



## **Seksuell helse og livmorhalskreft:**

Hvordan kan sykepleier bidra til å ivareta kvinners seksuelle helse ved strålebehandling mot livmorhalskreft?

Kandidatnummer: 676

Lovisenberg diakonale høyskole

Bacheloroppgave  
i Bachelor i sykepleie

Antall ord: 9711

Dato: 23.04.2019



ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato 23.04.2019
Tittel Seksuell helse og livmorhalskreft	
<p><u>Problemstilling</u></p> <p>Hvordan kan sykepleier bidra til å ivareta kvinners seksuelle helse ved strålebehandling mot livmorhalskreft?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u></p> <p>Det teoretiske grunnlaget er sykepleierens undervisende funksjon, relevant lovverk og etikk, samt teori om seksualitet, livmorhalskreft og strålebehandling, konsekvenser for den seksuelle helsen, hvordan dialog om seksualitet bør foregå og PLISSIT-modellen som en aktuell modell for ivaretagelse av pasientens seksuelle helse.</p> <p><u>Metode</u></p> <p>Metoden er en litteraturstudie basert på selvvalgt fag- og forskningslitteratur. Det er gjort systematiske søk etter forskningsartikler i databasene Cinahl, Embase, Medline/Pubmed, Cochrane Library og Svemed+. Annen selvvalgt litteratur er funnet på biblioteket ved Lovisenberg diakonale høgskole, samt ved manuelle søk.</p> <p><u>Drøfting</u></p> <p>Litteratur og forskning er gjennomgått for å avdekke pasientbehov og utfordringer sykepleier står overfor i ivaretagelsen av pasientens seksuelle helse. På bakgrunn av funnene, drøftes det hvordan sykepleier kan bidra til å ivareta pasientens seksuelle helse på best mulig måte.</p> <p><u>Konklusjon</u></p> <p>Seksualitet er et grunnleggende behov og et viktig tema, men også ofte tabubelagt for både pasient og sykepleier. Sykepleier har ansvar for å ivareta pasientens seksuelle, til tross for eventuelle egne barrierer. Ansvarer innebærer blant annet å ha nødvendige kunnskaper, å være åpen, fordomsfri og engasjert, å kommunisere med et forståelig og respektfullt språk, samt å respondere på og ta initiativ. Ved begrenset tid bør sykepleier forsøke å ivareta en profesjonell holdning og gjøre pasienten oppmerksom på hvor mye tid som er avsatt. Sykepleier bør ha et bevisst forhold til når og hvordan informasjon gis. At sykepleier kartlegger og imøtekommer pasientens informasjons- og veiledningsbehov, er essensielt for at informasjonen skal oppleves som nyttig for pasienten. PLISSIT-modellen kan være et nyttig verktøy for å ivareta pasientens seksuelle helse, men det er viktig at modellen benyttes med en holistisk tilnærming.</p>	

(Totalt antall ord: 291)

# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>INNLEDNING</b> .....	<b>1</b>
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2	Problemstilling .....	2
1.3	Avgrensinger og presiseringer .....	2
1.4	Kontekst .....	3
1.5	Begrepsavklaring .....	3
<b>2</b>	<b>TEORI</b> .....	<b>4</b>
2.1	Seksualitet er et grunnleggende behov.....	4
2.2	Livmorhalskreft og strålebehandling.....	4
2.3	Konsekvenser for kvinnens seksuelle helse.....	6
2.3.1	Fysiske konsekvenser .....	6
2.3.2	Psykiske og sosiale konsekvenser .....	7
2.4	Sykepleiefaglig relevans.....	8
2.4.1	Relevant jus og etikk .....	9
2.5	Sykepleier i dialog med pasienten om seksualitet .....	9
2.6	PLISSIT-modellen .....	10
<b>3</b>	<b>METODE</b> .....	<b>12</b>
3.1	Manuelle søk.....	12
3.2	Systematiske søk i databaser.....	12
3.2.1	Søkestrategi.....	12
3.2.2	Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	13
3.2.3	Søkehistorikk .....	15
3.3	Kildekritikk .....	16
<b>4</b>	<b>RESULTATER</b> .....	<b>18</b>
<b>5</b>	<b>DRØFTING</b> .....	<b>20</b>
5.1	Seksualitet - et grunnleggende behov, men tabubelagt tema .....	20
5.1.1	Pasientens opplevelse av temaet seksualitet .....	20
5.1.2	Sykepleiers opplevelse av temaet seksualitet .....	20
5.1.3	Hva etterspør pasienten?.....	21
5.1.4	Hva bør sykepleier gjøre? .....	21
5.2	Hva bør sykepleier tenke på i dialog med pasienten om seksualitet? .....	22
5.2.1	Hva etterlyser pasienten?.....	22
5.2.2	Hvordan kan sykepleier forberede seg til dialogen?.....	23
5.3	Informasjon og veiledning.....	24

5.3.1	Seksualitet krever en holistisk tilnærming.....	24
5.3.2	Individualisering.....	25
5.3.3	Når bør informasjonen gis? .....	26
5.3.4	Hvordan bør informasjonen formidles?.....	26
5.3.5	Inkludering av partner.....	27
5.3.6	Ivaretagelse av pasienten med begrenset tid.....	27
<b>5.4</b>	<b>PLISSIT-modellens relevans i informasjon og veiledning .....</b>	<b>28</b>
5.4.1	Tillatelse (P).....	28
5.4.2	Begrenset informasjon (LI).....	28
5.4.3	Spesifikke råd (SS) .....	29
5.4.4	Intensiv terapi (IT).....	29
5.4.5	Kan PLISSIT-modellen bidra til å ivareta pasientens seksuelle helse?.....	30
<b>6</b>	<b>KONKLUSJON .....</b>	<b>31</b>
	<b>Referanseliste .....</b>	<b>33</b>

# 1 INNLEDNING

Livmorhalskreft er ifølge Verdens helseorganisasjon den fjerde vanligste kreftformen for kvinner på verdensbasis (WHO, u.å.). I Norge ble det i 2017 registrert 316 nye livmorhalskrefttilfeller og 7297 dalevende kvinner hadde, på et eller annet tidspunkt, blitt diagnostisert med sykdommen (Kreftregisteret, 2018a). Seksuelle problemer er en hyppig oppstått komplikasjon etter strålebehandling ved livmorhalskreft (Helsedirektoratet, 2016b). Plagene er ofte langvarige (Gamnes, 2016; Jerpseth, 2016) og kan i verste fall bli kroniske (Helsedirektoratet, 2016a). Konsekvenser av sykdommen og behandlingen kan blant annet føre til tap av seksuell lyst, endret selvbilde og relasjonelle problemer (Gamnes, 2016). Ye, Yang, Cao, Lang og Shen (2014) fant dessuten at strålebehandling ser ut til å være assosiert med dårligere livskvalitet hos kvinner med livmorhalskreft. Informasjon og hjelp fra helsepersonell gitt til riktig tid er derfor svært viktig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018).

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

I 2017 ble det rettet et nasjonalt søkelys mot temaet seksualitet, i form av en nasjonal strategi for seksuell helse med mål om «(...) å sikre god seksuell helse i befolkningen» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 8). For å nå denne ambisjonen er det formulert fem delmål, hvorav to er spesielt myntet på helse- og omsorgstjenesten: «sikre kunnskap om og ivaretagelse av seksuell helse i helse- og omsorgs-tjenesten» og «sikre at helsepersonell respekterer og forstår brukere og pasienters seksuelle behov» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 8). I den forbindelse vil jeg sitere nåværende helse- og omsorgsminister Bent Høie, som beskriver hvorfor ivaretagelse av seksuell helse er så betydningsfullt:

Vi snakker fortsatt for lite og for sjelden om at seksualitet er en fantastisk kraft som kan gi god helse og høy livskvalitet. Når du er ung eller gammel. Når du er frisk eller syk. Denne strategien handler om alt dette. Den handler om at vi må snakke mer om seksualiteten vår. Snakk om kraft! (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 3)

Ifølge Matzo, Graham, Troup og Ferrell (2014) bør sykepleiere i kreftomsorgen vurdere og håndtere seksuell helse på lik linje med andre sykdoms- og behandlingsspesifikke symptomer. Likevel har forskning vist at helsepersonell ofte vegrer seg for å snakke om seksualitet med kreftpasienter (Dahl, 2016). Levin et al. (2010) fant at det er et klart behov for å inkludere seksualitet i rutinearbeidet med gynekologiske kreftpasienter, da seksuelle problemer hyppig

forekommer og fordi det er en sammenheng mellom seksualitet, psykologisk tilpasning og livskvalitet.

I bacheloroppgaven ønsker jeg å se på hvordan sykepleier kan bidra til å ivareta den seksuelle helsen til kvinner ved strålebehandling mot livmorhalskreft. Dette vil innebære å undersøke hva forskningslitteraturen sier om kvinners erfaringer, ønsker og behov. I tillegg vil jeg finne ut av om det eksisterer faktorer som kan virke hemmende eller fremmende for sykepleierens ivaretagelse av kvinnenens seksuelle helse. Sykepleiers ivaretagelse vil drøftes i lys av sykepleierens undervisende funksjon, da sykepleier ifølge Nortvedt og Grønseth (2016) gjennom informasjon og veiledning kan bidra til å trygge og hjelpe pasienter til å forstå og mestre konsekvenser av sykdom og behandling.

## **1.2 Problemstilling**

*Hvordan kan sykepleier bidra til å ivareta kvinners seksuelle helse ved strålebehandling mot livmorhalskreft?*

## **1.3 Avgrensinger og presiseringer**

Behandling ved livmorhalskreft er kirurgi, strålebehandling og/eller kjemoterapi (Jerpseth, 2016). Oppgaven vil fokusere på strålebehandling, ettersom denne behandlingsformen ofte fører til seksuelle problemer (Helsedirektoratet, 2016b). Det vil ikke tas hensyn til kreftens stadium og derfor heller ikke om strålebehandlingen er gitt som primær-, neoadjuvant- eller adjuvant behandling. Det må likevel påpekes at multimodal behandling kan bidra til at bivirkninger og komplikasjoner forsterkes (Dahl, 2016).

I Norge rammes kvinner i 30- og 40-årsalderen hyppigst av livmorhalskreft (Kreftregisteret, 2018b) og i 2017 var gjennomsnittsalderen ved diagnosetidspunktet 45 år (Kreftregisteret, 2018a). På tross av dette og fordi forskningslitteraturen ofte tar for seg et vidt aldersspekter og seksuell helse angår kvinner i alle aldre, vil oppgaven fokusere på kvinner fra 18 år og oppover. Dette innebærer at strålebehandlingens konsekvenser for fertiliteten vil bli belyst, men vil ikke drøftes i nevneverdig grad.

En eventuell partner bør inkluderes når det skal gis informasjon om seksualitet (Jerpseth, 2016). Derfor vil partner nevnes i oppgaven. Hovedfokuset vil likevel være på pasienten, da seksuell helse og seksuelle problemer ikke bare eksisterer i parforhold (Graugaard, Møhl &

Hertoft, 2006). På grunn av oppgavens begrensede omfang, vil ikke kvinnens seksuelle orientering eller kjønnsidentitet diskuteres. Det bør likevel understrekes at sykepleiere bør unngå et heteronormativt perspektiv på seksualitet (Gamnes, 2016). Det vil heller ikke tas hensyn til pasientens kulturelle eller religiøse bakgrunn, selv om dette kan ha innvirkning på planlegging og utøvelse av sykepleie (Jerpseth, 2016).

#### **1.4 Kontekst**

Behandling av livmorhalskreft foregår ved senter for gynekologisk kreftbehandling (sengepost eller poliklinikk) og oppfølging kan også foregå her (Helsedirektoratet, 2016a). Strålebehandling gis fem ganger i uken i syv uker ved primær strålebehandling og seks uker ved adjuvant strålebehandling mot livmorhalskreft (Oncolox, u.å.-a, c). Det har blitt mer vanlig å behandle gynekologisk kreft ved poliklinikker (Jerpseth, 2016). Strålebehandling ved gynekologisk poliklinikk er derfor valgt som kontekst for denne oppgaven.

#### **1.5 Begrepsavklaring**

Opgaven bygger på en bred forståelse av begrepet *seksuell helse*, med utgangspunkt i arbeidsdefinisjonen til WHO (2006), her gjengitt på norsk:

Seksuell helse er en tilstand av fysisk, følelsesmessig, psykisk og sosialt velbefinnende i forhold til seksualitet: ikke kun fravær av sykdom, funksjonssvikt eller manglende helse. Seksuell helse forutsetter en positiv og respektfull tilnærming til seksualitet og seksuelle relasjoner, så vel som muligheten til å ha nytelsesfulle og trygge seksuelle erfaringer, fri for tvang, diskriminering eller vold. For å oppnå og opprettholde seksuell helse må alle menneskers seksuelle rettigheter respekteres, beskyttes og oppfylles. (Landmark et al., 2012, s. 3)

Arbeidsdefinisjonen til WHO har et biopsykososialt perspektiv. Det vil si at de biologiske (fysiske), psykologiske og sosiale aspektene av mennesket henger sammen og gjensidig påvirker den seksuelle helsen (Helland, 2015).

