sine pedagogiske metoder. Det kan ha store konsekvenser at pasienter får for lite informasjon om seksuelle utfordringer som følge av strålebehandling. Derfor må flere sykepleiere tørre å invitere til dialog og diskusjon relatert til seksualitet, fordi dette kan ha en positiv effekt på mestringsfølelsen og fremme følelsen av forståelse og kunnskap om egen livssituasjon (Barbera, et. al., 2011). Studier viser at pasienter ønsker mer initiativ fra helsepersonell, til å tilrettelegge informasjon og veiledning om seksuelle utfordringer knyttet til strålebehandling. Det kan selvsagt reises innvendinger til dette, fordi ikke alle pasienter ønsker informasjon om dette teamet. Men mye forskning dokumenterer fortsatt

informasjonssvikt om seksualitet mellom helsepersonell og kreftpasienter, som følge av helsepersonellets holdninger og kunnskapsnivå. Med andre ord kan bruk av PLISSIT-modell som en pedagogisk metode i helseveiledningen, bidra til å utvikle kompetanse til å mestre nye helseutfordringer relatert til seksualitet (Tveiten, 2012, s.90). PLISSIT-modellen fungerer også som en god kommunikasjonsmodell, som er en effektiv metode å bruke i disse pasientmøtene, bekrefter Gamnes (2012).

6. Avslutning

Hensikten med denne oppgaven har vært å belyse hvordan sykepleier kan informere og veilede kvinner, om seksuelle utfordringer knyttet til bivirkninger etter strålebehandling for livmorhalskreft.

Kvinner som har gjennomgått behandling for livmorhalskreft kan oppleve fysiske og psykiske forandringer, som endrer selvbilde og måten kvinnen ser seg selv. Dette kan bidra til å vanskeliggjøre seksualiteten, og informasjon og veiledning er en forutsetning for å kunne påvirke til økt kunnskap og mestring av ny livssituasjon. Det er dokumentert at kvinnene som har gjennomgått strålebehandling for livmorhalskreft, savner informasjon og veiledning knyttet til seksualitet. Studier viser at seksualitet ofte overses av helsepersonell, til tross for at det blir identifisert som et viktig aspekt ved pasientomsorgen. Kvinner rapporterer om sårhet, smerter, sammenvoksninger, nedsatt lyst, tidlig overgangsalder, dårlig kroppsbilde, selvbilde og følelse av skam. Mangel på kunnskap og informasjon om dette kan skape utrygghet og usikkerhet. Betydningen av sykepleier som behandler og informant kan gjennom pasientveiledning dermed bidra til å bevisstgjøre pasienten om egen seksualitet og seksuelle utfordringer. Det er en forutsetning for god samhandling og informasjonsflyt mellom sykepleier og kreftpasienter, at sykepleieren møter pasientens behov og følelser med anerkjennelse og åpenhet.

Sykepleieren har en rekke funksjoner hvor jeg i denne oppgaven har valgt å fokusere på sykepleierens veiledende og undervisende funksjon. Sykepleier er pliktet til å informere om mulige bivirkninger av behandlingen, og dermed står ansvarlig for å ta opp dette temaet med pasienten. Det krever at sykepleier har oppdaterte kunnskaper og evner til å tilrettelegge for læring, mestring og utvikling. Gjennom den veiledende funksjonen skal sykepleier jobbe for å tilrettelegge informasjon og veiledning. Dette skal bidra til å styrke pasientens følelse av læring, brukermedvirkning, mestring, aksept og forståelse, samt lære om nye strategier til å anerkjenne sin nye livssituasjon. Som oppgaven belyser er gode kommunikasjonsferdigheter en viktig egenskap hos sykepleier i relasjonsbygging og samtale. I denne samtalen kan sykepleier benytte seg av PLISSIT-modellen som et hjelpemiddel, for å åpne opp for samtale om opplevelser, spørsmål og utfordringer knyttet til seksualitet. Sykepleierens veiledende funksjon ved bruk av PLISSIT-modellen er sentralt for å ivareta kvinnens seksuelle helse.

