



Seksualitet og livmorhalskreft

Hvordan kan sykepleier veilede pasienter med livmorhalskreft om utfordringer knyttet til seksualitet etter gjennomgått strålebehandling?

Kandidatnummer: 682
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i emne 14B

Antall ord: 9431
Dato: 23.04.2019



ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 23.04.2019
Tittel: Seksualitet og livmorhalskreft	
<p><u>Problemstilling:</u> Hvordan kan sykepleier veilede pasienter med livmorhalskreft om utfordringer knyttet til seksualitet etter gjennomgått strålebehandling?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv:</u> Det teoretiske kunnskapsgrunnlaget bygger på sykepleierens ansvars- og funksjonsområder, herunder den undervisende sykepleiefunksjonen som innebærer, informasjon, undervisning og veiledning. Deretter presenteres relevant lovverk og etikk. Videre blir det anvendt teori om livmorhalskreft, strålebehandling, bivirkninger knyttet til strålebehandling, seksualitet og den didaktiske relasjonsmodellen.</p> <p><u>Metode:</u> Metoden er en litteraturstudie. Det blir anvendt relevant fag- og forskningslitteratur for å belyse problemstillingen. Forskningsartiklene som er blitt anvendt i oppgaven er i hovedsak funnet gjennom søk i databasen Cinahl. Annet relevant pensum og litteratur er funnet på biblioteket ved Lovisenberg Diakonale Høgskole.</p> <p><u>Drøfting:</u> Den didaktiske relasjonsmodellen brukes som mal for drøftingen. Det sykepleiefaglige kunnskapsgrunnlaget og oppgavens anvendte teori drøftes opp mot funnene i forskningsartiklene for å besvare problemstillingen; «hvordan sykepleier kan veilede pasienter med livmorhalskreft om utfordringer knyttet til seksualitet etter gjennomgått strålebehandling». Oppgaven drøfter hva som kan påvirke en veiledningssituasjon, hva sykepleier må ta hensyn til og hva som er viktig for innhold i veiledningen.</p> <p><u>Konklusjon:</u> Funn fra studier som er blitt anvendt i oppgaven tyder på at pasienter har et behov for informasjon og veiledning om seksualitet etter livmorhalskreft, og ønsker at sykepleier skal ta initiativ til slike samtaler. Veiledningen som gis i dag er ikke tilstrekkelig for kvinnen og hennes partner. Sykepleier har et ansvar for å gi veiledning og informasjon til kvinnen om slike bivirkninger knyttet til sykdom og behandling. Sykepleier må derfor ha kunnskap om hva seksualitet innebærer og hvilke senskader kvinnene kan møte som følge av livmorhalskreft og strålebehandling. Den didaktiske relasjonsmodellen er et godt hjelpemiddel i møte med denne pasientgruppen.</p>	

(Totalt antall ord: 274)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	2
1.2	Presentasjon av problemstilling	2
1.3	Målgruppe og kontekst	2
1.4	Avgrensning og presisering av problemstilling	2
1.5	Oppgavens disposisjon	3
2	Teoretisk kunnskapsgrunnlag	4
2.1	Livmorhalskreft	4
2.1.1	Strålebehandling	5
2.1.2	Bivirkninger	5
2.2	Seksualitet	6
2.3	Lovverk og yrkesetiske retningslinjer	7
2.4	Sykepleierens funksjonsområder	8
2.5	Den didaktiske relasjonsmodellen	9
3	Metode	12
3.1	Valg av metode	12
3.2	Litteratursøk og søkehistorikk	12
3.2.1	Tabell 1: viser søkestrategi på anvendt forskning	14
3.3	Kildekritikk	15
3.4	Etiske vurderinger	16
4	Presentasjon av forskningsartikler	17
4.1	Tabell 2: artikkelmatrise	17
5	Drøfting	19
5.1	Didaktisk relasjonsmodell som mal for drøfting	19
5.1.1	Læreforutsetninger	19
5.1.2	Rammefaktorer	21
5.1.3	Mål	23
5.1.4	Innhold	24
5.1.5	Valg av veiledning- og undervisningsmetode	27
5.1.6	Vurdering	28
6	Avslutning	30
	Referanseliste	31

1 Innledning

I 2017 var det 33 564 nye krefttilfeller i Norge (Kreftregisteret, 2018a). 316 av disse var kvinner som ble rammet av livmorhalskreft, hvorav 95 døde av denne sykdommen. Dette gjør denne kreftformen til er den tredje mest hyppige kreftformen kvinner rammes av og den vanligste blant kvinner under 35 år (Kreftregisteret, 2018b). I løpet av de siste 50 årene har antall kreftoverlevende økt. Dette som følge av at flere rammes av kreft, samt at sjansen for å overleve har bedret seg ved noen kreftformer (Larsen, Møller & Ursin, 2019). Seksualitet er et av menneskers grunnleggende behov som blant annet påvirkes av kreftsykdom og behandling (Gamnes, 2016). Seksualiteten kan skades under fysisk og psykisk stress forårsaket av sykdom. Flere og flere kreftpasienter kureres og mange lever lenger med kronisk sykdom. Dette innebærer at pasienten og deres partner også har behov for veiledning og informasjon når det gjelder deres seksuelle helse (Borg, 2017). Det er derfor viktig å informere pasienten tidlig i behandlingen om utfordringer knyttet til seksualitet (Ratner, Richter, Jane Minkin & Foran-Tuller, 2012). Mange helsepersonell vegrer seg for å snakke om seksualitet med pasientene og deres partnere. Årsaker til dette er blant annet at sykepleierne synes det er et ubehagelig tema å ta opp, samt mangel på tid og kunnskap. Når sykepleier unngår å snakke åpent om seksualitet med pasientene, styrkes fordommene om at seksualitet ikke lenger gjelder for denne pasientgruppen. Sykepleier har en viktig oppgave i å være til hjelp på dette området når pasienten har behov for det (Borg, 2017). Jerpseth (2016) belyser at når seksualiteten påvirkes av skader i kjønnsorganet, må sykepleier selv ta initiativ til å snakke med kvinnen og partneren hennes om utfordringer som oppstår som følge av kreftbehandlingen. I en studie gjort i ved et universitetssykehus i Norge oppga kvinnene at kroppslige forandringer knyttet til seksualitet og intimitet ikke ble tatt opp, selv om de hadde behov for slik informasjon (Sekse, Råheim & Gjengedal, 2015).

«Snakk om det!» er en strategi for seksuell helse utgitt av Helse- og omsorgsdepartementet i 2016. Helse- og omsorgsminister Bent Høie er i ledelsen av strategien som har som mål å sikre god seksuell helse i befolkningen. Det er mangel på tilgang til informasjon og veiledning om seksuelle problemer som følge av sykdom og behandling i helsetjenesten. Senvirkninger knyttet til seksualitet etter gjennomgått behandling for kreft er et lite omtalt tema (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Min inspirasjon til å skrive om dette emne startet da jeg så dokumentaren og leste bloggen til Thea Steen. Hun offentliggjorde sin kreftdiagnose og frontet Kreftforeningens «Sjekk-deg-kampanje», rettet mot unge kvinner for å motvirke livmorhalskreft. Dette har gitt økt oppmerksomhet rundt livmorhalskreft og ført til at over 72 000 flere kvinner har tatt livmorshalsprøve (Kreftforeningen, 2018b). Da jeg startet å jobbe på avdeling for gynekologisk kreft på Radiumhospitalet ble interessen for dette området desto større. Da fikk jeg inntrykk av at dette temaet i liten grad ble tematisert. Med denne oppgaven ønsker jeg å tilegne meg ytterligere kunnskap om livmorhalskreft, samt undersøke hvordan man som sykepleier kan ta opp temaet seksualitet i løpet av behandlingsprosessen. Forskningslitteratur understøtter dette, og beskriver at pasienter opplever lite fokus rundt temaet seksualitet, og at sykepleier unngår å prate om det. Hensikten med denne oppgaven er derfor å belyse hvordan sykepleier gjennom sitt ansvar- og funksjonsområde kan veilede kvinner om utfordringer knyttet til seksualitet etter gjennomgått strålebehandling for livmorhalskreft.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Hvordan kan sykepleier veilede pasienter med livmorhalskreft om utfordringer knyttet til seksualitet etter gjennomgått strålebehandling?