Når begrepet *seksuelle problemer* brukes i denne besvarelsen, menes det problemer relatert til de fysiske seksualfunksjonene, i tillegg til de psykologiske og sosiale funksjonene (Borg, 2017).

## 2 TEORI

### 2.1 Seksualitet er et grunnleggende behov

Seksualiteten er en viktig del av menneskets liv både fysisk, følelsesmessig og sosialt (Håkonsen, 2017) og er tilstede gjennom hele livet. Alle mennesker har derfor en seksualitet og ulike seksuelle behov som må anerkjennes og respekteres (Almås & Benestad, 2017). I et livsløpsperspektiv vil seksualiteten og dens uttrykksform kunne variere med tanke på fysiologiske og sosiale forhold (Helland, 2015). Fysisk og psykisk stress i forbindelse med sykdom kan lett komme i veien for og skade menneskets seksualitet (Johansen et al., referert i Borg, 2017). Det samme kan kulturelle normer og lover i samfunnet (Haraldsen, 2010).

Seksualiteten er individuell og engasjerer mange ulike følelser basert på erfaringer og personlige egenskaper. Den påvirker relasjonene vi har til oss selv og hverandre (Almås & Benestad, 2017) og kan således være en kilde til positive følelser som lykke og kjærlighet. I motsatt tilfelle kan seksualiteten bli en kilde til relasjonelle problemer og følelser som skam og skyld (Håkonsen, 2017). Seksualitetens seks R-er viser til de ulike funksjonene seksualiteten kan ha i et menneskets liv: reproduksjon, relasjon, respekt, rehabilitering, rekreasjon og relaksasjon (Hertoft, referert i Helland, 2015). Dette er en skjematisk fremstilling, men illustrerer seksualitetens kompleksitet og hvorfor temaet krever en holistisk tilnærming (Graugaard et al., 2006). Ifølge Borg (2017) er det derfor også helt nødvendig at helsepersonell ser på seksualiteten som mer enn en forplantningsfunksjon.

### 2.2 Livmorhalskreft og strålebehandling

Livmorhalsen er en forlengelse av livmorkroppen og er nederst omgitt av skjeden. Dette området kalles livmorhalstappen. Åpningen i livmorkroppen (mormunnen) er starten på cervikalkanalen som forbinder livmorhulen og skjeden. Cervikalkanalen er dekket av et enlaget, slimproduserende sylinderepitel, mens livmorhalstappen i hovedsak er dekket av flerlaget plateepitel. Det er i overgangen mellom de to epitelvevene, som befinner seg i området rundt mormunnen, at livmorhalskreft oppstår (Wyller, 2014).

Vedvarende infeksjon med Humant papilloma virus (HPV) er den vanligste årsaken til utvikling av livmorhalskreft. HPV-type 16 og 18 står for omtrent 65 % av tilfellene. HPV smitter ved seksuell omgang og risikoen for å bli smittet øker derfor ved tidlig seksualdebut og/eller mange seksualpartnere (Kristensen, 2017, 2018). I løpet av livet regner man med at



omtrent 70 % av seksuelt aktive smittes (Folkehelseinstituttet, 2016). Ubeskyttet samleie er en risikofaktor, men kondom beskytter mot smitte (Hagen & Onsrud, 2015). Ved en HPV-infeksjon vil de fleste kvinner bli kvitt viruset av seg selv (Kristoff, 2016). Om så ikke er tilfelle, kan en vedvarende infeksjon med en kreftfremkallende HPV-type føre til celleforandringer som kan utvikle seg til forstadier til livmorhalskreft. En eventuell utvikling til livmorhalskreft tar likevel lang tid (Kristensen, 2017). Opptil 10-30 år er ikke uvanlig (Folkehelseinstituttet, 2016).

Grunnlaget for diagnosen livmorhalskreft er kreftfunn ved biopsi (Helsedirektoratet, 2016b). Endelig diagnose settes etter at radiologiske undersøkelser og mikroskopisk undersøkelse av vev og celler er gjennomført (Bertelsen, 2017; Helsedirektoratet, 2016a). Dette danner grunnlaget for en stadieinndeling, basert på hvor utbredt tumoren er, om det finnes spredning til lymfeknuter eller andre organer og en vurdering av urinveienes avløpsforhold (Kristensen, 2017). Inndelingen er basert på kliniske undersøkelser av kvinnen og stadiet vurderes ut ifra de internasjonale kriteriene i FIGO (The International Federation of Gynecology and Obstetrics) (Helsedirektoratet, 2016a). Stadiene spenner seg fra I (lokalisert til livmorhalsen) til IV (svulstgjennombrudd til blære og/eller rektum eller spredning utenfor det lille bekkenet) (Hagen & Onsrud, 2015; Kristensen, 2018).

Behandling ved livmorhalskreft er kirurgi, strålebehandling og/eller kjemoterapi (Jerpseth, 2016). FIGO-stadium og eventuelle tilleggsfunn tas hensyn til ved valg av behandling (Helsedirektoratet, 2016a). Ved strålebehandling gis det oftest en kombinasjon av ekstern bestråling (strålekilden plassert utenfor pasienten) og intrakavitær brakyterapi (stråleenheten plassert i vagina) (Jetne, 2017). Strålebehandling som primærbehandling gis i tilfeller hvor det er stor sannsynlighet for at pasienten etter kirurgi måtte fått adjuvant strålebehandling (eksempelvis ved stor primærtumor). Dette for å minske risikoen for lymfeødem, som kan forekomme etter fjerning av bekkenlymfeknuter, fordi risikoen øker dersom stråleterapi gjøres postoperativt (Helsedirektoratet, 2016a; Kristensen, 2018). Stråleterapi som primærbehandling gis også dersom tumor anses som inoperabel, som er tilfellet ved senere stadier av livmorhalskreft, men også ved tidligere stadier hvor operasjon er kontraindisert (Jetne, 2017). Stråleterapi kombineres ofte med kjemoterapi da det gjør kreftcellene mer følsomme for stråling (Jerpseth, 2016; Kristensen, 2017). Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet (2018) gir strålebehandling i dag mindre bivirkninger enn tidligere,

fordi behandlingen har blitt mer individualisert gjennom bruk av avanserte bildeundersøkelser i forkant. Likevel vil som oftest friskt vev nærliggende tumor rammes (Dahl, 2016).

### **2.3 Konsekvenser for kvinnens seksuelle helse**

Fysiske bivirkninger og komplikasjoner forårsaket av strålebehandling representerer de mest åpenbare truslene mot kvinnenes seksuelle helse. Samtidig vil også de psykiske og sosiale aspektene av kvinnens seksuelle helse være i fare. Dette skyldes i stor grad de fysiske konsekvensenes påvirkning på de psykiske og sosiale aspektene, men også stress relatert til å ha fått selve sykdommen (Borg, 2017).

#### **2.3.1 Fysiske konsekvenser**

Strålebehandling kan føre til sammenvoksninger av skjedeveggen (Jerpseth, 2016), vaginale arrdannelse, atrofi av skjedens slimhinner, induert menopause (overgangsalder) og infertilitet (Kristensen, 2017). Fatigue (utmattelse) er også svært vanlig og kan påvirke seksuallivet for eksempel i form av at man ikke har overskudd (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Arrdannelse gjør slimhinnen mindre elastisk og fører til kortere og trangere skjede (Kristensen, 2017) og kan gi svekket evne til orgasme (Hagen & Onsrud, 2015). Sammenvoksninger av skjedeveggen kan gi helt eller delvis tetting av vaginalhulen og kan i likhet med arrdannelse føre til smerter (Hagen & Onsrud, 2015) og problemer med å gjennomføre samleie og gynekologiske undersøkelser (Jacobsen, 2017).

Atrofi av slimhinnene kan gi tørr- og sårhetsproblematikk i forbindelse med seksuell aktivitet (Jerpseth, 2016). Kvinner som opplever stråleindusert menopause kan oppleve at de er mer utsatt for sårhet, smerter og småblødninger i forbindelse med samleie, fordi tykkelsen på skjedens slimhinner er avhengige av østrogen. Østrogen spiller dessuten en rolle for seksuell lyst, lubrikasjon (fukting av skjeden) og orgasme hos kvinner (Almås & Benestad, 2017). Manglende seksuell lyst, uavhengig av årsak, vil i seg selv medføre forsinket lubrikasjon (Gjessing, Borg & Dahl, 2013).

Skader på urinveier og tarm kan gi kvinnen store og langvarige problemer. Eksempler på dette er hyppig vannlatning, urinlekkasje, smertefulle tarmstenoser og diaré (Gamnes, 2016). Dannelse av fistler fra blære og tarm med lekkasje av urin og avføring kan forekomme og føre til sjenerende lukt (Jacobsen, 2017).

### 2.3.2 Psykiske og sosiale konsekvenser

Ifølge Hagen og Onsrud (2015) kan gynekologisk kreft og konsekvenser av behandlingen påvirke selvbildet og forårsake psykiske problemer. Kroppsbildet, som er en del av selvbildet, omfatter ifølge Price de oppfatninger som en person har om seg selv med tanke på kroppsfunksjon og utseende (Price, referert i Bjørk & Breievne, 2016). De fysiske forandringer som følge av livmorhalskreften og strålebehandlingen kan gjøre at kvinnen opplever kroppen som fremmed og mer sårbar (Jacobsen, 2017). I hvilken grad pasienten liker sin egen kropp og føler seg attråverdig har betydning for seksualiteten (Gjessing et al., 2013).

Ved problemer med gjennomføring av samleie kan kvinnen føle seg mindreverdige som seksualpartner (Jerpseth, 2016). Å ikke kunne bære frem et barn eller å ha nedsatt seksuell lyst (libido) som følge av infertilitet og induisert menopause, kan gjøre at hun føler seg mindre kvinnelig og kan føre til sorgreaksjoner (Borg, 2017), tanker om aldring og skyldfølelse overfor partner (Jacobsen, 2017). Kvinnen kan føle at hun «mister noe av seg selv» (Borg, 2017, s. 125). Usikkerheten og fremmedgjøringen kan forsterke de fysiske seksuelle problemene kvinnen opplever. Kvinnen kan også kjenne på skam rundt det å ha fått sykdommen, fordi sykdommen oftest skyldes en seksuelt overførbare infeksjon (Jacobsen, 2017). Psykiske plager kan forekomme både under og etter kreftbehandling og kan føre til nedsatt lyst og evne til å ha sex (Gjessing et al., 2013). Et endret kroppsbilde kan forårsake depresjon (Schjølberg, 2017) og redsel for tilbakefall av sykdommen kan forårsake angst (Jerpseth, 2016).

Et endret kroppsbilde vil i stor grad også kunne påvirke kvinnens relasjoner til sine nærmest (Schjølberg, 2017). Seksuelle relasjoner er ifølge Woods definert som «de mellommenneskelige forhold der ens seksualitet er delt med en annen» (Woods, referert i Cleary & Hegarty, 2011, s. 41). Seksuelle relasjoner omfatter ikke bare seksuell aktivitet i form av samleie (Borg, 2017), men også et behov for intimitet, nærhet og kjærlighet (Almås & Benestad, 2017). En studie viste likevel at når den seksuelle aktiviteten ble redusert som følge av gynekologisk kreft og behandling, ble også intimiteten i parrelasjonen redusert (Hughes, referert i Cleary & Hegarty, 2011).

Ved seksuell aktivitet kan kvinnen være redd for å bli skadet eller for å «smitte» partneren. Likeså kan partneren være redd for å skade kvinnen og derfor holde seg unna, noe som kan

gjøre at kvinnens selvbylde skades ytterligere (Hagen & Onsrud, 2015). Ved uønsket barnløshet kan sex kan bli noe paret unngår, fordi det forbindes med skuffelse og nederlag (Almås & Benestad, 2017). Seksuallivet kan også påvirkes negativt dersom det oppstår en asymmetri i parforholdet som følge av at kvinnen er syk, eller fordi partneren har seksuelle behov som skiller seg fra kvinnens (Helsedirektoratet, 2017). Tap av nærhet skaper ifølge Graugaard et al. (2006, s. 17) et intimitetsproblem som kan medføre at den syke og partneren isolerer seg fra hverandre. Manglende kommunikasjon om seksuelle problemer kan føre til misforståelser som at partneren er uinteressert eller avviser en (Cleary & Hegarty, 2011). Ifølge (Gamnes, 2016, s. 386) er seksuallivet sårbart og problemer i samlivet kan føre til at paret går fra hverandre, men kan også gjøre at paret kommer nærmere hverandre.

## **2.4 Sykepleiefaglig relevans**

Sykepleiere har et ansvar for at seksualiteten blir ivaretatt på lik linje med andre grunnleggende behov (Gamnes, 2016). Helland (2015) fremhever at sykepleiere er den profesjonsgruppen som tilbringer mest tid med pasientene i sitt arbeid og dermed har et viktig ansvar for å kartlegge og imøtekomme pasientenes behov for å snakke om og få veiledning om seksualitet. Kreftforeningen (2015) oppfordrer dessuten pasienter med livmorhalskreft til å snakke med sykepleier om seksualitet før utskrivning etter behandling.