Referanseliste

- Almås, E. & Beneste, 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. Hentet fra Menopause: The Journal of the North American Menopause Society, Vol. 18(12), s.1327-1328, 1331. DOI: 10.1097/gme.0b013e31821f598c
- Bertselsen, B.I. (2010) Patologisk-anatomisk undersøkelser. Hagve, T-A (red.).
Undersøkelser ved sykdom (2.utg , 1.opplag s. 82-88). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bertelsen, B., Hornslien, K. & Thoresen, L. (2015). Svulster. Ørn, Stein., Mjell, J. & Bach-Gansmo, E (red.) *Sykdom og behandling* (1.utg., 4.opplag s.136-137). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Borg, T. (2017). Seksualitet. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.). *Kreftsykepleie: Pasient – Utfordring – Handling* (4. Utg., 1.opplag s.120-130). Oslo: CAPPELEN DAMM AS
- Borg, T. (2017). Psykologisk krise og mestringsmuligheter. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.). *Kreftsykepleie: Pasient – Utfordring – Handling* (4. Utg., 1.opplag s.82-88). Oslo: CAPPELEN DAMM AS
- Christiansen, B. (2013). Helseveiledning. (1. Utg., 1.opplag s.67-76). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, H & Eide, T. (2012). *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Garnes, S. (2011). Nærhet og seksualitet. Kristoffersen, N.J., Nortvedt & Skaug, E-A.
Grunnleggende sykepleie bind 3 (2.utg., 2.opplag s.71-102). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

- Gjessig, R., Borg, T. & Dahl, A.A (2013). Problemer med seksualitet. Loge, J.H., Dahl, A.A., Fosså, S.D. & Kiserud, C.E. (red.). *Kreftoverlevende* (2.utg., 2.opplag s.87-107). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Graverholt, B., Jamtvedt, G. & Nortvedt, M.W. (2015). Kunnskapsbasert praksis. Grov, E-K. & Holter, I.M. (2015). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie 1* (5.utg s.183-185). Oslo: CAPPELEN DAM
- Green, J., Kirwan, J., Tierney, J., Vale, C.L, Symonds, P.R., Fresco, L.L., Williams, C. & Collingwood, M. (2005). *Concomitant chemotherapy and radiation therapy for cancer of the uterine cervix*. Hentet fra: Cochrane Database of Systematic Reviews, vol.20 (3) DOI:10.1002/14651858.CD002225.pub2.
- Gynkreftforeningen, (2015). Livmorhalskreft. Hentet fra:
<http://www.gynkreftforeningen.no/kreftformene/livmorhalskreft/>
- Helsepersonelloven. (2018). Lov om helsepersonell. Hentet fra:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Henderson, V. (1960). Sykepleiens grunnprinsipp. Oslo: Norsk Sykepleierforbund
- Holter, I.M. (2015). Sykepleierprofesjonens grunnleggende kjennetegn. Grov, E-K. & Holter, I.M. (2015). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie 1* (5.utg s.183-185). Oslo: CAPPELEN DAM
- Jacobsen, A.M.L. (2017). Sykepleieutfordringer ved kreft i kvinnelige kjønnsorganer. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.). *Kreftsykepleie: Pasient – Utfordring – Handling* (4. Utg., 1.opplag s.604-613). Oslo: CAPPELEN DAMM AS
- Jerpseth, H. (2011). Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. H. Almås, D. – G. Stubberud og R. Grønseth (red.) *Klinisk sykepleie 2* (4.utg. s.17-52). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Jetne, V. (2017). Strålebehandling. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.). *Kreftsykepleie: Pasient – Utfordring – Handling* (4. Utg., 1.opplag s. 412-419). Oslo: CAPPELEN

DAMM AS

Cleary, V., McCarthy, G. & Hegarty, J. (2012). *Development of an Educational Intervention Focus on Sexuality for Women with Gynecological Cancer*. Hentet fra: Journal of Psychosocial Oncology, Vol. 30(5). DOI: 10.1090/07347332.2012.703767

Kirkevold, Marit. (2001). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kreftforeningen. (2018) Livmorhalskreft. Hentet fra: <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/livmorhalskreft/>