1.3 Målgruppe og kontekst

Jeg har valgt å avgrense oppgaven til å omhandle kvinner over 18 år med livmorhalskreft som har gjennomgått strålebehandling. Fokuset vil være på ettervirkninger behandling kan gi, og hvordan disse endringene påvirker kvinnens seksualitet. Pasienten kan enten være innlagt på sykehus i behandlingsperioden, eller få oppfølging poliklinisk (Oslo universitetssykehus, 2018). På bakgrunn av egen erfaring har jeg valgt konteksten til å være på sengeposten for gynekologisk kreftavdeling, og gjelder for kvinner under behandling av livmorhalskreft. Her vil sykepleier møte ulike pasienter og veiledning må derfor tilpasses til den enkelte.

1.4 Avgrensing og presisering av problemstilling

I denne oppgaven har jeg valgt å avgrense til kvinner som har fått livmorhalskreft for første gang, og som derfor har et stort behov for informasjon og veiledning. Livmorhalskreft behandles ut fra utbredelse og type svulst pasienten har, enten i form av kirurgi, strålebehandling eller cellegift alene, eller en kombinasjon av disse (Jerpseth, 2016, s. 153).

På bakgrunn av oppgavens omfang er fokuset rettet mot strålebehandling og de bivirkninger det gir. Omfanget av utfordringer knyttet til seksualitet er rettet mot fysiske bivirkninger som kan oppstå som følge av strålebehandling. Med dette menes seksualitet og samliv, og jeg velger å ikke gjøre rede for hvordan andre aspekter ved seksualitet påvirkes. I oppgaven skilles det ikke mellom de ulike bivirkningene kvinnen kan rammes av. Oppgaven inkluderer partner til kvinnen. Dette fordi de påvirkes av tematikken, samt at de kan være en verdifull ressurs for kvinnen i denne fasen (Dahl, 2016). Partner til pasienten kan enten være mann eller kvinne. Fruktbarhet vil være et sentralt tema for de yngste pasientene. Hos kvinnelige kreftoverlevende reduseres sjansen for å kunne bli gravid etter behandling (Kiserud, Brydøy & Fosså, 2019). På bakgrunn av oppgavens omfang vektlegges ikke fertilitet i oppgaven. Pasienten omtales som «pasient», «kvinnen» eller «hun» videre i oppgaven.

1.5 Oppgavens disposisjon

Oppgaven er delt inn i seks hovedkapitler, henholdsvis innledning, teoridel, metodedel, drøftingsdel og til slutt en avslutning. Innledningen har som hensikt å vekke leserens interesse og gi en innføring om hva oppgaven inneholder. I teoridelen vil jeg legge frem relevant teori om livmorhalskreft, strålebehandling, bivirkninger og seksualitet. Videre følger teori om lovverk, yrkesetiske retningslinjer, sykepleierens funksjonsområder og den didaktiske relasjonsmodellen. I metodedelen vil det fremlegges valg av metode, litteratursøk, søkehistorikk, kildekritikk og etiske vurderinger. Deretter følger en presentasjon av anvendte forskningsartikler. Drøftingsdelen er skrevet med den didaktiske relasjonsmodell som mal. Her drøftes funn og resultater fra forskningsartiklene, med relevant teori og egne erfaringer opp mot problemstillingen. Avslutningsvis legges det frem en kort oppsummering av oppgavens viktigste punkter og funn, før referanselisten presenteres.

2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

2.1 Livmorhalskreft

Livmorhalsen, cervix uteri, ligger i den nedre delen av livmoren og forbinder vagina og livmor (Sand, Sjaastad, Haug & Bjålie, 2018, s. 603). Livmorhalskreft er en sykdom som utvikler seg i overgangen mellom plateepitel og sylinderepitel i livmorhalsen (Jerpseth, 2016). Den eneste kjente årsaken til livmorhalskreft er en infeksjon med visse typer humant papillomviruset (HPV-virus). Spesielt er type 16 og 18, er onkogene, som vil si at de kan delta i kreftutviklingen (Kristensen, 2017). En vedvarende infeksjon med HPV-virus over lenger tid kan føre til celleforandringer som ubehandlet kan føre til utvikling av kreftceller (Kristoff, 2016). Livmorhalskreft utvikler seg langsomt i de fleste tilfeller over flere år, og går gjennom ulike stadier med ulik alvorlighetsgrad. Et slikt forstadium går under betegnelsen cervikal intraepitel neoplasi (CIN), og deles inn i tre alvorlighetsgrader (Jerpst, 2016; Kristoff, 2016). I Norge inngår HPV-vaksinen i barnevaksineprogrammet og er et tilbud for jenter i 12-årsalderen. Dette skal være med på å forebygge forstadier med celleforandringer (Kreftforeningen, 2018a).

Kvinnens seksualvaner har sammenheng med risikoen for å utvikle livmorhalskreft fordi HPV-viruset smitter ved seksuell kontakt. Omtrent 70 prosent av alle kvinner smittes av HPV-viruset i løpet av livet, men i 90 prosent av tilfellene kvitter kroppen seg med viruset på egenhånd. Rundt 10 prosent får celleforandringer som behandles (Folkehelseinstituttet, 2019). Tidlig seksuell debut og mange seksualpartnere øker risikoen for å utvikle sykdommen. Uregelmessig menstruasjon og blødning fra skjeden i forbindelse med samleie eller fysisk aktivitet, samt blodig og illeluktende utflod er de første symptomene som melder seg ved livmorhalskreft. Smerter, anemi, vekttap, appetittløshet, tretthet eller uremi fremtrer senere i sykdomsforløpet. Livmorhalskreft kan metastasere til omkringliggende vev og organer som vagina, urinblære og rektum. Det kan også spres via blodbanen til lunger og lever, og via lymfebanene til lymfeknuter (Kristensen, 2017). Alle kvinner i alderen mellom 25 og 70 år får tilbud om såkalt cytologisk prøvetaking (celleprøve der man tar en vevsbit fra livmorhalsen) hvert tredje år, dette for å tidlig oppdage celleforandringer så tidlig som mulig i sykdomsforløpet (Jerpseth, 2016).

2.1.1 Strålebehandling

Livmorhalskreft kan behandles kirurgisk, med strålebehandling og cellegift, eller med en kombinasjon av disse. Hvilken type behandling pasienten skal ha avhenger av type svulst og utbredelse (Jerpseth, 2016). Strålebehandling er, etter kirurgi, den nest viktigste behandlingen mot kreft. Rundt 40-55 prosent av kreftpasienter behandles med stråling, og benyttes både som kurativ og palliativ behandling (Jetne, 2017, s. 400). I strålebehandling overføres energi fra en energikilde til kreftsvulsten. Det vil si at vevet påføres en høy dose energi, og kreftcellenes DNA ødelegges. Dersom det totale dosen er høy nok, dør også cellene. Ved livmorhalskreft bestråles hele det lille bekkenet, som innebærer både tumor og lymfeknuter. Dette kalles for ekstern, eller utvendig stråling (Kristensen, 2017, s. 595). Ulempen med å bruke ekstern strålekilde er at også friskt vev som strålene passerer gjennom på vei til svulsten, ødelegges. Normale celler i friskt vev har imidlertid større evne til reparasjon etter at strålebehandlingen er avsluttet, enn kreftcellene har (Bertelsen, Hornslien & Thoresen, 2016). Denne behandlingen kombineres ofte med intrakavitær brachyterapi, som er en form for innvendig stråling og vil si at strålekilden plasseres i eller tett ved vevet som skal bestråles. På denne måten får kreftsvulsten høy stråledose, mens vevet rundt belastes i mindre grad (Jetne, 2017, s. 417). Pasienten vil vanligvis i første omgang få et bestemt antall doser med utvendig stråling, etterfulgt av fire doser med brachyterapi (Oslo universitetssykehus, 2019). Strålebehandlingen vil ha økt effekt når pasienten får cellegift sammen med stråling. En slik kombinasjon har resultert til økt overlevelse for livmorhalskreftpasienter (Kristensen, 2017, s. 595).