I pakkeforløp for livmorhalskreft står det at informasjon og dialog i forbindelse med behandling og oppfølging av kvinner med livmorhalskreft ivaretas av ulike faggrupper, deriblant sykepleier ved avdelingen (Helsedirektoratet, 2016b). Dialog kan i denne sammenheng forstås som veiledning, da dialog ifølge Tveiten (2016) er helt sentralt i veiledning. Å gi informasjon og veiledning til pasienter og pårørende er en del av sykepleierens undervisende funksjon (Nortvedt & Grønseth, 2016). Eide & Eide benytter begrepet «hjelpende informasjon» og mener med det at informasjonen må tilpasses og formidles til pasienten med omtanke. Dette er viktig for at pasienten skal oppleve informasjonen som relevant, samt forstå og huske den (2012, s. 292). Veiledningens mål er at sykepleier skal legge til rette for at pasienten skal kunne mestre sykdommen og dens konsekvenser. Informasjon kan være en del av dette (Tveiten, 2016, 2018).

Selv om sykepleier ikke har en terapeutisk funksjon med tanke på pasientens seksualitet (Helland, 2015), har sykepleier ansvar for pasientopplæring i form av undervisning og veiledning om endringer som kan oppstå i seksualiteten som følge av behandlingen, samt

hvilke hjelpemidler som finnes og hvordan de brukes (Jerpseth, 2016). Sykepleier har dessuten et medvirkende ansvar for å kartlegge sykdoms- og behandlingsspesifikke problemer med innvirkning på pasientens grunnleggende behov (Helsedirektoratet, 2016b). Sykepleier kan også hjelpe ved å henvise pasienten til relevant hjelpeapparat (Jacobsen, 2017).

Informasjon og veiledning kan også ses i lys av sykepleierens forebyggende og helsefremmende funksjon, fordi det kan bidra til å forhindre komplikasjoner og nye helseproblemer som følge av kreftsykdommen og behandlingen (Nortvedt & Grønseth, 2016).

#### **2.4.1 Relevant jus og etikk**

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (YER) sier at «sykepleieren har et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig» (Norsk sykepleierforbund, 2011, s. 7). YER fremhever dessuten at sykepleieren har et ansvar for å forebygge sykdom, fremme helse og ivareta den enkeltes pasientens behov for helhetlig omsorg (Norsk sykepleierforbund, 2011).

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §§ 3-1, 3-2, 3-5) lovfester pasientens rett til medvirkning og til å få tilpasset informasjon om helsehjelpen, inkludert mulige risikoer og bivirkninger knyttet til behandlingen. Sykepleieren er på sin side pliktig til å utføre faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, i tillegg til å gi nødvendig informasjon og sørge for at informasjonen er forstått (Helsepersonelloven, 1999, §§ 4, 10).

#### **2.5 Sykepleier i dialog med pasienten om seksualitet**

Ifølge Sigaard (2003) er seksuelle problemstillinger ofte vanskelig å forholde seg til i en sykepleiepraksis. Seksualiteten representerer den mest private arenaen hos mennesket og kan lett krenkes (Gamnes, 2016). Det er derfor svært viktig å ha en profesjonell holdning i møte med pasienten når temaet tas opp. Dette innebærer ifølge Almås og Benestad (2017) at sykepleier innehar nødvendige kunnskaper om kropp og seksualitet, er fordomsfri, har et bevisst og avklart forhold til egne grenser og viser respekt for pasientens.

En forutsetning for å snakke med pasienten om seksualitet, er at pasienten føler seg trygg (Almås & Benestad, 2017) og at det er opprettet et tillitsforhold mellom pasienten og sykepleieren (Gamnes, 2016). Sykepleier må også ta hensyn til tidspunkt og sted for samtalen, samt sette av tilstrekkelig tid (Helland, 2015). Situasjoner hvor det er naturlig å ta opp seksualitet bør utnyttes (Jacobsen, 2017). Språket bør også tilpasses slik at både pasientens og

sykepleierens grenser respekteres (Borg, 2017). Dette kan innebære å bruke mest mulig nøytrale ord, samtidig som vanskelige medisinske faguttrykk bør unngås (Helland, 2015).

For å kunne møte pasienten med fordomsfrihet må sykepleier være bevisst egne holdninger og fordommer (Almås & Benestad, 2017). Å bli bevisst disse krever at sykepleier utfordrer seg selv, for eksempel ved å tenke gjennom hva man anser som «riktig» og «galt» eller «vanlig» og «uvanlig». Dette kan bidra til økt forståelse og respekt for pasientens seksualitet Gamnes (2016). Å lytte til pasienten for få en forståelse av hvordan hun opplever den seksuelle helsen sin er også svært viktig (Almås & Benestad, 2017).

Ifølge Gamnes (2016) er det nødvendig for sykepleier å ha kunnskaper om normal anatomi, fysiologi og seksualfunksjon for å kunne forstå hvordan kvinnens seksuelle helse påvirkes av sykdom og behandling.

## **2.6 PLISSIT-modellen**

PLISSIT-modellen er en modell som sykepleier kan benytte i dialog med pasienten om seksualitet og i håndteringen av pasientens seksuelle problemer. Modellen består av fire ulike nivåer (Permission, Limited Information, Specific Suggestions, Intensive Terapi), hvor hvert nivå beskriver ulike nivåer av seksuelle problemstillinger og måter å løse de på (Almås & Benestad, 2017). De fleste pasienter kan ifølge Gamnes (2016) hjelpes på de laveste nivåene i modellen, men jo mer kompleks behovet for informasjon og hjelp er, jo høyere nivå kreves.

**P – tillatelse.** Gjennom ord og handling (Helland, 2015) gis pasienten tillatelse og mulighet til å snakke om og stille spørsmål om seksualitet og seksuelle problemer (Dahl, 2016). Pasienten bør gis tid og oppmuntres til selv å forklare (Borg, 2017) hvordan sykdom og behandling har påvirket den seksuelle helsen (Helland, 2015). Det er ikke alle pasienter som umiddelbart vil ønske å snakke om temaet, men ved å signalisere at det er greit å snakke om seksualitet, vil pasienten kanskje selv ta det opp på et senere tidspunkt (Almås & Benestad, 2017).

**LI – begrenset informasjon.** Her gis pasienten enkel og begrenset informasjon om for eksempel hvordan sykdom og behandling kan påvirke seksualiteten (Helland, 2015). Informasjonen kan også være skriftlig (Gamnes, 2016) og kan i så fall også tas med hjem til partner (Helland, 2015). Det kan dessuten være viktig å normalisere seksuelle tanker og bekymringer pasienten har (Almås & Benestad, 2017). Eventuelle feiloppfatninger eller

misforståelser hos pasienten bør avklares og rettes opp (Dahl, 2016). Dette kan innebære å svare på enkle spørsmål fra pasienten (Borg, 2017).

**SS - spesifikke forslag.** Her gis konkrete råd relatert til pasientens seksuelle problemer (Almås & Benestad, 2017). Slike råd kan eksempelvis gjelde alternative måter for opprettholdelse av seksualliv, samleiestillinger, informasjon og veiledning om bruk av seksuelle hjelpemidler (Borg, 2017), samt råd om å oppsøke andre instanser med kompetanse på området. Dette nivået finnes blant annet på poliklinikker (Gamnes, 2016).

**IT – intensiv terapi.** Dersom pasientens seksuelle problemer ikke lar seg løse på de tre foregående nivåene, trenger pasienten spesialistkompetanse. Dette kan for eksempel gjelde problemer relatert til hormonforstyrrelser (Almås & Benestad, 2017) eller psykiske problemer. Ivaretagelsen av nivået er derfor ingen sykepleieroppgave, men sykepleier har et ansvar for å henvise pasienten til riktig fagfolk, samt motivere pasienten til videre behandling (Borg, 2017).

PLISSIT presenteres som en enkel modell å ta i bruk (Helland, 2015), også for helsepersonell som ikke innehar formell kompetanse i sexologisk rådgivning (Jerpseth, 2016). Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet (2016) forventes helsepersonell med treårig utdanning å være kapable til minimum å kunne håndtere de to første nivåene i modellen.

### **3 METODE**

Dette er en litterær oppgave. Altså er dataene som er brukt for å belyse og besvare problemstillingen hentet fra «(...) eksisterende fagkunnskap, forskning og teori» (Dalland, 2017, s. 207). I metodekapitlet vil jeg beskrive hvordan fag- og forskningslitteraturen er innhentet, hvilke inklusjons- og eksklusjonskriterier som er benyttet og komme med kildekritikk.

#### **3.1 Manuelle søk**

For å hente inspirasjon og finne litteratur til oppgaven har jeg gjort flere manuelle søk. Manuelle søk ble blant annet gjort i Oria, Google Scholar, Sykepleien Forskning, Kreftforeningen, Lovdata, Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet. I tillegg ble pensumbøker for sykepleierstudiet ved Lovisenberg diakonale høyskole og fagbøker ved høyskolens bibliotek gjennomgått. Det ble også gjort ustrukturerte søk i helse- og sykepleiefaglige databaser for å få et innblikk i forskningslitteraturen. Ved å se på referanselistene til relevante fagbøker, studentoppgaver, samt fag- og forskningsartikler, fikk jeg flere gode tips til relevant litteratur og primærkilder. Referansene i innlednings- og teorikapitlene er i stor grad funnet gjennom manuelle søk.

#### **3.2 Systematiske søk i databaser**

Forskningslitteraturen presentert i artikkelmatrisen er funnet gjennom systematiske søk i Cinahl, Embase, Medline/Pubmed, Cochrane Library og Swemed+, som ifølge Thidemann (2015) er anerkjente helse- og sykepleiefaglige databaser. Noen av forskningsartiklene som er referert til i innlednings- og teorikapitlene er også funnet gjennom systematiske søk. Det samme gjelder noen artikler referert til i drøftingen, men som ikke er inkludert i artikkelmatrisen. Én artikkel (Vermeer et al., 2015) ble funnet via referanselisten til en av artiklene jeg fant i det systematiske søket.

##### **3.2.1 Søkestrategi**

For å gjennomføre effektive og relevante søk er det ifølge Thidemann (2015) nødvendig å gjøre gode forberedelser. Dette innebærer å definere inklusjons- og eksklusjonskriterier, undersøke hvilke databaser som er relevante, samt bestemme seg for hvilke søkeord og søkeordkombinasjoner som skal brukes (Thidemann, 2015).

For å få tips til sentrale begreper og søkeord hentet jeg inspirasjon fra fag- og forskningslitteraturen, samt andre bacheloroppgaver innenfor samme tema. Jeg søkte også



etter emneord i en Medical Subject Headings (MeSH)-ordbok (Folkehelseinstituttet, u.å.) og en MeSH-søkemotor (U.S. National Library of Medicine, u.å.). Ifølge Kilvik & Lamøy bør emneord brukes for å ikke gå glipp av artikler som i titler og sammendrag bruker synonymer eller andre bøyingsformer av problemområdet man er ute etter, men de mener i tillegg at fritekstord bør brukes (Kilvik & Lamøy, referert i Thidemann, 2015). Min søkestrategi ble derfor først å prøve å finne relevante forskningsartikler ved bruk av emneord, for deretter å benytte fritekstord dersom emneordsøk ikke resulterte i nok relevante artikler. Ettersom emneordsøk resulterte i 36 relevante artikler for oppgaven min (tabell 3), så jeg ikke behov søke opp ytterligere artikler med fritekstsøk. Ifølge Helsebiblioteket (2016) kan dette dog ha ført til at jeg har gått glipp av nyere relevante artikler som enda ikke har blitt tagget med emneord.

Rammeverket PICO kan brukes for å «operasjonalisere problemstillingen» for litteratursøk (Thidemann, 2015, s. 86). Med inspirasjon fra PICO satte jeg derfor opp en tabell (tabell 1) for å få oversikt over relevante MeSH-ord og -kombinasjoner. De boolske operatorene AND og OR (Thidemann, 2015) ble brukt for å kombinere MeSH-ordene. Ettersom noen databaser hadde emneord som avvek fra MeSH, måtte jeg tilpasse emneordene til den aktuelle databasen (tabell 3). I den forbindelse leste jeg emneordenes omfangsbeskrivelse (scope note) for å forsikre meg om at det er tilsvarende emneord.

Uterine cervical neoplasms OR	A	Sexuality OR	A	Nursing care OR
Genital neoplasms, female	N	Sexual health OR	N	Nurse's role OR
	D	Sexual dysfunctions, psychological OR Sexual dysfunction, physiological	D	Patient education as topic OR Nurse-patient-relation OR Professional patient relations OR Shyness OR Communication OR Communication-barriers

*Tabell 1 Operasjonalisering av problemstillingen, etter inspirasjon fra rammeverket PICO*

### 3.2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjons- og eksklusjonskriterier bør på forhånd defineres for å lettere kunne velge ut relevante forskningsartikler (Christoffersen, Johannesen, Tufte & Utne, 2015). Basert på inklusjons- og eksklusjonskriteriene (tabell 2), overskrifter og sammendrag satt jeg igjen med 23 forskningsartikler som ble skimlet, hvorav 5 (6 inkludert kjedesøk) forskningsartikler endte opp i artikkelmatrisen (tabell 4).