Kreftregisteret. (2015). Livmorhalskreft. Hentet fra: <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Fakta-om-kreft/Livmorhalskreft/>

Kreftregisteret. (2015). Unge kvinner mer utsatt for livmorhalskreft. Hentet fra: <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Nyheter/Unge-kvinner-mer-utsatt-for-livmorhalskreft/>

Kristoff, A (2015). *Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer*. Ørn, Stein., Mjell, J. & Bach-Gansmo, E (red.) *Sykdom og behandling* (1.utg., 4.opplag s.402). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. & Skaug, E.A. (2011). Om sykepleie. Kristoffersen, N.J., Nortvedt & Skaug, E-A. *Grunnleggende sykepleie bind 1* (2.utg., 2.opplag s.15-28). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kristensen, G. (2017). Kreft i kvinnelige kjønnsorganer. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.). *Kreftsykepleie: Pasient – Utfordring – Handling* (4. Utg., 1.opplag s.592-596). Oslo: CAPPELEN DAMM AS

Mathisen, J. (2015). Hva er sykepleie? Grov, E-K. & Holter, I.M. (2015). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie 1* (5.utg s.183-185). Oslo: CAPPELEN DAMM AS

- Norges sykepleierforbund. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra:
<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2011). Klinisk sykepleie – funksjon og ansvar. H. Almås, D. – G. Stubberud & R. Grønseth (red.) *Klinisk sykepleie 1* (4.utg. s.17-33). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Nortvedt, M.W., Jamtvedt, G., Graverholdt, B., Nordheim, L.V. & Reinar, L.M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert!* (s.33). Oslo: Akribe AS
- Oskay, U., Can, G. & Basgol, S. (2014). *Discussing sexuality with cancer patients: Oncology Nurses attitudes and views*. Hentet fra Asian Pasific Journal of Cancer Prevention, Vol. 15(17), s. , DOI:<http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2014.15.17.7321>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2018). Lov om pasient- og brukerrettigheter. Hentet fra:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Reitan, A.M. (2014). Kommunikasjon. Reitan, A.M. & Schjølberg, T.K. (red.) *Kreftsykepleie – pasient – utfordring – handling*. (3.utg 2.opplag s.102-110). Oslo: Akribe AS
- Reitan, A.M. (2017). Psykologisk krise og mestringsmuligheter. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.). *Kreftsykepleie: Pasient – Utfordring – Handling* (4. Utg., 1.opplag s.82-100). Oslo: CAPPELEN DAMM AS
- Reitan, A.M. (2017). Klinisk kommunikasjon. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.). *Kreftsykepleie: Pasient – Utfordring – Handling* (4. Utg., 1.opplag s.104-120). Oslo: CAPPELEN DAMM AS
- Schjølberg, T.K. (2017). Endret kroppsbilde. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.). *Kreftsykepleie: Pasient – Utfordring – Handling* (4. Utg., 1.opplag s.132-143). Oslo: CAPPELEN DAMM AS
- Sekse, J.T.R., Råheim, M. & Gjengedal, E. (2015). *Shyness and openness – common ground for dialogue between health personnel and women about sexual and intimate issues after gynecological cancer*. Hentet fra Health Care for Women International, Vol.36(11), s.1255-1256, 1267. DOI: 10.1080/07399332.2014.989436

Steen, Thea. (2016). Thea Steen 1989-2016. Hentet fra: <https://tforthea.com/2016/07/17/thea-steen-1989-2016/>

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

Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk*. Bergen: Vigmostad & Bjørke AS

Verner, W.M., Bakker, R.M., Kenter, G.G., Kroon, C.D., Stiggelbout, A.M. & Kuile, M. (2014). *Sexual issues among cervical cancer survivors: how can we help women seek help?* Hentet fra: Wiley Online Library. DOI: 10.1002/pn.3663.

World Health Organization (2018). Sexual health. Hentet fra: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/

Wyller, V.B. (2014). *SYK 2: mikrobiologi, patofysiologi, farmakologi, klinisk medisin* (3.utg s.992-994). Oslo: CAPPELEN DAM