2.1.2 Bivirkninger

Utfordringer knyttet til seksualitet er større ved strålebehandling enn ved kirurgi ved livmorhalskreft (Gjessing & Dahl, 2019). Seneffekter av strålebehandling omtales som bivirkninger som varer i minst 1 år, eller oppstår først senere, av og til først etter 10-20 år (Fosså, Hølmebakk, Smeland & Fosså, 2019). Slike bivirkninger kan påvirke pasientens seksuelle funksjon (Borg, 2017).

Tidlige bivirkninger som følge av strålebehandling er hudirritasjon som sårhet, ømhet og rødhet. Noen pasienter opplever også å få diaré og kvalme, avhengig av hvilket organ som bestråles. Tretthet er en vanlig bivirkning som følge av generell kroppslig påvirkning fra strålene. Disse bivirkninger opptrer normalt 2-4 uker etter avsluttet behandling (Bertelsen, Hornslien & Thoresen, 2016).

De vanligste senvirkningene relatert til strålebehandling ved livmorhalskreft er tretthet, tørrhet i skjeden, sammenvoksinger, nedsatt lyst, smerter ved samleie og tidlig overgangsalder (Borg, 2017). Strålebehandling av livmorhalskreft kan føre til atrofi av vaginalslimhinnen og fibrose av vaginalveggen, noe som skader elastisiteten (Kristensen, 2017). Blodforsyning til kjønnsorganene reduseres, noe som resulterer i stivhet (Gjessing & Dahl, 2019). Dette kan resultere i en kort og trang vagina, som dermed påvirker den seksuelle funksjonen. Omtrent halvparten av pasientene oppgir at de rammes av slike bivirkninger. Noen pasienter opplever å komme tidlig i overgangsalderen og rammes av infertilitet som følge av strålebehandling (Kristensen, 2017). Ved utskrivelse kan pasientene få med seg en plaststav, kalt en dilator, til å dilatere skjeden en periode i etterkant av gjennomgått strålebehandling. Dette er et hjelpemiddel som skal være med på å forebygge dannelse av sammenvoksinger (Jerpseth, 2016).

2.2 Seksualitet

Seksualitet er et bredt begrep som omfatter flere aspekter av mennesket. En oversatt definisjon av seksualitet defineres som:

Et sentralt aspekt ved å være menneske gjennom livet omfatter kjønn, kjønnsidentiteter og roller, seksuell orientering, erotikk, nytelse, intimitet og reproduksjon. Seksualitet er opplevd og uttrykt i tanker, fantasier, ønsker, tro, holdninger, verdier, atferd, praksis, roller og relasjoner. Mens seksualitet kan inkludere alle disse dimensjonene, er ikke alle av dem alltid opplevd eller uttrykt. Seksualitet påvirkes av samspillet mellom biologiske, psykologiske, sosiale, økonomiske, politiske, kulturelle, juridiske, historiske, religiøse og åndelige faktorer (World Health Organization, 2006).

Seksualitet er integrert som en del av å være menneske. Det er et begrep som både omfatter fysiologiske, psykologiske og sosiale dimensjoner (Gjessing & Dahl, 2019, s.104). WHO sin definisjon av seksualitet omfatter alle dimensjoner av seksualitet. I denne oppgaven vektlegges de fysiske aspektene siden dette representeres den største trusselen mot kreftpasienters seksuelle helse. Å ha en diagnose med kreft kan true seksualitet og samliv fordi det er en stor stressituasjon for mange (Borg, 2017).

Seksualiteten kan påvirkes av sykdom og behandling. Fysiologiske prosesser som hormonproduksjon, nerveforsyning og blodproduksjon er vesentlige faktorer som bør være tilstede for å opprettholde et tilfredsstillende genitalt seksualliv. Når kreft behandles med kirurgi, strålebehandling, kjemoterapi og hormonbehandling, eller kombinasjoner av disse, påvirkes de fysiologiske prosessene. Dette vil derfor føre til konsekvenser for pasientens seksualitet (Borg, 2017). Veiledning om utfordringer knyttet til seksualitet som følge av strålebehandling hos pasienter med livmorhalskreft er noe som kan bidra til økt forståelse, bedret seksuell helse og mestring av sin nye livssituasjon (Almås & Benestad, 2017, s. 69).

2.3 Lovverk og yrkesetiske retningslinjer

Sykepleierens funksjon og ansvar i kreftbehandling styres av juridiske, etiske og faglige retningslinjer, blant annet spesialisthelsetjenesteloven, pasient- og brukerrettighetsloven, helsepersonelloven og yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Schjølberg, 2013).

Spesialisthelsetjenesteloven (1999) sier at opplæring og informasjonsgivning er en av sykehusets viktigste oppgaver. Sykepleier er forpliktet til å informere pasienten som har gjennomgått kreftbehandling om mulige bivirkninger som kan forekomme. Dette ifølge Pasient- og brukerrettighetsloven §3-2 (1999) som sier at «pasienten skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger». Dette vises også gjennom yrkesetiske retningslinjer som sier at «sykepleieren skal fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått» (Norsk sykepleierforbund, 2011).

I henhold til pasient- og brukerrettighetsloven (Pasient- og brukerrettighetsloven, §3-1) fremkommer det at pasienten har rett til å medvirke i helsehjelpen pasienten mottar. Det vil si at pasientens ønsker og behov skal vektlegges, så langt det lar seg gjøre, ved utforming av tjenestetilbudet (Pasient- og brukerrettighetsloven, §3-1). Pasient- og brukerrettighetslovens formål er å sikre lik tilgang på helsetjenester av god kvalitet til pasienter og brukere av helse- og omsorgstjenesten. Videre presiseres det at loven skal fremme tillitsforholdet mellom pasient og helse- og omsorgstjenesten, fremme trygghet og ivaretagelse av respekt og pasientens liv, integritet og menneskeverd (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §1-1). I Pasient- og brukerrettighetsloven står det skrevet at alle pasienter har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §2-1b).

Sykepleieutøvelsen reguleres gjennom Helsepersonelloven som er sykepleierens profesjonslov. Denne sier at sykepleiefunksjonen innebærer helsefremmende, forebyggende, behandlende, rehabiliterende og miljøterapeutiske sykepleietiltak til syke pasienter eller pasienter som har behov for pleie og omsorg (Molven, 2016, s. 17). Ifølge Helsepersonelloven §4 (1999) skal helsepersonell utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Det vil si at sykepleier har et ansvar om å sørge for tilstrekkelig faglig kompetanse for å kunne veilede pasienten etter gjennomgått behandling. Dersom ikke de faglige kvalifikasjonene er tilstrekkelige skal helsepersonell innhente bistand eller henvise videre slik at pasienten blir behandlet av noen med adekvat kompetanse (Molven, 2016).

Sykepleie til kvinner rammet av kreft må være kjennetegnet av omsorg, samt emosjonell, praktisk og sosial støtte (Jerpseth, 2016, s. 154). Dette understøttes av de yrkesetiske retningslinjene, som sier at sykepleier blant annet har et ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom, understøtter mestring hos pasienten og ivaretar den enkeltes behov for helhetlig omsorg (Norsk sykepleieforbund, 2011). Sykepleier har med andre ord et ansvar om å informere og bevisstgjøre pasienten om egen seksualitet, dette for å styrke pasientens følelse av læring, mestring og aksept av sin nye livssituasjon. Helsepersonelloven og Pasient- og brukerrettighetsloven sier sammen at livmorhalskreftpasienten har rett på informasjon, faglig forsvarlig behandling og omsorgsfull hjelp av sykepleiere i sin behandling.