<b>INKLUSJONSKRITERIER</b>
Artikler som handler om gynekologisk kreft (deriblant livmorhalskreft) i sammenheng med seksuell helse/seksualitet som beskriver kvinners erfaringer og behov med sykepleiere/helsepersonells ivaretagelse av denne delen av deres helse.
Artikler hvor populasjonsutvalget inkluderer kvinner som har fått strålebehandling.
Artikler som handler om gynekologisk kreft (deriblant livmorhalskreft) i sammenheng med seksuell helse/seksualitet og sykepleieres/helsepersonells erfaringer med ivaretagelse av denne delen av pasientens helse.
Artikler publisert i fagfelleverderte tidsskrift, samt tidsskriftnivå 1 eller 2 (Norsk senter for forskningsdata, u.å.).
Artikler som er basert på kvalitativ og/eller kvantitativ forskningsmetode.
Forskningsartikler og systematiske oversiktsartikler.
<b>EKSKLUSJONSKRITERIER</b>
Artikler som ikke inkluderer kvinner med livmorhalskreft.
Studier fra land utenfor EU/EØS, USA, Canada, Australia og New Zealand.
Artikler hvor jeg ikke har tilgang til hele innholdet gjennom Lovisenberg Diakonale Høgskole.
Artikler som ikke er fagfelleverderte.
Artikler publisert tidligere enn 2009.
Artikler skrevet på et språk jeg ikke behersker, altså andre språk enn engelsk, norsk, svensk og dansk.
Artikler uten tydelig IMRAD-struktur.

*Tabell 2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier*

### 3.2.3 Søkehistorikk

Et systematiske litteratursøket skal kunne etterprøves (Christoffersen et al., 2015), derfor er søkehistorikken her presentert.

Database Søkedato	Søkeordkombinasjoner <i>Begrensninger</i>	Antall treff	Leste overskrifter	Leste sammendrag
<b>Cinahl</b> 26.03.19	(Cervix neoplasms+ <b>OR</b> Genital Neoplasms, female+) <b>AND</b> (Sexual health <b>OR</b> Sexuality+ <b>OR</b> Psychosexual disorders+ <b>OR</b> Sexual dysfunction, female+) <b>AND</b> (Nursing care+ <b>OR</b> Patient education+ <b>OR</b> Nurse-Patient Relations <b>OR</b> Nursing Role <b>OR</b> Professional-Patient Relations+ <b>OR</b> Shyness <b>OR</b> Communication Barriers <b>OR</b> Communication+) <i>English language, Danish language, Swedish language, Norwegian language, Peer reviewed, Research article, 2009-2019, Full text</i>	11	11	11
<b>Cochrane Library</b> 26.03.19	(Uterine cervical neoplasms <b>OR</b> Genital neoplasms, female) <b>AND</b> (Sexual health <b>OR</b> Sexuality <b>OR</b> Sexual dysfunctions, psychological <b>OR</b> Sexual dysfunction, physiological) <b>AND</b> (Nursing care+ <b>OR</b> Patient education as topic+ <b>OR</b> nurse-patient-relation+, nurse's role+ <b>OR</b> professional patient relations+ <b>OR</b> Shyness+ <b>OR</b> Communication-barriers+ <b>OR</b> Communication+) <i>01.01.2009-31.12.2019</i>	4	4	4
<b>Embase</b> 27.03.19	(exp uterine cervix tumor/ <b>OR</b> exp female genital tract tumor/) <b>AND</b> (exp sexual health/ <b>OR</b> exp sexuality/ <b>OR</b> exp sexual dysfunction/) <b>AND</b> (exp nursing care/ <b>OR</b> exp patient education/ <b>OR</b> exp nurse patient relationship/ <b>OR</b> exp professional-patient relationship <b>OR</b> exp communication barrier/ <b>OR</b> exp interpersonal communication/) <i>2009-2019, Articles, Review</i>	172	172	31
<b>Medline/Pubmed</b> 27.03.19	(Uterine cervical neoplasms/ <b>OR</b> Genital neoplasms, female/) <b>AND</b> (Sexual health <b>OR</b> Sexuality <b>OR</b> Sexual dysfunctions, psychological <b>OR</b> Sexual dysfunction, physiological) <b>AND</b> (Nursing care <b>OR</b> Patient education as topic <b>OR</b> nurse-patient-relation <b>OR</b> nurse's role <b>OR</b> professional-patient relations <b>OR</b> Shyness <b>OR</b> Communication-barriers <b>OR</b> Communication) <i>2009-2019, Journal Article, Review</i>	33	33	18
<b>Svemed+</b> 27.03.19	(Uterine cervical neoplasms <b>OR</b> Genital neoplasms, female) <b>AND</b> (Sexual health <b>OR</b> Sexuality <b>OR</b> Sexual dysfunctions, psychological <b>OR</b> Sexual dysfunction, physiological) <b>AND</b> (Nursing care <b>OR</b> Patient education as topic <b>OR</b> nurse-patient-relation <b>OR</b> nurse's role <b>OR</b> professional patient relations <b>OR</b> Shyness <b>OR</b> Communication-barriers <b>OR</b> Communication) <i>2009-2019</i>	0	-	-
<b>Antall aktuelle artikler basert på lest sammendrag</b>		46		
<b>Antall aktuelle unike artikler (fjerning av duplikater)</b>		36		
<b>Antall aktuelle artikler med fullteksttilgang, forståelig språk, fagfelle vurdering og tidsskriftnivå 1 eller 2 (Norsk senter for forskningsdata, u.å.)</b>		23		
<b>Inkluderte artikler i artikkelmatrise</b>		6 (én funnet via kjedesøk)		

Tabell 3 Søkehistorikk, systematisk litteratursøk

### 3.3 Kildekritikk

Mye av teorien som presenteres er basert på faglitteratur og pensumbøker. Ifølge Dalland (2017) er dette ofte sekundærlitteratur, som vil si at teksten er basert på forfatterens forståelse og bearbeiding av andres arbeid. Ved å benytte meg av sekundærlitteratur kan jeg derfor ha videreført eventuelle feiltolkninger. Når jeg likevel har valgt å benytte meg av en del sekundærlitteratur, er det fordi litteraturen er faglig oppdatert og av nyere dato og fordi jeg har vurdert det som troverdige kilder fordi det er pensumlitteratur, bøker funnet på Lovisenberg Høgskolebibliotek eller litteratur henvist til i nyere relevant faglitteratur. Samtidig har jeg tilstrebet å gå til primærkilden der jeg har ansett det som viktig. Det har medført at noe av litteraturen jeg refererer til (Agger, 2006; Graugaard et al., 2006; Hordern, 2008; Sigaard, 2003) er eldre enn 10 år.

Ifølge Dalland (2017) er kvalitativ metode egnet når man ønsker dybde data, å se sammenhenger og få tak på «det særegne». Til forskjell fra kvantitative metoder, gir kvalitativ forskning mye informasjon om et få antall deltakere (Dalland, 2017, s. 52-53). Fordi jeg er interessert i å få tak på kvinnes egne erfaringer og behov, synes jeg at kvalitativ forskning er godt egnet for å besvare min problemstilling. Alle de inkluderte artiklene har et kvalitativt eller blandet (kvalitativt og kvantitativt) design hvor det er gjennomført intervjuer med deltakerne. Samtlige artikler er skrevet på engelsk. Det vil si at det er en mulighet for at jeg kan ha gjort feiloversettelser som kan ha ført til at artiklens innhold kan ha blitt feiltolket.

De inkluderte studiene i artikkelmatrisen har noen begrensninger: Bortsett fra en forskningsartikkel, omhandler de inkluderte forskningsartiklene gynekologiske kreftpasienter/kreftoverlevende generelt og deltakere som ikke utelukkende har fått strålebehandling. Studien differensierer heller ikke på hvilken behandling som har forårsaket de ulike utfordringene eller, med unntak av Barbera et al. (2011), på hvilke gynekologiske krefttyper som forårsaker hvilke utfordringer. Dette kan være en svakhet for oppgaven. Men med unntak av Sekse, Råheim og Gjengedal (2015), som ikke oppgir krefttype, har jeg forsikret meg om at kvinner med livmorhalskreft og strålebehandling som behandlingsmetode er representert i deltakerutvalget. Et få antall deltakere i studiene og at deltakerne frivillig har latt seg intervjuer med hensyn til et så sensitivt tema som seksualitet, kan gjøre at funnene har begrenset gyldighet for den generelle pasientgruppen med livmorhalskreft. I tillegg er majoriteten av sykepleierne som omtales i forskningsartiklene sykepleiere med spesialisering, og flere av dem hadde i tillegg fått opplæring ivaretagelse av gynekologiske kreftpasienters

seksualitet. Det betyr at deres erfaringer ikke nødvendigvis er representative og overførbare for/til sykepleiere med grunnutdanning som jobber med gynekologisk kreftpasienter. Ved to tilfeller har jeg referert til Oncolex. Referansen mangler årstall/dato, men jeg har vurdert kilden som troverdig fordi det står at Oncolex skal være et faglig oppdatert oppslagsverk, skrevet av fagspesialister ved Oslo Universitetssykehus (Oncolex, u.å.-b).

## 4 RESULTATER

Førsteforfatter, tidsskrift, publ.år, studieland, tittel	Metode, hensikt og populasjon	Hovedfunn
<p>Barbera et al. <i>Menopause: The Journal of The North American Menopause Society</i> 2011 CANADA <b>Improving care for women after gynecological cancer: the development of a sexuality clinic.</b></p>	<p><b><u>Kvalitativ og kvantitativ metode:</u></b> Studie med casesdesign. Semistrukturerte intervjuer og spørreskjemaer.</p> <p><b><u>Hensikt:</u></b> Å beskrive erfaringer fra de to første årene etter oppstart av en spesialisert for gynekologiske kreftoverlevende som tar opp bekymringer om seksuell helse, rehabilitering og livskvalitet etter behandling.</p> <p><b><u>Populasjon:</u></b> 56 gynekologiske kreftoverlevende. 37 stk. med livmorhalskreft, hvorav 95 % hadde fått strålebehandling. Ved klinikken jobbet gynekolog med kompetanse på overgangsalder og kolposkopi, samt spesialiserte kreftsykepleiere med kompetanse på kvinnehelse og overgangsalder.</p>	<p>Klinikken så ut til å møte kvinnens behov selv ved få antall besøk. Få pasienter krevde ferdigheter utover det de ansatte ved klinikken hadde. Mange rapporterte at de følte seg beroliget etter å ha snakket med legen og sykepleieren om sine erfaringer og diskutert strategier for å løse problemene deres. Relativt få ønsket tilleggsinformasjon utover det som ble gitt. Hovedbekymringen hos kvinnene var den lange ventetiden for den første timen og oppfølgingstidene. Flere mente at den type informasjon som ble gitt på klinikken burde være tilgjengelig for alle som blir diagnostisert med gynekologisk kreft.</p>
<p>McCallum et al. <i>Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology</i> 2012 NEDERLAND <b>Sexual health and gynecological cancer: conceptualizing patient needs and overcoming barriers to seeking and accessing services.</b></p>	<p><b><u>Kvalitativ metode:</u></b> Ansikt-til-ansikt semistrukturerte intervju.</p> <p><b><u>Hensikt:</u></b> Å beskrive hvordan kvinner som er behandlet for gynekologisk kreft beskriver seksuell helse, skaffe en klarere forståelse av hvilke tjenester pasientgruppen ønsker seg og identifisere potensielle barrierer for deltakelse i intervusjoner som fokuserer på seksualitet.</p> <p><b><u>Populasjon:</u></b> 15 gynekologiske kreftpasienter (3 stk. med livmorhalskreft) i alderen 26-71 år (gj.snitt. 52 år). 9 stk. hadde fått strålebehandling. 5 stk. var premenopausale ved diagnosetidspunktet. 10 stk. var gift/i seriøst forhold.</p>	<p>Den vanligste beskrivelsen av god seksuell helse fra deltakerne var å ha en sterk intim forbindelse, et godt kroppsbilde, et sunt seksuelt selvskjema og muligheten til å bli seksuelt opphisset og tilfredsstillt. Majoriteten beskrev et behov for mer dyptgående og tilgjengelig informasjonstilbud. Det burde kommuniseres mer om åpenhet og beredskap med tanke på å hjelpe pasienter med håndtering av konsekvenser av behandling og seksuelle problemer. Fire hovedtemaer knyttet til barrierer ble identifisert: forventninger og stigma, forlegenhet og ukomfortabelhet, praktiske barrierer og følelsesmessig unngåelse.</p>
<p>Sekse et al. <i>Health Care for Women International</i> 2015 NORGE <b>Shyness and Openness – Common Ground for Dialogue Between Health Personnel and Women About Sexual and Intimate Issues After Gynecological Cancer</b></p>	<p><b><u>Kvalitativ metode</u></b> - Fenomenologisk-hermeneutisk design. To intervjuer med hver kvinne ble gjennomført: ett like før femårskontroll og det neste ett år etterpå.</p> <p><b><u>Hensikt:</u></b> - Å få et dypere innblikk i hvordan kvinner som har hatt gynekologisk kreft beskriver måter å håndtere seksuelle utfordringer og intimitet på. Å finne ut hvordan dialog med helsepersonell om seksualitet og intimitet foregikk, sett i lys av Knud E. Løgstrups filosofi om enhetlige motsetninger.</p> <p><b><u>Populasjon:</u></b> - 16 kvinnelige langtidsoverlevende etter gynekologisk kreft mellom 39 og 66 år (gj.snitt. 56 år). Alle hadde gj.ført. kirurgi, 3 stk. hadde fått adjuvant strålebehandling. Alle var gift og alle anså seg ferdige med å få barn. Rekruttert fra poliklinikk.</p>	<p>Den gynekologiske kreften hadde ført til store kroppslige endringer for kvinnene, med konsekvenser for deres seksualliv og intimitet. Kvinnene hadde stort behov for informasjon og forståelse for den forandrende kroppen, men dette behovet hadde sjeldent blitt møtt av helsepersonell.. Mangel på dialog og veiledning så ut til å forsterke kvinnens blyghet. Måten kvinnene ble møtt av helsepersonell ledet til mer blyghet og skam og endte med mer ensomhet relatert til deres seksuelle og intime problemer. Deltakerne ønsket at helsepersonell skulle ta initiativ til dialog om seksualitet.</p>