2.4 Sykepleierens funksjonsområder

Sykepleierens ansvars- og funksjonsområder omhandler hvordan sykepleier tilnærmer seg og ivaretar pasienter på. Dette innebærer at sykepleier både har en funksjon som er forebyggende, helsefremmende, behandlende, lindrende, rehabiliterende, undervisende og veiledende, administrerende og ledende. Den undervisende sykepleiefunksjonen handler om å informere, undervise og veilede pasienter og pårørende, samt studenter og medarbeidere. Det innebærer et ansvar om å hjelpe pasienten til å øke kunnskap om sin sykdom og å mestre konsekvensene av behandling (Nortvedt & Grønseth, 2016). Med sykepleier sin veiledende funksjon kan sykepleier forsøke å veilede kvinnen om utfordringer knyttet til kreftbehandling, samt bevisstgjøre om hvilke virkninger dette har for hennes seksualitet. Temaet seksualitet kan være utfordrende for kvinnen å ta opp på egenhånd. Dette fordi det blir sett på som et

tabubelagt område (Jacobsen, 2017). Sykepleier sin veiledende funksjon vil derfor være relevant for min problemstilling. En viktig del av sykepleierens fagområder er å gi informasjon og veiledning om seksualitet og de bivirkninger strålebehandling kan gi. Ved å gjøre det tiltatt å snakke om seksualitet kan sykepleier åpne opp for dialog med pasienten. Gjennom informasjon kan sykepleier forsøke å imøtekomme pasientens behov og møte de utfordringene hun møter (Almås & Benestad, 2017, s. 62).

Veiledning av pasienter er definert som: «en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess som har til hensikt at mestringskompetansen styrkes gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier» (Tveiten, 2016, s. 89). Sykepleier har en viktig oppgave i å legge til rette for at pasienten har riktige forutsetninger for å mestre sine helseutfordringer (Tveiten, 2016). Helseveiledning er en pedagogisk, faglig og kommunikativ prosess med den hensikt å øke læring og mestring hos pasient og pårørende som er rammet av sykdom. Sykepleier har med andre ord en viktig oppgave i å veilede om utfordringer knyttet til seksualitet for kvinner rammet av livmorhalskreft og eventuelt hennes partner. Å veilede vil si å lytte, spørre, motivere, støtte, råde, informere, undervise og prosessvurdere (Christiansen, 2013, s. 15). I behandling av kreftpasienter er informasjon en viktig faktor. Riktig informasjon kan være med å forebygge sykdom og gi pasienten kunnskap til å kunne mestre en ny livssituasjon (Jacobsen, 2017).

Sykepleierens forebyggende og helsefremmende funksjoner er både rettet mot personer som er friske eller spesielt utsatt for helsesvikt, og mot syke. Å fremme helse vil si å styrke pasientenes egne ressurser. Å veilede pasienter om utfordringer knyttet til seksualitet etter strålebehandling er ment å være et forebyggende tiltak (Nortvedt & Grønseth, 2016).

2.5 Den didaktiske relasjonsmodellen

Jeg vil belyse sykepleierens veiledende funksjon ved hjelp av den didaktiske relasjonsmodellen. Didaktisk relasjonstenking er en modell for planlegging og gjennomføring. Den gir en oversikt over forhold helsearbeidere må ta hensyn til når de skal veilede personer i en sårbar situasjon. Modellen legger til rette for at pasientene er delaktige og medvirkende i prosessen. Den didaktiske relasjonsmodellen inneholder seks kategorier som påvirkes av hverandre i en læringssituasjon, og som er gjensidig og avhengig av hverandre. I det følgende beskrives de ulike punktene som inngår i modellen (Tveiten, 2016).

Læreforutsetninger

Læreforutsetninger forteller oss noe om hvem pasienter er, samt hvilke kunnskapsgrunnlag og forståelse hun har om egen sykdom. Forutsetninger for læring handler ikke bare om hva pasienten kan. Det er viktig å trekke inn holdninger, følelser og ferdigheter. Dette virker inn på innhold, metode, hvor og når undervisningen skal foregå (Tveiten, 2016).

Rammefaktorer

Rammefaktorer er for eksempel tid, rom, fysiske forhold og økonomi. Det er med andre ord forholdene rundt pasienten. Rammefaktorer kan både virke positivt og negativt inn på gjennomføringen av undervisningen. Ved planlegging av undervisning er det derfor et poeng at man vurderer rammefaktorene slik at man unngår at utforsatte hendelser forstyrrer (Tveiten, 2016).

Mål

Hensikten med undervisningen er å formidle kunnskap som bidrar til økt kompetanse som igjen kan bidra til mestringskompetanse når det gjelder egen sykdom. Det er et poeng at pasienten er innforstått med hva som er målet med undervisningen. Å ha realistiske mål kan bidra til å oppnå mestringsfølelse og opprettholde motivasjonen. Ved å samarbeide med pasienten om mål legges det også til rette for at pasienten kan medvirke i veiledningen (Tveiten, 2016).

Innhold

Innholdet er basert på hensikten med undervisningen, samt pasientens behov og forutsetninger for læring. Dette er noe som ofte endres og tilpasses underveis, og innholdet formes deretter. Innholdet i en undervisningssituasjon er det fagpersonen, sykepleier i dette tilfelle, som tar hovedansvar for, der pasienten kan være med å bidra i planleggingen. Dette kan i seg selv virke motiverende (Tveiten, 2016).

Valg av veilednings- og undervisningsmetode

Valg av metode i undervisningen begrunnes i læreforutsetningene, hensikten og innholdet. Det kan være et poeng å kombinere ulike metoder, for eksempel skriftlig og muntlig. Å stimulere flere sanser samtidig kan fremme læring (Tveiten, 2016).

Vurdering

Til slutt vurderes det om hensikten med undervisningen er oppnådd. Samtale med pasienten etter undervisning forteller noe om hva pasienten har lært. Det er viktig at man stiller spørsmål på en måte som opprettholder pasientens følelse av likeverd og respekt. Vurderingen forteller om behovet videre oppfølging (Tveiten, 2016).

3 Metode

Metode er definert som en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og å komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder (Aubert, 1985, Dalland, 2017, s. 51). Metoden er med andre ord redskapet som anvendes i det man skal undersøke. Hvilke metoder man anvender gjenspeiler hvilken som egner seg best til å besvare problemstillingen (Dalland, 2017).

Videre i dette kapittelet følger en beskrivelse av valg metode, beskrivelse av søkehistorikk med vedlagt tabell med søkestrategi, kildekritikk og etiske vurderinger.

3.1 Valg av metode

Oppgaven er utformet som en litteraturstudie, og basert på retningslinjer utgitt av Lovisenberg Diakonale Høgskole. I en litteraturstudie anvendes systematisert kunnskap fra skriftlige kilder. Hensikten er å bruke den relevante kunnskapen som er funnet for å kunne belyse oppgavens problemstilling fra ulike perspektiv og dermed bidra til drøfting i oppgaven. Det fremkommer derfor ikke ny kunnskap i en litteraturstudie, men ved å sammenligne forskning fra ulike kilder dannes det nye sider av temaet (Thidemann, 2015). Livmorhalskreft og utfordringer knyttet til seksualitet etter strålebehandling er et tema det er utfordrende å forske på selv, og det er derfor nyttig å benytte seg av andres forskning i oppgaven. Jeg har anvendt fire forskningsartikler som bruker kvalitativ metode. Kvalitativ metode undersøker hvilken mening opplevelser, hendelser og erfaringer har for deltakerne (Thidemann, 2015). Pasientens opplevelser og sykepleierens erfaringer knyttet til temaet seksualitet har vært viktige opplysninger for å belyse problemstillingen i min oppgave.

3.2 Litteratursøk og søkehistorikk

Hensikten med søkeprosessen var å finne artikler som belyser temaet både fra pasientens og sykepleierens side. Jeg ønsket derfor å finne artikler som undersøkte hvilke problemer kvinner opplevde som har gjennomgått strålebehandling og hvordan informasjon om seksualitet var blitt gitt i etterkant av behandling. I tillegg søkte jeg etter artikler som undersøkte sykepleierens holdninger til å ta opp temaet seksualitet. I søkeprosessen har jeg benyttet ulike databaser som Cinahl, PubMed og Google Scholar. Artiklene som er anvendt i oppgaven er funnet i Cinahl, da dette ga best treff. På forhånd har jeg valgt å definere inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier. Dette for å avgrense og tydeliggjøre søket, slik at

jeg får relevante forskningsartikler for min problemstilling (Thidemann, 2015). Inklusjonskriteriene som er benyttet er at forskningen ikke skulle være eldre enn 10 år, fulltekst ved Lovisenberg Diakonale Høgskole, samt at artiklene skulle være fagfelleverderte. Eksklusjonskriterier var forskningsartikler som ikke var norsk- eller engelskspråklige. Søkeordene jeg har brukt ligger vedlagt i egen tabell inspirert av Thidemann (2015, s. 89), men mest brukt er: sexuality, cervix neoplasms, discussion, attitudes communication, nursing practices og nurses. Det ble gjort søk med ulike kombinasjoner med OR og AND. For å komme frem til de valgte forskningsartiklene leste jeg først titlene og abstraktene. Dette for å undersøke om de ville være relevant for min problemstilling.

Faglitteratur

Gjennom søkemotoren Oria fant jeg relevant faglitteratur for problemstillingen min ved hjelp av søkeord som livmorhalskreft, kreft og seksualitet, sykepleie og seksualitet. I denne oppgaven har jeg brukt relevant faglitteratur som pensumlitteratur og litteratur lånt fra biblioteket ved Lovisenberg Diakonale Høgskole. Jeg har benyttet ulike fagbøker, blant annet kreftsykdom, kreftsykepleie, klinisk sykepleie, anatomi, seksualitet, juss, kommunikasjon og veiledning. I oppgaven har jeg i tillegg benyttet meg av verifiserte nettsider som Lovdata, Regjeringen, Kreftforeningen, Kreftregisteret, World Health Organization og Norsk Sykepleierforbund.

3.2.1 Tabell 1: viser søkestrategi på anvendt forskning

Dato	Database	Søkeord	Kombinasjon av søket	Antall treff	Inklusjon/ eksklusjonskriterier	Antall treff	Artikkel
26.11 /18	Cinahl	Cervix neoplasms Sexuality Communication OR psychosexual support	Kombinerer med søkeordene AND	10 treff	Full text	2 treff	Cervical cancer survivors` and partners` experiences with sexual dysfunction and psychosexual support
14.12 /18	Cinahl	Sexuality OR sexual dysfunction Genital neoplasms OR cervix neoplasms OR cervical cancer Discussing OR counseling OR communication OR nursing practice OR improving care	Kombinerer med søkeordene AND	67 treff	Siste 10 år (2008-2018) Engelsk språk Full text	12 treff	Women wishes and need for knowledge concerning sexuality and relationships in connection with gynecological cancer disease
07.01 /19	Cinahl	Cervix neoplasms Sexuality OR sexual dysfunction	Kombinerer med søkeordene AND	58 treff	Siste 10 år (2008-2018) Engelsk språk Full text	51 treff	The impact of cervical cancer treatment on sexual function and intimate relationship: a crying shame
14.03 /19	Cinahl	Nursing Discussion Sexuality	Kombinerer med søkeordene AND	4 treff	Siste 7 år (2010-2017)	4 treff	Registered nurses` reflections on discussing sexuality with patients: responsibilitys, doubts and fears
14.03 /19	Cinahl	Genital neoplasms Sexuality Professionals OR nurses OR health personnel	Kombinerer med søkeordene AND	11 treff	Siste 10 år (2008-2016) Full text Engelsk språk	8 treff	Psychosexual support for gynecological cancer survivors: professionals`s cyrrrent practices and need for assistance

3.3 Kildekritikk

Kildekritikk vil si å vurdere og karakterisere den litteraturen som er funnet. I tillegg skal det redegjøres for hvilke kriterier som er brukt under utvelgelsen. Hensikten er at leseren skal få del i de refleksjonene man har gjort seg om hvilken relevans og gyldighet litteraturen har når det gjelder å belyse problemstillingen. Kildekritikk betyr at man vurderer i hvilken grad litteraturen man har funnet, lar seg bruke til å beskrive og belyse problemstillingen. I tillegg skal det redegjøres for om hvorvidt litteraturen er oppdatert eller ikke (Dalland, 2017, s. 159).

Faglitteratur

I oppgave har jeg tilstrebet å benytte meg av nyere faglitteratur som er oppdatert i forhold til dagens situasjon. Foruten om lovverket, er denne oppgaven i stor grad preget av sekundærlitteratur, noe som må tas høyde for når litteraturens gyldighet vurderes. Fag- og pensumlitteratur er ofte sekundærlitteratur, som vil si at innholdet allerede er behandlet og tolket om av forfatterne av tekstene. Dette kan påvirke betydningen av det som blir presentert og eventuelle mistolkninger kan videreføres i min oppgave. Jeg anser kildene mine som gyldige og relevante med grunnlag i at dette er pensumlitteratur (Dalland, 2017, s. 162).

Boken "Helsepedagogikk" skrevet av Sidsel Tveiten er blitt hyppig anvendt i oppgaven. Tveiten har utgitt flere bøker om veiledning og er utdannet sykepleier (Tveiten, 2016). Denne boken har vært en nyttig kilde i forhold til veiledning og den didaktiske relasjonsmodellen, som er blitt anvendt i oppgaven. Bokens målgruppe er helsefagstudenter og fagutøvere, men jeg anser boken likevel som relevant for min problemstilling. Dette med grunnlag i at jeg mener at måten å tilnærme seg på i en veiledningssituasjon er lik for disse yrkene.

Forskningsartikler

Jeg anser de anvendte artiklene som sikre da de alle er fagfelleverderte. I søkeprosessen har jeg tilstrebet å finne studier som både tar for seg pasientens og sykepleierens perspektiv om informasjon om seksualitet etter livmorhalskreft. Dette for å belyse flere sider av temaet i drøftingsdelen. Artiklene som er anvendt er fra henholdsvis Europa og USA og relevansen kan derfor knyttes opp til norsk helsevesen. Flere av studiene er fra Skandinavia, noe som styrker oppgaven ytterligere.

Jeg har kun funnet artikler som er av kvalitativ metode. De kvalitative metodene tar for seg meninger og opplevelser som ikke kan måles eller tallfestes, i motsetning til de kvantitative som gir resultater i målbare enheter (Dalland, 2017, s. 52). Dette kan være en svakhet i

oppgaven. Seksualitet er et tabubelagt tema (Jacobsen, 2017) og livmorhalskreft er en relativt liten pasientgruppe (Kreftregisteret, 2018b), og kan derfor være årsak til at en større andel av artiklene er kvalitative.

Jeg har valgt å benytte meg av artikkelen «Women`s wished and need for knowledge concerning sexuality and relationships in connection with gynecological cancer disease» som er fra 2008. Jeg anser den som tidsaktuell da den tar for seg pasientens ønsker og behov om informasjon om seksualitet, noe som samsvarer med annen fag- og forskningslitteratur jeg har funnet om temaet. I noen av artiklene som er blitt anvendt i oppgaven omhandler studiene gynekologisk kreftpasienter generelt. Dette kan være en svakhet i oppgaven. Likevel anses studien som aktuell da livmorhalskreft nevnes som en av kreftformene. Artikkelen «Registered nurses` reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears» tar for seg hvilke tanker sykepleier har om å ta opp temaet seksualitet med pasienter. Den er ikke spesifikt rettet mot gynekologisk kreftpasienter, men jeg anser den likevel som aktuell da den får frem sykepleierens perspektiv om utfordringer knyttet til å ta opp temaet seksualitet. Artikkelen «Psychosexual support for gynecological cancer survivors: professionals` s cyrrrent practices and need for assistance» er en studie som intervjuer 10 gynekologiske onkologer, 10 stråleleger og 10 kreftsykepleiere. Med andre ord inkluderer den ulike faggrupper og helsepersonell, og ikke kun sykepleiere. Likevel anser jeg den som relevant for å belyse min problemstilling da de ulike profesjonene hadde lik tilnærming til utfordringene, samt at studien spesifikt tar for seg seksualitet knyttet til gynekologisk kreft, og spesielt livmorhalskreft. Forskningsartiklene som er blitt anvendt i oppgaven er skrevet på engelsk og oversatt av undertegnede. Innholdet kan derfor bære preg av feiltolkninger.