<p>Vermeer et al. <i>Supportive Care in Cancer</i> 2015 NEDERLAND <i>Psychosexual support for gynecological cancer survivors: professionals' current practices and need for assistance</i></p>	<p><b><u>Kvalitativ metode</u></b> Semistrukturerte intervjuer.</p> <p><b><u>Hensikt:</u></b> Å vurdere helsepersonells nåværende praktisering av psykoseksuell støtte, barrierer mot å tilby psykoseksuell støtt og behov for opplæring og assistanse.</p> <p><b><u>Populasjon:</u></b> 30 helsepersonell (10 kreftsykepleiere med gynekologisk spesialisering, 10 radiologer og 10 gynekologiske onkologer) fra 9 ulike gynekologiske kreftsentre i Nederland.</p>	<p>Mange rapportere å ha tatt opp seksuelle problemer minst én gang med hver pasient, likevel var den generelle oppmerksomheten rundt seksualfunksjonen til gynekologiske kreftoverlevende begrenset. Noen av helsepersonellene opplevde seksualitet som et tabubelagt tema. Helsepersonell bør legge større vekt på å tilby gynekologiske kreftoverlevende informasjon om seksualitet og spesifikke forslag om mestring av seksuelle utfordringer og henvise til spesialister hvis nødvendig.</p>
<p>Vermeer et al. <i>Supportive Care in Cancer</i> 2016 NEDERLAND <i>Cervical cancer survivors' and partners' experiences with sexual dysfunction and psychosexual support</i></p>	<p><b><u>Kvalitativ metode</u></b> Separate semistrukturerte intervjuer med kreftoverlevende og deres partnere.</p> <p><b><u>Hensikt:</u></b> Å finne ut: Hvordan opplever livmorhalskreftoverlevende og deres partnere seksuelle dysfunksjoner som har oppstått som følge av behandlingen? Hvordan opplever livmorhalskreftoverlevende og deres partnere informasjonen og omsorgen som ble gitt med tanke på seksualfunksjon etter livmorhalskreft? Hvilke psykoseksuelle behov har livmorhalskreft-overlevende og deres partnere og hvordan er disse relatert til seksuelt relatert stress og hva er deres holdninger til ulike intervensjonstiltak som retter seg mot seksuelle dysfunksjoner?</p> <p><b><u>Populasjon:</u></b> 30 livmorhalskreftoverlevende mellom 34-68 år (gj.snitt. 47 år). 12 partnere (gj.snitt.alder 46 år). Gj.snitt.tid siden behandling var 6 år. 16 stk. hadde fått strålebehandling.</p>	<p>Livene og forholdene til mange av de livmorhalskreftframmede deltakerne og deres partnere ble negativt påvirket av seksuelle dysfunksjoner. Psykoseksuell støtte bør gå utover fysisk seksualfunksjon og bør også ta hensyn til aspekter som seksuelt relatert stress, hvor fornøyd man er med forholdet med partner og partnerens perspektiv. Å tilby mer praktisk og trygghende informasjon om konsekvenser for seksualiteten og parrelasjoner etter livmorhalskreft kan være verdifullt for både kvinnen og deres partner.</p>
<p>Williams et al. <i>European Journal of Oncology Nursing</i> 2017 AUSTRALIA <i>Nurses' perceptions of providing psychosexual care for women experiencing gynaecological cancer</i></p>	<p><b><u>Kvalitativ metode</u></b> Semistrukturerte intervjuer.</p> <p><b><u>Hensikt:</u></b> Å få innsikt i hvordan sykepleiere ser for seg psykoseksuell omsorg for kvinner som gjennomgår gynekologisk kreftbehandling og hvordan dette «passer inn» med sykepleiere globalt sett.</p> <p><b><u>Populasjon:</u></b> 17 sykepleiere som arbeidet med gynekologiske kreftpasienter ved gynekologisk poliklinikk (n = 7) eller sengepost (n = 10).</p>	<p>Fem hovedtemaer ble identifisert angående hva som påvirket det å gi psykoseksuell omsorg: 1) Sykepleiere bruker strategier for å bistå samtalen. 2) Kvinner har unike psykoseksuelle behov. 3) Sykepleiere er påvirket av personlige og profesjonelle erfaringer og verdier. 4) Systemer innenfor helsetjenesten påvirker omsorgen. 5) Samfunnet påvirker holdninger rundt seksualitet.</p>

Tabell 4 Artikkelmatrise

## **5 DRØFTING**

I dette kapittelet vil jeg belyse hvilke utfordringer som er knyttet til temaet seksualitet, både fra pasientens og sykepleiers ståsted. Jeg vil så drøfte hva sykepleier kan gjøre for å tilrettelegge for en god dialog rundt et tabubelagt tema. Deretter vil jeg se på hva sykepleier bør gjøre for å informere og veilede pasienten på best mulig måte. Til slutt vil jeg drøfte hvordan sykepleier kan anvende PLISSIT-modellen, samt hva som er viktig å huske på når modellen benyttes.

### **5.1 Seksualitet - et grunnleggende behov, men tabubelagt tema**

#### **5.1.1 Pasientens opplevelse av temaet seksualitet**

Seksualitet er et grunnleggende behov gjennom hele livet, uavhengig av alder og sykdom (Almås & Benestad, 2017). Til tross for å være et grunnleggende behov, viser resultater fra forskningslitteraturen at seksualitet er et tabubelagt og vanskelig tema for mange pasienter. Eksempler på dette er at pasienter opplever det å snakke med helsepersonell om seksualitet som pinlig, ubehagelig, stigmatiserende (McCallum, Lefebvre, Jolicoeur, Maheu & Lebel, 2012), uaktuelt, sårbart, skamfullt (Sekse et al., 2015), følelsesmessig vanskelig (Barbera et al., 2011) og tabubelagt (McCallum et al., 2012; Vermeer, Bakker, Kenter, Stiggelbout & ter Kuile, 2016). Også skam relatert til det å ha fått livmorhalskreft som følge av en seksuelt overførbart sykdom er nevnt i noen studier (Barbera et al., 2011; Vermeer et al., 2016). For mange pasienter kan deres opplevelse av seksualitet som et tabubelagt tema føre til barrierer mot å oppsøke eller ta imot seksuell helsehjelp (McCallum et al., 2012; Sekse et al., 2015; Vermeer et al., 2016).

#### **5.1.2 Sykepleiers opplevelse av temaet seksualitet**

Gamnes (2016) beskriver seksualiteten noe av det mest private området av mennesket. Dette kan forklare hvorfor flere sykepleiere opplever seksualitet som et tabubelagt og vanskelig samtaletema. I en oversiktsartikkel fant Hordern (2008) at dette kan skyldes frykt hos sykepleieren for å tråkke over grenser, tidsmangel, uerfarenhet, forlegenhet og/eller manglende kunnskaper. I studiet til Williams, Hauck og Bosco (2017) rapporterte sykepleiere en rekke barrierer, blant annet vanskeligheter med å finne ordene for å innlede samtalen, frykt for å ikke kunne besvare pasientens spørsmål, stor aldersforskjell mellom pasienten og sykepleier, tabuer bragt med fra egen oppvekst, lite erfaring og mangel på kunnskap. Mangel på kunnskap ble også synliggjort i en ansattundersøkelse ved Sykehuset Innlandet HF, hvor



hele 90 % av de ansatte rapporterte å ha «(...) manglende grunnlag for å snakke om sykdom og seksualitet fra sin grunnutdanning» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 43). Også Vermeer et al. (2015) fant at mange helsepersonell, deriblant sykepleiere, opplever seksualitet som et tabubelagt og ukomfortabelt tema å snakke om. Borg (2017) belyser også at mange sykepleiere unngår å ta opp seksualitet fordi de stiller for høye krav til egen kunnskap og kommunikasjonsferdigheter. I studiet til Williams et al. (2017) rapporterte mange av sykepleierne at de følte det var lettere å snakke om seksualitet når pasienten selv tok initiativ til samtalen.

### **5.1.3 Hva etterspør pasienten?**

Blant pasienter som opplevde tabuer og barrierer knyttet til sin egen seksualitet, uttrykte flere at de likevel ønsket å snakke med sykepleiere/helsepersonell om seksuelle bekymringer og spørsmål (McCallum et al., 2012; Sekse et al., 2015; Vermeer et al., 2016). Videre ytret flere pasienter et ønske om at sykepleier skulle ta initiativet til samtalen, ettersom de hadde utfordringer med å ta opp teamet selv (Sekse et al., 2015; Vermeer et al., 2016). Et fravær av initiativ fra pasienten til å snakke om seksualitet bør derfor ikke tolkes som om at pasienten ikke ønsker å snakke om temaet. Manglende åpenhet og diskusjon rundt pasientens seksualitet, kan bidra til å underbygge pasientens eksisterende fordommer og myter rundt temaet (Borg, 2017). Slike pasientopplevelser ble rapportert i studiet til Sekse et al. (2015), hvor kvinnene opplevde at sykepleiers manglende initiativ hadde bidratt til at de følte på enda mer sjenanse og skam rundt egen seksualitet. I samme studie, fortalte også noen kvinner at når de selv hadde spurt sykepleiere eller helsepersonell om problemstillinger relatert til seksualitet, hadde de kun fått korte svar uten videre oppfølging av temaet. Dette gjorde at kvinnene opplevde å være alene med sine bekymringer (Sekse et al., 2015).

### **5.1.4 Hva bør sykepleier gjøre?**

Til tross for at flere sykepleiere synes det er ubehagelig å snakke med pasienter om seksualitet, har sykepleiere et ansvar for å ivareta pasientens seksualitet på lik linje med andre grunnleggende behov (Gamnes, 2016). I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere fremheves blant annet sykepleiers ansvar for å ivareta pasientens behov for helhetlig omsorg (Norsk sykepleierforbund, 2011). Settes denne retningslinjen opp mot Borg (2017, s. 130), som hevder at «ingen holistisk tilnærming er komplett før seksualiteten er tematisert», kan det argumenteres for at sykepleiere har et etisk ansvar for ivaretagelse av kvinnens seksuelle helse. Sykepleier har dessuten en lovpålagt plikt til å gi, og pasienten en rett på å få, nødvendig og tilpasset informasjon om helsehjelpen og mulige konsekvenser av

strålebehandlingen (Helsepersonelloven, 1999, § 10; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §§ , 3-2, 3-5). Molven (2016) understreker at pasientens rett til informasjon ikke forutsetter at pasienten selv etterspør den. Ettersom sykepleieren både har en etisk og lovpålagt plikt til å ivareta pasients seksuelle helse, kan det derfor argumenteres for at det er sykepleier som må ta initiativ til dialog om pasientens seksuelle helse, til tross for eventuelle egne barrierer. Samtidig er det viktig å bemerke at dersom pasienten sier eller viser tegn til å ikke ville snakke om det, skal det selvfølgelig respekteres (Graugaard et al., 2006).

## **5.2 Hva bør sykepleier tenke på i dialog med pasienten om seksualitet?**

Det er helt essensielt at pasienten føler seg trygg (Almås & Benestad, 2017) og har en tillitsfull relasjon med sykepleier i dialogen om seksualitet (Gamnes, 2016). I poliklinisk kontekst kan begrenset tid til hver pasient og/eller flere sykepleiere som følger opp samme pasient, skape utfordringer i etableringen av et trygt og godt tillitsforhold mellom pasienten og sykepleier (Reitan, 2017).

### **5.2.1 Hva etterlyser pasienten?**

Når man i forskningslitteraturen ser på pasientens behov i dialog med sykepleier, ønsker de at sykepleier skal være åpen (McCallum et al., 2012); Sekse et al. (2015), vise hjelpsomhet (McCallum et al., 2012), lytte, respondere på initiativ og være engasjerte (Sekse et al., 2015). Blant praktiske forhold for å tilrettelegge for en god dialog, nevnes blant annet et egnet sted og tilstrekkelig avsatt tid (Helland, 2015, s. 872).