3.4 Etiske vurderinger

I utarbeidelsen av denne oppgaven har jeg foretatt meg etiske overveielser. Jeg har forholdt meg til retningslinjene for oppgaveskriving utarbeidet av Lovisenberg Diakonale Høgskole. Ved henvisning til egne kliniske erfaringer har jeg tilstrebet å ivareta taushetsplikten ved å anonymisere innholdet (Helsepersonelloven, 1999, §21).

4 Presentasjon av forskningsartikler

I dette kapittelet vil jeg presentere de ulike forskningsartiklene i en artikkelmatrise. Artiklene står i alfabetisk rekkefølge, hvor hensikt, metode og funn beskrives kort. Dette har som hensikt å gi en systematisk og skjematisk oversikt over artiklene som blir anvendt i oppgavens drøftingsdel.

4.1 Tabell 2: artikkelmatrise

#	Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	Hunter, J. (2011).	The impact of cervical cancer treatment on sexual function and intimate relationships: a crying shame	Journal of Gynecologic Oncology Nursing	Undersøke hvilke komplikasjoner som oppstår følge av behandling av livmorhalskreft og hvordan dette påvirket deres seksuelle funksjon og forhold til partner. Studien ønsker også å finne ut hvilke intervensjoner som behøves for å fremme livskvalitet og relasjoner, samt undersøke utfordringer knyttet til samtale om seksualitet.	Kvalitativ metode: semi-strukturerte dybdeintervjuer av 13 kvinner behandlet for livmorhalskreft og 5 partnere i USA. Intervjuene ble gjennomført mellom 6 måneder og 20 år etter behandlingen.	Kvinnene rapporterte om ulike komplikasjoner som følge av livmorhalskreft og behandlingen, blant annet: vaginale forandringer, arrdannelse, tørrhet, smerter relatert til samleie, nedsatt seksuell lyst og vanskeligheter med orgasmeopptak. Kvinnene oppga at de følte seg alene og annerledes fra andre kvinner. De kunne kjenne på infertilitetssorg, frustrasjon i nåværende forhold og frykt for nye relasjoner. Partners frustrasjon ble også trukket frem. Flere av kvinnene snakket om mangel på informasjon og mangel på noen å snakke åpent om problemene sine med. De savnet oppfølging der de kunne snakke åpent om plagene sine.
2	Rasmusson, E.-M. & Thomé, B. (2008).	Women's wished and need for knowledge concerning sexuality and relationships in connection with gynecological cancer disease	Sex Disabil	Undersøke kvinner, som er behandlet for gynekologisk kreft, sine ønsker og behov for kunnskap om seksualitet og parforhold.	Kvalitativ metode: intervju av 11 kvinner behandlet for livmorhalskreft, livmorkreft eller eggstokkreft i Sverige. Intervjuene ble gjennomført i forbindelse med en oppfølgingstime 6-8 uker behandling.	Resultatet fra studiet viser at kvinner med gynekologisk kreft ønsker at helsepersonell skal starte samtale om seksualitet og partnerforhold. Det er viktig er at helsepersonell er åpne og sensitive rundt deres spørsmål, samt at de tilrettelegger for at samtalen finner sted på et passende tidspunkt for kvinnen. Studien sier også at det er viktig at eventuelle partnere inviteres til å delta på disse samtalene, men at dette er på kvinnens vilkår. Sykepleier har en viktig oppgave i å bevisstgjøre og gi kunnskap til om de seksuelle konsekvenser behandling av gynekologisk kreft kan gi.

3	Saunamäki, N. & Engström, M. (2013).	Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears	Journal of Clinical Nursing	Undersøke hvordan sykepleiere tok opp seksualitet med pasientene sine. Dette på bakgrunn av at det er et kjent problem at mange diagnoser og behandlinger har en negativ virkning på seksualitet. Tross i disse faktaene, er det kjent at sykepleiere ikke tar opp disse problemene med pasientene.	Kvalitativ metode: 10 registrerte sykepleiere ble intervjuet i 2010.	Sykepleierne hadde motstridene følelser til å snakke om seksualitet med pasientene sine, og noen lot være å ta opp tema grunnet frykt og forlegenhet. De som tok opp temaet, gjorde dette på grunn av en sterk følelse av det å ville hjelpe. Sykepleiere ga uttrykk for at temaet ikke ble snakket om på grunn av mangel på tid, støtte fra kollegaer og manglende lokale. Forskerne konkluderte med at sykepleierne må kunne bruke kunnskapen sin for å ivareta pasientens seksuelle problem, og at de trenger støtte fra arbeidsstedet. Å ha gode rutiner forsterker oppfatningen om at seksualitet er et tema som er verdt å drøfte med pasientene.
4	Vermeer, W. M., Bakker, R. M., Kenter, G. G., Stiggelbout, A. M. & ter Kuile, M. M. (2015).	Cervical cancer and survivors' and partners' experiences with sexual dysfunction and psychosexual support.	Support Care Cancer	Finne ut hvordan kreft-overlevende og deres partnere opplevde seksuelle utfordringer som følge av kreftbehandling, samt hvordan de erfarte tiltak rettet mot dette i etterkant	Kvalitativ metode: semistrukturerte intervjuer av 30 kreftoverlevende kvinner og 12 partnere behandlet ved Leid University Medical Center Amsterdam eller Academic Medical Center Amsterdam de siste 1-12 årene.	Flere av deltakerne hadde seksuelle utfordringer i etterkant av behandlingen. De fleste av deltakerne rapporterte om å ha blitt spurt om deres seksuelle funksjon, selv om oppmerksomheten rundt dette ofte var begrenset og medisinsk orientert. Fordi seksualitet er et tabu, var det flere av deltakerne som følte seg hemmet til å søke hjelp. Det kommer også frem at mange av deltakerne ønsket informasjon om behandlingseffekter i forhold til seksualitet, råd om slik om utfordringer knyttet til seksualitet og beroligelse om at det er normalt. I tillegg ble det opplyst om at det er verdifullt å involvere partner.
5	Vermeer, W. M., Bakker, R. M., Stiggelbout, A. M., Creutzberg C. L., Kenter, G. G. & ter Kuile, M. M. (2014).	Psychosexual support for gynecological cancer survivors: professionals' current practice and need for assistanse.	Support Care Center	Undersøke (1) helsepersonells nåværende praksis for psykoseksuell støtte (2) barrierer for å gi psykoseksuell støtte og (3) helsepersonells behov for opplæring og assistanse.	Kvalitativ metode: semistrukturerte intervjuer med 30 deltagere, herunder; gynekologiske onkologer, stråleleger og kreftsykepleiere spesialisert på gynekologi. Disse kom fra ni ulike Nederlandske senter for gynekologisk kreft.	Flertallet av helsepersonellet rapporterte om at de hadde diskutert seksualitet minst én gang med hver pasient. En viktig grunn til å diskutere seksualitet var å forsikre pasientene om at det er normalt å oppleve seksuelle bekymringer, samt å gi de en mulighet til å diskutere dette. Helsepersonellet oppga barrierer som forlegenhet og mangel på tid til å gi psykoseksuell støtte. Helsepersonalets forslag for å legge bedre til rette for slike samtaler var blant annet kompetanseopplæring og legge psykoseksuell støtte som en standard i all gynekologisk kreftbehandling.

5 Drøfting

5.1 Didaktisk relasjonsmodell som mal for drøfting

I dette kapittelet drøftes sykepleierens kunnskapsgrunnlag, lovverk, yrkesetiske retningslinjer og oppgavens teoretiske kunnskapsgrunnlag opp mot forskningslitteraturen. Drøftingen skal belyse de ulike sidene av den faglige sykepleiefunksjonen, samt vise evne til systematisk og kritisk refleksjon (Dalland, 2017, s. 228).

Den didaktiske relasjonsmodellen anvendes som mal for drøfting, der den største delen hovedsakelig er knyttet til punkt 5.1.4 innhold. I tillegg vil jeg ta for meg hvilke forhold som kan påvirke veiledningen og hva som tas hensyn til ved valg av veiledningsmetode. Som nevnt i punkt 2.5, så er den didaktiske relasjonsmodellen en helhetsmodell der de ulike punktene påvirker hverandre. Det kan derfor være en utfordring å skille innholdet i hvert punkt fra hverandre. Oppgaven er derfor avgrenset til å inneholde elementer fra det jeg mener er mest relevant for min problemstilling. Drøftingen skal skape diskusjon for og svare på problemstillingen «hvordan kan sykepleier veilede pasienter med livmorhalskreft om utfordringer knyttet til seksualitet etter gjennomgått strålebehandling?».

5.1.1 Læreforutsetninger

Når sykepleier skal planlegge veiledning til pasienten må hun vurdere hvilken tilstand pasienten befinner seg i. Med andre ord må sykepleier undersøke læreforutsetningene. Læreforutsetninger vil si å undersøke pasientens kunnskap om sin sykdom og hvilke behov pasienten har (Tveiten, 2016). Pasientens lærerforutsetninger er individuelt og varier for den enkelte. Dette belyses av Jacobsen (2017) som skriver at utfordringer kvinner med gynekologisk kreft møter varier ut fra kvinnens personlighet, hvor i livet hun er når sykdommen inntraff, prognose for å bli frisk og av hennes egne ressurser og nettverk rundt. Ut ifra egne erfaringer har jeg sett viktigheten av å ha en deltakende partner i behandlingsprosessen. Forskning bekrefter dette, og viser at partnere ønsker å bli inkludert, samtidig som kvinnen ser det som hensiktsmessig at en eventuell partner får informasjon og veiledning om hvordan behandlingen påvirker seksualitet (Rasmusson & Thomé, 2008; Vermeer et al., 2015). Med grunnlag i dette må sykepleier derfor undersøke både kvinnens og en eventuelt partners lærerforutsetninger.

Jacobsen (2017) hevder seksualitet er et tabubelagt område. Det er derfor utfordrende for mange å ta opp tanker og følelser rundt seksualitet med sykepleier på egenhånd (Jacobsen, 2017). Dette belyses i studien til Vermeer et al. (2015), der flere av deltakerne oppga at seksualitet er et tabubelagt område, og at dette hindret de i å søke hjelp. I tillegg fant de at deltagerne ønsket en bekreftelse fra helsepersonell om at det er vanlig å oppleve seksuelle plager i etterkant av behandling. Det er derfor et poeng at sykepleier er åpen for at pasienten kan ytre sine behov, imøtekommer pasienten på en respektfull måte, samt at sykepleier tar initiativ til slike samtaler. Når kroppen utsettes for de påkjenninger strålebehandling gir, er det desto viktigere å ta opp temaet seksualitet. På den ene siden sier de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (Norsk sykepleieforbund, 2011) at «sykepleiere skal ivareta den enkelte pasientens behov for helhetlig omsorg». På den andre siden viser en studie gjort av Saunamäki & Engström (2013) at sykepleierne hadde motstridende følelser om det å snakke om seksualitet med pasientene sine. Grunnet forlegenhet og frykt valgte derfor noen å ikke ta opp temaet. Dette til tross for at 90 % av sykepleierne hadde kunnskaper om at kreftsykdommen kunne påvirke pasientens seksualitet.

Tveiten (2016) hevder at det vil være hensiktsmessig å kartlegge pasientens kunnskapsgrunnlag. Dette kan sykepleier gjøre ved å etterspørre pasienten om hva hun kan om sin sykdom og bivirkninger av behandlingen. Ifølge Jacobsen (2017) er ikke informasjon om hva som angår sykdom og behandling tilstrekkelig. Kvinnene har behov for en invitasjon fra sykepleier for å snakke om sine opplevelser og følelser. På en side belyses det i Rasmusson & Thomé (2008) sin studie at kvinner med gynekologisk kreft ønsker at helsepersonell skal innlede samtaler som omhandler seksualitet og parforhold. Det utypes i studien at det er viktig at helsepersonell, som har ansvar for pasienten, er åpne og varsomme ovenfor de spørsmål som blir stilt. Å stille åpne spørsmål som «er det noe du tenker på eller er opptatt av eller vil spørre om?», vil derfor være hensiktsmessig (Jacobsen, 2017). På en annen side fant Vermeer et al. (2014) at helsepersonellet syntes det var ubehagelig å starte en samtale om temaet, samt at mangel på tid hindret de i å starte samtalen.

En forutsetning for å lære er at pasienten er motivert for å motta kunnskapen som skal presenteres (Tveiten, 2016). Pasienter med en kreftdiagnose vil kunne kjenne på en prosess med sorg, hvor følelsene vil variere mellom håp og skuffelse (Jerpseth, 2016, s. 154). Dette er faktorer som kan være med å påvirke motivasjonen til pasienten i en læringssituasjon. Tveiten (2016) skriver at pasientens motivasjon påvirkes når de opplever sin situasjon som meningsløs og håpløs. Sykepleier er pliktet til å fremme håp, mestring og livsmot hos

pasienten (Norsk sykepleieforbund, 2011). Med grunnlag i dette har sykepleier en viktig oppgave i å legge til rette for at slike temaer tas opp på riktig tidspunkt. Dette for at det skal bli gjort i en situasjon hvor kvinnen er motivert i veiledningssituasjonen.

Sykepleier har en viktig oppgave i å sørge for å formidle veiledning og informasjon på et tidspunkt når pasienten er mottakelig for det. Den første tiden kan være preget av sjokk for kvinnen som har fått en kreftdiagnose (Jerpeseth, 2016). Vermeer et al. (2015) sin studie belyser nettopp dette, og fant at seksualitet ikke var i kvinnenes tanker under behandlingen. Til tross for dette hadde de ønsket å motta informasjon om det. Ifølge Rasmusson & Thomé (2008) må helsepersonell vurdere når det er den beste tiden for hver enkelt kvinne å snakke om sin situasjon med tanke på utfordringer knyttet til seksualitet. God kommunikasjon skulle være preget av evnen til å lytte, tillit og kompetanse hos helsepersonell (Rasmusson & Thomé, 2008). Ut ifra egne erfaringer, vil den første tiden av behandlingsprosessens fokus være rettet mot selve sykdommen og strålebehandlingen, samt de bivirkninger den gir. Jeg har fått erfare at kvinnene i denne perioden er plaget med blant annet slapphet, trøtthet, kvalme og redusert matlyst. Kristensen (2017) belyser dette, og hevder at utmattelse er en av bivirkningene ved strålebehandling. Dette samsvarer med Tveiten (2016) som skriver at symptomer hos pasienten kan virke forstyrrende for i en veiledningssituasjon. Med grunnlag i dette bør sykepleier planlegge tidspunkt for veiledning til når pasientens kliniske tilstand og konsentrasjon er optimal. På denne måten vil pasienten ha best mulig forutsetning for å tilegne seg ny informasjon og delta under veiledningen (Tveiten, 2016).