Almås og Benestad (2017, s. 65) poengterer viktigheten av at sykepleier har en profesjonell holdning i møte med pasienten. Dette innebærer at sykepleier har nødvendige kunnskaper om livmorhalskreftens og strålebehandlings konsekvenser for kvinnens seksuelle helse, er fordomsfri, lytter til pasienten, kommuniserer med et forståelig språk og viser respekt for pasientens seksualitet og grenser (Almås & Benestad, 2017; Borg, 2017; Gamnes, 2016). For å ikke tråkke over pasientens grenser bør sykepleier eksempelvis unngå å bruke ord og uttrykk relatert til seksualitet som pasienten ikke er komfortabel med (Sigaard, 2003). Ettersom kvinner med livmorhalskreft ofte er i en sårbar og stressende situasjon (Lorentsen & Grov, 2016), kan det tenkes at en trygg og tillitsfull relasjon er av enda større betydning enn når man diskuterer seksualitet med pasienter med mindre livsinngripende sykdommer. Å vise empati nevnes i faglitteraturen som et viktig moment for å skape en følelse av trygghet hos pasienten (Borg, 2017). Dette illustreres i studiet til Barbera et al. (2011) hvor noen av kvinnene rapporterte at de før avtalen på SHARE (Sexual Health and Rehabilitation)-

klirikken hadde vært nervøse, men at personalet hadde bidratt til at de slappet av ved å vise omsorg og empati for de som individer. Også sykepleiere i studiet til Williams et al. (2017) beskrev at de tilrettela for å snakke om seksualitet ved å etablere en tillitsfull og terapeutisk relasjon med pasienten.

### **5.2.2 Hvordan kan sykepleier forberede seg til dialogen?**

Sykepleiere beskriver ulike forhold som påvirker deres evne til å ivareta pasientens seksuelle helse. I studiet til Williams et al. (2017) rapporterte mange sykepleiere at de fryktet å ikke kunne svare på pasientens spørsmål, mens andre sykepleiere mente at det ikke er nødvendig å ha alle svarene. Blant helsepersonell i studien til Vermeer et al. (2015) som var komfortable med å prate om seksualitet, ble relevant erfaring trukket frem som en hovedårsak. Også Williams et al. (2017) fant at sykepleiere opplevde at tilstrekkelig sykepleiererfaring var viktig for å føle seg trygg i samtaler med pasienter om seksualitet. Enkelte sykepleiere følte også at mer kunnskap var det som skulle til for å gi de bedre selvtillit. I en pilotstudie av Bakker et al. (2016), hvor sykepleiere gjennomførte oppfølgingskonsultasjoner med gynekologiske kreftpasienter etter strålebehandling, rapporterte sykepleierne at de følte seg dyktige nok til å gjennomføre konsultasjonene med pasientene. Dette var kreftsykepleiere som på forhånd hadde fått femti timer med praktisk og teoretisk opplæring relatert til gynekologisk kreft, strålebehandling og seksualitet. På bakgrunn av funn fra flere av studiene kan det synes som at det er nødvendig at sykepleiere ved gynekologisk poliklinikk får tilstrekkelig opplæring innenfor temaet seksualitet, slik at de er komfortable med temaet i møte med pasienten. Et økt behov for sykepleiere med god kompetanse på kreft og kreftbehandling trekkes dessuten frem i nasjonal kreftstrategi (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Eide og Eide (2012) fremhever dessuten at tilstrekkelige fagkunnskaper om hvordan livmorhalskreft og strålebehandling påvirker kvinnens seksuelle helse, er nødvendig for at sykepleier skal kunne sette seg inn i pasientens situasjon og formidle empati. Yrkesetiske retningslinjer fremhever sykepleiers ansvar for at egen praksis er faglig forsvarlig, samt at sykepleier selv har ansvar for å holde seg oppdatert på kunnskap som er relevant for egen praksis (Norsk sykepleierforbund, 2011). Det kan derfor argumenteres for at sykepleiere som opplever at eget kunnskapsgrunnlag ikke er tilstrekkelig for å ivareta pasientens seksuelle helse, har et ansvar for å tilegne seg den nødvendige kunnskapen og/eller snakke med ledelsen om muligheter for fagutvikling.

### **5.3 Informasjon og veiledning**

Et viktig mål i pakkeforløp for livmorhalskreft er at pasienten skal oppleve å få god informasjon, samt bli sett og hørt gjennom hele pasientforløpet (Helsedirektoratet, 2016b). Sykepleierens undervisende funksjon i form av informasjon og veiledning, er derfor svært sentral i ivaretagelsen av kvinnens seksuelle helse (Nortvedt & Grønseth, 2016). Likevel viser forskningslitteraturen at noen pasienter rapporterer å ikke ha fått informasjon om behandlingens konsekvenser, eller at informasjonen de fikk var mangelfull (Sekse et al., 2015; Vermeer et al., 2016). Kvinner i studiet til (Sekse et al., 2015) rapporterte at dersom helsepersonell hadde vært mer åpne for sensitive temaer, hadde det vært enklere å håndtere kroppslige og seksuelle forandringer etter behandlingen. En kvinne i samme studie understrekte at det er en stor forskjell på å møte problemer forberedt og uforberedt. Dette kan illustrere at sykepleier gjennom tilpasset informasjon og veiledning har potensiale til å styrke pasientens mestring (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 21; Tveiten, 2016, 2018).

#### **5.3.1 Seksualitet krever en holistisk tilnærming**

Livmorhalskreft og strålebehandling kan føre til både fysiske, psykiske og sosiale konsekvenser for den seksuelle helsen (Borg, 2017; Helland, 2015). Selv om de mest åpenbare konsekvensene av strålebehandlingen er av fysisk art, er det viktig at sykepleier er klar over at fysiske, psykiske og sosiale konsekvenser henger sammen og påvirker hverandre (Borg, 2017; Helland, 2015). Sykepleier bør derfor ha en holistisk tilnærming som ikke utelukkende fokuserer på fysiske aspekter ved behandlingen (Graugaard et al., 2006).

At strålebehandlingens konsekvenser for seksualiteten kan føre til både fysiske, psykiske og sosiale konsekvenser, gjenspeiles i informasjonsbehov rapportert av pasienter. Relatert til fysiske konsekvenser, ønsker pasienter for eksempel informasjon om vaginale forandringer, om/når samleie blir trygt og hvordan de kan håndtere stråleindusert menopause (McCallum et al., 2012; Sekse et al., 2015; Vermeer et al., 2016). De yngre kvinnene i studiet til McCallum et al. (2012) rapporterte også at de ønsket mer informasjon om behandlingens konsekvenser for fertiliteten. Blant psykiske utfordringer som avdekket, rapporterte pasienter som opplevde seksuelle bekymringer etter behandling at det var ønskelig at helsepersonell skulle forsikre pasienten om at slike problemer er normalt (Vermeer et al., 2016). Blant sosiale utfordringer, ønsket pasienter informasjon om hvordan seksuallivet og relasjoner vil påvirkes (Sekse et al., 2015) og råd knyttet til hvordan man kan mestre seksuelle problemer i parforholdet (Vermeer et al., 2016).

Viktigheten av at sykepleier har en holistisk tilnærming til pasientens seksualitet kommer også frem i studiet til Sekse et al. (2015), som konkluderer med at kvinner med gynekologisk kreft ønsket en holistisk tilnærming fra helsepersonell. Også Vermeer et al. (2016) fant at helsepersonell som skal ivareta den seksuelle helsen til livmorhalskreftframmede kvinner, bør ha en tilnærming som går utover fysisk seksualfunksjon. I lys av WHO (2006) sin arbeidsdefinisjon kan det også argumenteres for at en holistisk tilnærming er en forutsetning for at sykepleier skal kunne bidra til å ivareta kvinnens seksuelle helse, da (god) seksuell helse er definert som en «(...) en tilstand av fysisk, følelsesmessig, psykisk og sosialt velbefinnende i forhold til seksualitet (...)» (Landmark et al., 2012, s. 3).

### **5.3.2 Individualisering**

Pasienten har en lovfestet rett på å få individuelt tilpasset informasjon og sykepleier har plikt til gi informasjonen på hensynsfull måte og sørge for at den er forstått av pasienten (Helsepersonelloven, 1999, § 10; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-5). Ifølge Eide og Eide (2012) er dette avgjørende for at pasienten skal huske og forstå informasjonen og oppleve den som relevant. Ulempene ved manglende relevant og forståelig informasjon kan leses i studiet til Vermeer et al. (2016), hvor noen av pasientene var misfornøyde med at informasjonen ikke var skreddersydd deres behov og at den ble formidlet på en for teknisk måte.

Gode resultater, som en konsekvens av individualisert informasjon og veiledning, ble vist i studiet til Barbera et al. (2011). Ved SHARE-klinikken var den første av totalt to konsultasjoner med sykepleier. Pasienten og sykepleieren identifiserte på denne timen pasientens individuelle behov, som så la grunnlaget for skreddersydd informasjon og oppfølging. I dette studiet mente majoriteten av pasientene at deres informasjons- og hjelpebehov hadde blitt møtt. Kvinnene mente også at informasjonen de fikk ved klinikken burde være tilgjengelig for alle gynekologiske kreftpasienter (Barbera et al., 2011).

Sykepleiere i studiet til Williams et al. (2017) beskrev at de individualiserte pasienttilnærmingen blant annet ved å ta utgangspunkt i pasientens behov. En av sykepleierne uttrykte at hvert pasienttilfelle er forskjellig og at man derfor ikke kan ha «et sett med ting» man sier til alle pasienter. Kartlegging av pasientens informasjons- og hjelpebehov kan være et godt utgangspunkt for å tilrettelegge for individualisert behandling. Dette også en sentral del av sykepleieprosessen (Nortvedt & Grønseth, 2016). Viktigheten av dette belyses også i

nasjonal kreftstrategi under målområdet «en mer brukerorientert kreftomsorg», hvor en målsetting er kvalitetssikret og individuelt tilpasset informasjon om sykdom, behandling og potensielle seneffekter av behandlingen. Strategien oppfordrer helsepersonell til å stille pasienten spørsmålet «hva er viktig for deg?» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 12-13).

### **5.3.3 Når bør informasjonen gis?**

Det er viktig med god informasjon gjennom hele sykdomsforløpet (Helsedirektoratet, 2016b) og forskning har ifølge Helland (2015) vist at informasjon om seksualitet tidlig i sykdomsforløpet kan forebygge senere problemer. Ifølge halvparten av helsepersonell i studiet til Vermeer et al. (2015), var både de og pasientene mer opptatt av kreftsykdommen, behandlingen og overlevelse enn av seksualitet både før og rett etter behandling. Når kvinnen er på poliklinikken i forbindelse med strålebehandling er det derfor ikke sikkert hun er like mottakelig for all informasjonen som blir gitt (Reitan, 2017). Samtidig rapporterte kvinnene i studiet til (Sekse et al., 2015) at det er viktig at helsepersonell snakker om seksualitet allerede fra starten av sykdomsforløpet. Dette behovet ble også rapportert av halvparten av deltakerne i studiet til Vermeer et al. (2016). Her rapporterte kvinnene at de, til tross for manglende eget fokus på seksualitet, hadde satt pris på å få informasjon om behandlingens mulige konsekvenser for deres seksualitet. Funnene kan indikere at sykepleier bør informere om seksualitet under hele behandlingsforløpet, selv om pasienten selv ikke etterspør informasjonen. Sykepleier bør i tillegg være oppmerksom på pasientens mottagelighet for informasjonen.

### **5.3.4 Hvordan bør informasjonen formidles?**

Ifølge Jerpseth (2016) bør sykepleier gi både skriftlig og muntlig informasjon til kvinnen. I studiet til Vermeer et al. (2016) rapporterte omtrent halvparten av deltakerne at de var positive til skriftlig informasjon. Fordeler ved skriftlig informasjon var ifølge dem at det var praktisk å ha en skriftlig oversikt og at det avverget dem fra å bli overveldet av for mye informasjon på en gang. Også noen av deltakerne i studiet til McCallum et al. (2012) følte at skriftlig informasjon ville vært tilfredsstillende for å møte deres behov, mens andre ga uttrykk for at de ville satt pris på alenetid med et helsepersonell for å stille spørsmål og snakke om problemer. Fordelen med skriftlig informasjon er at kvinnen kan ta det med hjem og se på det på et senere tidspunkt. I tillegg kan skriftlig informasjon enkelt og presist videreformidles til en eventuell partner (Helland, 2015). På SHARE-klinikken fikk kvinnen med seg undervisningsmaterieell ved første konsultasjon, slik at hun innen den andre konsultasjonen

fikk tid til å gå gjennom materialet hjemme og notere seg spørsmål (Barbera et al., 2011). Skriftlig informasjon kan også innebære å henvise pasienten til en pålitelig hjemmeside, noe en stor andel av deltakerne i Vermeer et al. (2016) var positive til som en førstehandsressurs ved seksuelle bekymringer. Ved mer komplekse problemstillinger var ansikt-til-ansikt-møter mer ønskelig. Uansett informasjonsform er det likevel sentralt at sykepleier forsikrer seg om at pasienten forstår informasjonen (Eide & Eide, 2012), samtidig som at den ikke er for overfladisk (McCallum et al., 2012). I den forbindelse er det viktig at sykepleier formidler informasjonen uten bruk av vanskelige faguttrykk (Helland, 2015). Det er også viktig å være bevisst at ikke alle kvinner har gode kunnskaper om egen kropp og anatomi. Bruk av illustrasjoner kan derfor være nyttig, da det gir kvinnen et visuelt bilde av de ulike organene som affiseres av livmorhalskreften og strålebehandlingen (Jacobsen, 2017).

### **5.3.5 Inkludering av partner**

Livmorhalskreftens og strålebehandlings konsekvenser angår ikke bare kvinnen, men også en eventuell partner. En kvinne i studiet til (Sekse et al., 2015) rapporterte at hun ikke hadde fått informasjon om behandlingens mulige konsekvenser for hennes seksualitet. Hun og partneren opplevde store problemer i deres seksuelle relasjon og de følte begge på skuffelse og sinne over at de ikke hadde fått slik informasjon før behandling. Majoriteten av kvinnene i studiet til Vermeer et al. (2016) mente at en eventuell partner burde bli involvert i informasjon om seksuell helse etter livmorhalskreft og behandling. I samme studiet rapporterte noen kvinner at de følte på skyld overfor partner på grunn av deres nedsatte seksuelle lyst, mens andre følte seg presset av partner til å ha sex eller opplevde at partneren ikke aksepterte deres seksuelle begrensninger. Sykepleier bør derfor oppfordre en eventuell partner til å delta når informasjon skal gis, slik at paret får en felles forståelsesramme av hvordan livmorhalskreften og strålebehandlingen kan komme til å påvirke relasjonen og deres seksualliv (Borg, 2017).

### **5.3.6 Ivaretagelse av pasienten med begrenset tid**

Tidsmangel rapporteres som en utfordring av noen sykepleiere i studiene til (Vermeer et al., 2015; Williams et al., 2017). Informasjonsformidling krever tid og kan derfor i en poliklinisk kontekst være en utfordring (Reitan, 2017). Avsatt tid til å snakke om seksualitet med sykepleier var etterlyst blant kvinnene i studiet til (Sekse et al., 2015). Mangel på tid kan i tillegg gjøre at sykepleier ikke får tid til å verifisere om pasienten har forstått informasjonen og pasienten ikke får stilt de spørsmålene hun har (Reitan, 2017). På den annen side hevder Eide og Eide (2012) at begrenset tid ikke nødvendigvis er en forutsetning for å ha en god samtale, men at begrenset tid faktisk kan bidra til at både sykepleier og pasient fokuserer på

det viktigste. Ved begrenset tid bør sykepleier i så fall gjøre pasienten oppmerksom på hvor mye tid som er avsatt. Dette er viktig for at pasienten skal få anledning til å stille spørsmål og oppklare uklarheter innenfor den avsatte tiden (Eide & Eide, 2012).

#### **5.4 PLISSIT-modellens relevans i informasjon og veiledning**

PLISSIT-modellen er hyppig beskrevet i sykepleielitteraturen (Borg, 2017; Dahl, 2016; Gamnes, 2016; Helland, 2015; Jerpseth, 2016; Sigaard, 2003), som en nyttig kommunikasjonsmodell å bruke i møte med og i håndteringen av pasienters seksualitet og seksuelle problemer. Offentlige publikasjoner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 26; Helsedirektoratet, 2017, s. 21) trekker også frem modellen. Jeg vil derfor i dette delkapitlet drøfte hvordan PLISSIT-modellen kan benyttes for å ivareta den seksuelle helsen til kvinner som får strålebehandling mot livmorhalskreft.

##### **5.4.1 Tillatelse (P)**

Sett opp mot pasienters og sykepleieres tabu knyttet til temaet seksualitet, er det relevant å trekke inn PLISSIT-modellens første nivå, tillatelse (P). Ved at sykepleier tar initiativ og oppmuntrer pasienten til å sette ord på egne bekymringer, viser man overfor pasienten at seksualitet er et relevant og viktig tema som man er åpen for å snakke om (Borg, 2017; Helland, 2015). Sykepleier kan også ved å gi pasienten tillatelse til å snakke om temaet, senke terskelen for at pasienten tar det opp på eget initiativ på et senere tidspunkt (Almås & Benestad, 2017). Derimot er det en viktig forutsetning at sykepleier selv er åpen for å snakke om temaet. Sykepleier bør på forhånd ha reflektert over egne holdninger og fordommer, slik at sykepleier klarer å ha en profesjonell holdning i møte med pasienten (Almås & Benestad, 2017).

##### **5.4.2 Begrenset informasjon (LI)**

Å gi pasienten generell informasjon om hvordan livmorhalskreften og strålebehandlingen kan komme til å påvirke kvinnens seksuelle helse, hører til PLISSIT-modellens andre nivå, begrenset informasjon (LI) (Borg, 2017). Sett i lys av drøftingen i kapittel 5.3, er det en del hensyn som sykepleier bør ta for å formidle begrenset informasjon på best mulig måte. For å ivareta hele pasientens seksuelle helse, er det viktig at sykepleier har et holistisk perspektiv med tanke på informasjonen som gis (Graugaard et al., 2006). Dette kan for eksempel innebære at sykepleier informerer pasienten om at hun etter strålebehandling kan oppleve fysiske plager som tørre og såre slimhinner som kan føre til smerter under samleie (Jerpseth, 2016), at fysiske endringer kan bidra til et endret kroppsbilde og psykiske plager (Hagen &



Onsrud, 2015) og at seksuelle relasjoner og/eller forhold til en eventuell partner kan påvirkes negativt (Cleary, McCarthy & Hegarty, 2012). I tillegg er det viktig at sykepleier setter av tilstrekkelig tid til å informere (Helland, 2015), finner et passende tidspunkt og sted for samtalen, at informasjonen også gis skriftlig (Jerpseth, 2016) og at sykepleier forsikrer seg om at pasienten har forstått informasjonen (Helsepersonelloven, 1999, § 10; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-5).

### **5.4.3 Spesifikke råd (SS)**

Spesifikke råd innebærer at sykepleier gir konkrete råd til pasienten basert på pasientens opplevde seksuelle problemer (Helland, 2015). For å kunne gi spesifikke råd (tiltak), må sykepleier kartlegge hvordan livmorhalskreften og strålebehandlingen påvirker kvinnens seksuelle helse (Helsedirektoratet, 2016b). Spesifikke råd kan innebære informasjon og veiledning om bruk av dilator for å forebygge sammenvoksinger av vagina etter gjennomgått strålebehandling eller gjenopptakelse av samleie (Borg, 2017). Agger (2006) hevder at utdeling av seksuelle hjelpemidler, alltid bør følges opp med en invitasjon til å prate om seksualitet. Hvis ikke kan det medføre utrygghet og misforståelser hos pasienten. Dersom kvinnen opplever skjedetørrehet, kan sykepleier gi råd om å bruke vannbasert glidemiddel ved samleie og/eller dilatering (Jacobsen, 2017). Ved underlivsplager relatert til nedsatt østrogenproduksjon, kan sykepleier i samråd med lege informere pasienten om bruk av lokale østrogenpreparater (Gamnes, 2016). Ved seksuelle problemer i parrelasjonen, bør sykepleier gi råd til kvinnen og partneren om at seksuell tilfredsstillelse kan oppnås på andre måter enn penetrasjon (Helsedirektoratet, 2017). Som ved all annen informasjon, må sykepleier forsikre seg om at informasjonen er forstått (Helsepersonelloven, 1999, § 10; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-5) og sørge for at pasienten får med seg hjelpemidler eller forsikre seg om at pasienten vet hvor hun selv kan kjøpe det (Jacobsen, 2017).

### **5.4.4 Intensiv terapi (IT)**

Dersom det avdekkes behov hos kvinnen som sykepleier ikke har tilstrekkelig kompetanse på selv, må sykepleier bidra til at pasienten blir henvist til for eksempel sexolog eller psykolog (Almås & Benestad, 2017). Eksempler på slike utfordringer kan være samlivsproblemer og psykiske vansker. Samtidig hevder en sykepleier i studiet til Williams et al. (2017) at det å henvise kvinnen til spesialisert kompetanse, for noen kan være en måte å fraskrive seg ansvaret på, fordi man selv opplever at det er ubehagelig å snakke med kvinnen om seksualitet. Henvisning bør med andre ord ikke bli en «unnskyldning» for ikke bidra i

ivaretagelsen av pasientens seksuelle helse, men er nødvendig i situasjoner hvor sykepleier selv ikke besitter nødvendig ekspertise.

#### **5.4.5 Kan PLISSIT-modellen bidra til å ivareta pasientens seksuelle helse?**

Ifølge (Helland, 2015, s. 879) er PLISSIT-modellen kritisert fordi den ikke tilrettelegger «(...) for refleksjon og forhandling mellom pasient og helsepersonell og for å være basert på en ensidig biomedisinsk tilnærming». Hordern (2008) hevder dessuten at PLISSIT-modellen er gammeldags og i beste fall kan ses på som et forhistorisk fremskritt i arbeidet med å fremme kommunikasjon om seksualitet.

I studiet til Barbera et al. (2011) beskrives det at PLISSIT-modellen ble brukt for å «lokke fram» og utforske pasientens bekymringer relatert til seksuell helse. I dette studiet var majoriteten av pasientene godt fornøyd med klinikkens ivaretagelse av den seksuelle helsen. Det bør likevel nevnes at ved første konsultasjon vurderte sykepleier pasienten ved bruk av Sexual Function Vaginal Changes Questionnaire (SVQ) og en tilpasset versjon av Supportive Care Framework (SCF) hvor både fysiske, psykososiale, informative og praktiske områder var inkludert. Dette tyder på at SHARE-klinikken er bevisst på at livmorhalskreft og behandling kan forårsake både psykiske, fysiske og sosiale problemer for pasienten og at de ulike aspektene derfor må kartlegges for best mulig å kunne ivareta den individuelle pasientens seksuelle helse. Funn fra SHARE-klinikken kan tyde på at PLISSIT-modellen kan være en nyttig kommunikasjonsmodell for sykepleier, men at den krever at sykepleier selv er bevisst på det holistiske perspektivet som er nødvendig i ivaretagelsen av kvinnens seksuelle helse (Graugaard et al., 2006). Sist, men ikke minst, krever modellen at sykepleier anerkjenner ivaretagelse av pasientens seksuell helse som en naturlig del av sykepleieutøvelsen (Sigaard, 2003, s. 84) og at sykepleier innehar de nødvendige kunnskaper, eller vet å henvise til spesialisert kompetanse når egen kompetanse er utilstrekkelig, for å hjelpe pasienten på en forsvarlig og omsorgsfull måte (Helsepersonelloven, 1999, § 4).

## 6 KONKLUSJON

Seksualitet er et grunnleggende behov gjennom hele livet, men kan ifølge både fag- og forskningslitteraturen være et tabubelagt og vanskelig tema både for pasient og sykepleier. Studier som er undersøkt i denne besvarelsen viser at mange pasienter opplever barrierer relatert til håndtering og mestring av seksuelle bekymringer og spørsmål. Tilsvarende rapporterer en del sykepleier om utfordringer knyttet til egne barrierer i dialog med pasienten om pasientens seksuelle helse. I sum bidrar både pasientens og sykepleierens barrierer til utfordringer knyttet til ivaretagelsen av pasientenes seksuelle helse. Manglende åpenhet rundt temaet seksualitet kan bidra til å underbygge pasientens tabu. I denne besvarelsen argumenterer jeg for at sykepleier bør ta initiativ til dialog om pasientens seksuelle helse for å ivareta pasientens seksuelle helse på best mulig måte. Jeg mener også at sykepleier har et etisk og lovpålagt ansvar for å ta initiativ, til tross for eventuelle egne barrierer.

I poliklinisk praksis møter sykepleier på kvinner som, på grunn av livmorhalskreft og strålebehandling, vil kunne oppleve både fysiske, psykiske og/eller sosiale konsekvenser som gjensidig påvirker deres seksuelle helse. Seksuell helse er dermed et komplekst tema som krever en holistisk tilnærming fra sykepleier. Pasientens individuelle behov bør stå i sentrum ved informasjonen og veiledning for at pasienten skal oppleve informasjonen som relevant. Dialogen bør legge til rette for en tillitsfull og trygg relasjon slik at pasienten kan være oppriktig om sin egen situasjon og behov. Virkemidler for å møte pasienten med en profesjonell holdning innebærer at sykepleier har eller tar ansvar for å tilegne seg nødvendige kunnskaper, er åpen, fordomsfri, viser hjelpsomhet, lytter, responderer på og tar initiativ, er engasjert og bruker et forståelig språk som ikke trækker over pasientens grenser. Informasjonen bør ideelt sett formidles på et egnet sted, med tilstrekkelig avsatt tid. I poliklinisk sammenheng, med begrenset tid til hver pasient, kan lite tid være en utfordring både ved etablering av et trygt tillitsforhold og med tanke på informasjonsutveksling. Ved begrenset tid bør sykepleier forsøke å ivareta en profesjonell holdning og gjøre pasienten oppmerksom på hvor mye tid som er avsatt. Sykepleier bør også oppmuntre en eventuell partner til å delta når informasjon gis.

Det er viktig med god informasjon gjennom hele sykdomsforløpet og informasjon tidlig i sykdomsforløpet er vist å kunne forebygge senere seksuelle problemer. Samtidig bør sykepleier ha et bevisst forhold til når pasienten er mottagelig for å motta informasjon, da

pasienten kan være i en stressende situasjon i forbindelse med strålebehandling. At sykepleier kartlegger og imøtekommer pasientens informasjons- og veiledningsbehov, er essensielt for at informasjonen skal oppleves som nyttig for pasienten. I tillegg til muntlig informasjon bør pasienten få skriftlig informasjon. Dette er hensiktsmessig både fordi pasienten kanskje ikke er mottakelig for all informasjonen som gis der og da, men også fordi informasjon kan tas med hjem til en eventuell partner. Uansett informasjonsform, har sykepleier et ansvar for å sørge for at informasjonen er forstått.

PLISSIT-modellen er hyppig beskrevet i faglitteraturen som en nyttig kommunikasjonsmodell i møte med og i håndteringen av pasienters seksualitet og seksuelle problemer. Det er i fag- og forskningslitteraturen rettet kritikk mot modellen, hvor det hevdes at den har et for biomedisinsk fokus og ikke tilrettelegger for dialog og refleksjon mellom pasient og sykepleier. Resultater fra SHARE-klinikken, hvor PLISSIT-modellen ble benyttet, viste at kvinnene som fikk hjelp ved klinikken var fornøyde med informasjonen og hjelpen de fikk. Sykepleieren ved klinikken kartla ved første konsultasjon pasientens seksuelle helse ved bruk av kartleggingsverktøy og dialog med pasienten. Dette kan indikere at PLISSIT-modellen kan være et godt egnet verktøy, men at sykepleier som jobber ved gynekologisk poliklinikk i tillegg bør ha en holistisk tilnærming, samt kartlegge pasientens informasjons- og hjelpebehov. Dette er særlig relevant for å kunne gi spesifikke råd (SS). I tillegg fordrer bruk av modellen at den enkelte sykepleier anerkjenner ivaretagelse av seksuell helse som en del av sykepleieutøvelsen.

## Referanseliste

- Agger, N. P. (2006). Kræft og seksualitet. I C. Graugaard, B. Møhl & P. Hertoft (Red.), *Krop, sykdom & seksualitet* (s. 261-282). København: Hans Reitzels Forlag.
- Almås, E. & Benestad, E. E. P. (2017). *Sexologi i praksis* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Bakker, R., Mens, J., Groot, H., Tuijnman-Raasveld, C., Braat, C., Hompus, W., ... Laman, M. S. (2016). A nurse-led sexual rehabilitation intervention after radiotherapy for gynecological cancer. *Supportive Care in Cancer*, 25(3), 729-737.  
<https://doi.org/10.1007/s00520-016-3453-2>
- 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 (New York, N.Y.)*, 18(12), 1327-1333.  
<https://doi.org/10.1097/gme.0b013e31821f598c>
- Bertelsen, B. I. (2017). Patologisk-anatomiske undersøkelser. I T.-A. Hagve (Red.), *Undersøkelser ved sykdom* (2. utg., s. 81-91). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bjørk, I. T. & Breievne, G. (2016). Kropp og velvære. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Grunnleggende behov* (3. utg., bd. 2, s. 13-43). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Borg, T. (2017). Seksualitet. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie : Pasient - Utfordring - Handling* (4. utg., s. 120-131). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Christoffersen, L., Johannesen, A., Tufte, P. A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Cleary, V. & Hegarty, J. (2011). Understanding sexuality in women with gynaecological cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 15(1), 38-45.  
<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2010.05.008>
- 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. <https://doi.org/10.1080/07347332.2012.703767>
- Dahl, A. A. (2016). *Kreftsykdom : Psykologiske og sosiale perspektiver*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, H. & Eide, T. (2012). *Kommunikasjon i relasjoner : Samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Folkehelseinstituttet. (2016, 5. februar 2016). Om HPV (humant papillomavirus). Hentet fra <https://www.fhi.no/sv/vaksine/hpv/hpv-vaksine-til-unge-kvinner/hpv-og-kreft/>
- Folkehelseinstituttet. (u.å.). MeSH på norsk og engelsk. Hentet fra <http://mesh.uia.no/>
- Gamnes, S. (2016). Seksualitet og helse. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Grunnleggende behov* (3. utg., bd. 2, s. 373-407). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Gjessing, R., Borg, T. & Dahl, A. A. (2013). Problemer med seksualiteten. I *Kreftoverlevende : Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv* (2. utg., s. 87-108). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Graugaard, C., Møhl, B. & Hertoft, P. (2006). Krop, sykdom og seksualitet. I C. Graugaard, B. Møhl & P. Hertoft (Red.), *Krop, sykdom og seksualitet* (s. 9-36). København: Hans Reitzels Forlag.
- Hagen, B. & Onsrud, M. (2015). Maligne svulster. I J. M. Maltau, K. Molne & B.-I. Nesheim (Red.), *Obstetikk og gynekologi* (3. utg., s. 283-297). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Haraldsen, I. (2010). Seksualitetens betydning for helse og velvære. I F. Skårderud, S. Haugsgjerd & E. Stänicke (Red.), *Psykiatriboken : Sinn - kropp - samfunn* (s. 422-432). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helland, Y. (2015). Seksualitet. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie : Sykepleieboken 1* (5. utg., s. 861-886). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022)*. Hentet fra [https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi\\_seksuell\\_helse.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Leve med kreft : Nasjonal kreftstrategi (2018-2022)*. Hentet fra [https://www.regjeringen.no/contentassets/266bf1ecc38940888a589ec86d79da20/regjerings\\_kreftstrategi\\_180418.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/266bf1ecc38940888a589ec86d79da20/regjerings_kreftstrategi_180418.pdf)
- Helsebiblioteket. (2016). Søkeord. Hentet 1. april 2019 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/sokeord>
- Helsedirektoratet. (2016a). *Gynekologisk kreft – handlingsprogram : Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av gynekologisk kreft* (IS-2462). Hentet fra

- <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1230/IS-2462-Handlingsprogram-gynekologisk-kreft.pdf>
- Helsedirektoratet. (2016b). *Pakkeforløp for livmorhalskreft* (IS-2504). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Pakkeforl%C3%B8p%20for%20livmorhalskreft.pdf>
- Helsedirektoratet. (2017). *Seneffekter etter kreftbehandling. Faglige råd*. (IS-2551). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1276/Seneffekter%20etter%20kreftbehandling-IS-2551.pdf>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Hordern, A. (2008). Intimacy and Sexuality After Cancer: A Critical Review of the Literature. *Cancer Nursing*, 31(2), E9-E17. <https://doi.org/10.1097/01.NCC.0000305695.12873.d5>
- Håkonsen, K. M. (2017). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Jacobsen, A. M. L. (2017). Sykepleieutfordringer ved kreft i kvinnelige kjønnsorganer. I A. M. Reitan & T. K. Schølberg (Red.), *Kreftsykepleie : Pasient - Utfordring - Handling* (4. utg., s. 604-613). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Jerpseth, H. (2016). Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5. utg., s. 133-168). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Jetne, V. (2017). Strålebehandling. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie : Pasient - Utfordring - Handling* (4. utg., s. 400-422). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Kreftforeningen. (2015). Livmorhalskreft. Hentet 31. mars 2019 fra <https://wpstatic.idium.no/kreftforeningen.no/2018/08/livmorhalskreft-1opplag-feb15-w.pdf>
- Kreftregisteret. (2018a). *Cancer in Norway 2017 - Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway*. Hentet fra <https://www.kreftregisteret.no/globalassets/cancer-in-norway/2017/cin-2017.pdf>
- Kreftregisteret. (2018b, 29. oktober). Livmorhalskreft. Hentet 5. desember 2018 fra <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Fakta-om-kreft/Livmorhalskreft/>

- Kristensen, G. (2017). Kreft i kvinnelige kjønnsorganer. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie : Pasient - Utfordring - Handling* (4. utg., s. 588-613). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Kristensen, G. (2018). Svulster i kvinnelige genitalia. I E. Schlichting & E. Wist (Red.), *Kreftsykdommer - en basisbok for helsepersonell* (5. utg., s. 312-326). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoff, A. (2016). Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 401-418). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Landmark, B., Almås, E., Brurberg, K. G., Fjeld, W., Haaland, W., Hammerstrøm, K. T., ... Reinart, L. M. (2012). *Effekter av seksualterapeutiske intervensjoner for seksuelle problemer* (Rapport nr. 2-2012). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.  
Hentet fra [https://fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2012/revidert\\_rapport\\_2012\\_seksuell\\_helse.pdf](https://fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2012/revidert_rapport_2012_seksuell_helse.pdf)
- Levin, A. O., Carpenter, K. M., Fowler, J. M., Brothers, B. M., Andersen, B. L. & Maxwell, G. L. (2010). Sexual morbidity associated with poorer psychological adjustment among gynecological cancer survivors. *International Journal of Gynecological Cancer*, 20(3), 461-470. <https://doi.org/10.1111/IGC.0b013e3181d24ce0>
- Lorentsen, V. B. & Grov, E. K. (2016). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5. utg., s. 397-436). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Matzo, M., Graham, C., Troup, C. L. & Ferrell, B. (2014). Development of a Patient Education Resource for Women With Gynecologic Cancers. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 18(3), 343-348. <https://doi.org/10.1188/14.CJON.343-348>
- McCallum, M., Lefebvre, M., Jolicoeur, L., Maheu, C. & Lebel, S. (2012). Sexual health and gynecological cancer: conceptualizing patient needs and overcoming barriers to seeking and accessing services. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 33(3), 135-142. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2012.709291>
- Molven, O. (2016). *Sykepleie og jus* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Juridisk.
- Norsk senter for forskningsdata. (u.å.). Register over vitenskapelige publiseringskanaler. Hentet fra <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>
- Norsk sykepleierforbund. (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere : ICNs etiske regler. Hentet fra [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)



- 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. 17-39). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Oncolex. (u.å.-a). Adjuvant postoperativ stråleterapi ved livmorhalskreft. Hentet 16. april 2019 fra <http://oncolex.no/PROSEDYRER-ONCOLEX/BEHANDLING/Straleterapi/Gyn-cervix-Adjuvant-straleterapi?procedureSearchText=str%C3%A5leterapi>
- Oncolex. (u.å.-b). La oss dele det vi kan. Hentet 31. mars 2019 fra <http://oncolex.no/NDOmOncolex.aspx>
- Oncolex. (u.å.-c). Primær stråleterapi ved livmorhalskreft. Hentet 31. mars 2019 fra <http://oncolex.no/PROSEDYRER-ONCOLEX/BEHANDLING/Straleterapi/Gyn-cervix-Primar-straleterapi?lg=procedure>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Reitan, A. M. (2017). Klinisk kommunikasjon. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient - Utfordring - Handling* (4. utg., s. 104-119). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Schjølberg, T. K. (2017). Endret kroppsbilde. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie : Pasient - Utfordring - Handling* (4. utg., s. 132-143). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Sekse, R. J. T., Råheim, M. & Gjengedal, E. (2015). Shyness and Openness - Common Ground for Dialogue Between Health Personnel and Women About Sexual and Intimate Issues After Gynecological Cancer. *Health Care for Women International*, 36(11), 1255-1269. <https://doi.org/10.1080/07399332.2014.989436>
- Sigaard, L. (2003). *Seksualitet - en omsorgsdimensjon*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk: Pasient- og pårørendeopplæring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tveiten, S. (2018). Empowerment og brukermedvirkning: Sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis* (2. utg., s. 237-258). Bergen: Fagbokforlaget.

- U.S. National Library of Medicine. (u.å.). Medical Subject Headings 2019. Hentet fra <https://meshb.nlm.nih.gov/search>
- Vermeer, W. M., Bakker, R. M., Kenter, G. G., Stiggelbout, A. M. & ter Kuile, M. M. (2016). Cervical cancer survivors' and partners' experiences with sexual dysfunction and psychosexual support. *Supportive Care in Cancer*, 24(4), 1679-1687. <https://doi.org/10.1007/s00520-015-2925-0>
- Vermeer, W. M., Bakker, R. M., Stiggelbout, A. M., Creutzberg, C. L., Kenter, G. G. & ter Kuile, M. M. (2015). Psychosexual support for gynecological cancer survivors: Professionals' current practices and need for assistance. *Supportive Care in Cancer*, 23(3), 831-839. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2433-7>
- WHO. (2006). *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva*. Hentet fra [http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender\\_rights/defining\\_sexual\\_health.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health.pdf)
- WHO. (u.å.). Cervical cancer. Hentet fra <https://www.who.int/cancer/prevention/diagnosis-screening/cervical-cancer/en/>
- Williams, N. F., Hauck, Y. L. & Bosco, A. M. (2017). Nurses' perceptions of providing psychosexual care for women experiencing gynaecological cancer. *European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society*, 30, 35-42. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2017.07.006>
- Wyller, V. B. (2014). *FRISK : Cellebiologi, anatomi og fysiologi* (3. utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Ye, S., Yang, J., Cao, D., Lang, J. & Shen, K. (2014). A systematic review of quality of life and sexual function of patients with cervical cancer after treatment. *International Journal of Gynecological Cancer*, 24(7), 1146-1157. <https://doi.org/10.1097/IGC.000000000000207>