5.1.2 Rammefaktorer

Rammefaktorer kan både være begrensende eller åpne for muligheter, og kan for eksempel være tid, rom og fysiske forhold. Valg av egnet tidspunkt for veiledning er hensiktsmessig for å nå et optimalt utbytte i læringssituasjonen (Tveiten, 2016). Tid er en sentral rammefaktor som kan begrense og påvirke veiledningen på en negativ måte. Min erfaring med sykepleie til pasienter på en gynekologisk sengepost, er at sykepleiere ofte ikke har tid til å ta opp temaet seksualitet. På en side vil det at pasienten er med på å bestemme valg av tid være fordelaktig da dette gir pasienten mulighet til å medvirke. Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven §3-1 (1999), så har pasienten rett til medvirkning i helsehjelpen hun mottar. Loven utdyper at pasientens ønsker skal prioriteres i utforming av tjenestetilbudet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). Nortvedt & Grønseth (2016) belyser dette, og skriver at sykepleier sin undervisende funksjon er en oppgave sykepleier ikke kan velge vekk. Dette

med grunnlag i pasient- og brukerrettighetsloven (1999) som sier at pasienten har en lovfestet rett til informasjon, og sykepleier kan derfor ikke velge bort denne oppgaven på grunn av mangel på tid. På en annen side er utøvelse av sykepleie ofte preget av tidspress. Dette understøttes av både fag- og forskningslitteratur. Dahl (2016) hevder at mangel på tid var en årsak til at sykepleiere ikke tok opp seksualitet med pasientene sine. Ifølge studiene til Saunamäki & Engström (2013) og Vermeer et al. (2014) hevdet sykepleierne at mangel på tid og et miljø preget av stress var hovedårsaken til å ikke diskutere seksualitet med pasientene. Det å ha god nok tid til å snakke om et slikt viktig tema ble sett på som essensielt, og sykepleierne mente at et slikt tema ikke skulle tas opp når det er travelt. Med grunnlag i dette må sykepleier skape gode rutiner som sikrer at pasientens og pårørendes deltakelse i hele behandlingsforløpet (Nortvedt & Grønseth, 2016).

Min erfaring er at strålebehandling praktiseres ulikt ut fra den enkelte pasient, dette med tanke på sykdomsbilde og allmenntilstand gjennom behandlingen. I noen tilfeller er kvinnen kun innlagt på sengepost for å få den sin innvendige stråling, såkalt brachyterapi. Den utvendige strålingen gjøres poliklinisk der kvinnen er oppholder seg på sykehusets hotell utenom strålingene. Brachyterapi foregår i etterkant av den utvendige strålingen (Oslo universitetssykehus, 2018). Jeg har også fått erfare at kvinnen er innlagt på sengepost for både den utvendige og innvendige strålingen. Dette som følge av nedsatt allmenntilstand og behov for tettere oppfølging. Min erfaring med kvinner som mottar strålebehandling for livmorhalskreft, er at veiledning om seksualitet er mest hensiktsmessig som en del av utskrivningssamtalen. Ifølge Spesialisthelsetjenesteloven (1999) så er opplæring og informasjonsgivning er en av sykehusets viktigste oppgaver. Sett i et slikt lys vil fokuset derfor være på å få informert og veiledet kvinnen før utskrivelse, og deretter henvise videre til spesialist dersom det er behov (Almås & Benestad, 2017).

Sykepleier har en viktig oppgave i å velge et egnet sted hvor veiledning skal skje. Dette for at pasienten skal være i stand til å ta til seg det som skal formidles. Hunter (2011) sin studie fant at kvinnene hadde et behov for å snakke om sine utfordringer på et sted de følte seg trygge og ivaretatt. Pasientrommet kan være et hensiktsmessig sted for veiledning, da pasienten kan oppleve det som trygt å være i kjente omgivelser. Dersom miljøet er preget av lukter eller lyder fra andre pasienter, kan pasientens oppmerksomhet trekkes vekk fra læringssituasjonen og dermed forstyrre muligheten for læring. Forstyrrende elementer i rommet kan føre til at pasienten tilbakeholder tanker, følelser og relevant informasjon, noe som vil hemme en aktiv dialog (Tveiten, 2016). Saunamäki & Engström (2013) belyser at nettopp dette. Sykepleierne

i studien beskrev det som en hindring at pasientene deler rom, blant annet fordi det gir mindre privatliv. Dette er noe jeg har fått erfare selv i praksis. De fleste pasienter deler rom med opptil tre andre pasienter, noe som kan virke hemmende for å ta opp temaet seksualitet som for mange er et privat samtaleemne. Med grunnlag i dette har sykepleier en viktig oppgave i å finne et egnet rom for hvor veiledning skal skje uten forstyrrende elementer og andre tilstede.

Tveiten (2016) skriver at det er viktig at sykepleier tar hensyn til pasientens tilstand når hun vurderer hvor lang tid veiledningen skal ta. Faktorer som smerter, angst, sult og tørste kan reduserer pasientens oppmerksomhet fra veiledningen. Sykepleier har derfor en viktig oppgave i å dokumentere hva som er blitt gjort under veiledningen. På denne måten kan veiledningen fortsette på et senere tidspunkt når pasienten er klar for det. Dersom veiledning må avbrytes grunnet pasientens tilstand, vil det være hensiktsmessig at samme sykepleieren fortsetter veiledningen neste gang (Tveiten, 2016).

Borg (2017) skriver at seksualitet er noe en deler med en annen person. Det er derfor et poeng å inkludere en eventuell partner i veiledningen. Vermeer et al. (2015) belyser viktigheten av å inkludere partnere når informasjon om seksualitet etter strålebehandling skal gis. På denne måten er de både en støtte for kvinnen, samt at de også har behov for og nytte av slik informasjon. Sykepleier må derfor planlegge og legge til rette for at partner kan delta under veiledningen, samt kartlegge behovet for at partner får en individuell veiledning sammen med sykepleier dersom det er ønskelig.

5.1.3 Mål

Målet med veiledning og undervisning er at pasienten skal tilegne seg tilstrekkelig kompetanse om egen sykdom og de bivirkninger med behandling av den gir. Som nevnt i kapittel 2.3 står det skrevet i Pasient- og brukerrettighetsloven §3-1 at sykepleier har en plikt til å informere pasienten om mulige bivirkninger som kan forekomme som følge av behandling. Et overordnet mål må derfor være i samråd med denne retten, som sikrer at pasienten har fått tilstrekkelig informasjon. Disse målene kan ses i tråd med Tveiten (2016) som fastslår at veiledning har som hensikt å bidra til økt kompetanse og mestring. Borg (2017) hevder at all seksuell veiledning bør ha som mål å få pasienten og pasientens partner til å snakke sammen om seksualitet. Dersom pasienten lever alene, vil målet være å hjelpe pasienten til å leve godt med sin seksualitet. En hovedmålsetting med veiledning vil derfor

være å hjelpe pasienten til å bevare sin seksualitet, uavhengig av årsakene til problemet og livssituasjon (Borg, 2017).

Tveiten (2016) hevder at det kan være hensiktsmessig å sette målbare og tidfestede mål. På denne måten kan sykepleier og pasienten ta utgangspunkt i de gitte målene når valg og videre vurderinger overveies. Et konkret mål legger en føring for hva som bør legges vekt på av veiledningens innhold. Videre utdypes Tveiten (2016) at pasienten skal være med i prosessen med å sette mål. Retten til å medvirke står lovfestet i Pasient- og brukerettighetsloven §3-1, som nevnt i kapittel 2.3. Dette innebærer med andre ord at pasientens ønsker og behov skal tas hensyn til ved utforming av målene. I studien Vermeer et al. (2015) ytret kvinnene og deres partnere i hovedsak behovet for informasjon om konsekvenser av behandlingen, samt råd om hvordan håndtere seksuelle utfordringer, og inkluderer partner som en ressurs for kvinnen. Når målene er realistiske vil det være lettere for pasienten å holde motivasjonen oppe, i tillegg til å kunne føle på en mestringsfølelse når målet er nådd (Tveiten, 2016).

Yrkesetiske retningslinjer slår fast at «Sykepleieren skal ivareta den enkeltes behov for helhetlig omsorg» (Norsk sykepleieforbund, 2011). Livmorhalskreft og strålebehandling vil påvirke den seksuelle funksjonen (Jerpseth, 2016). Samtidig betyr nødvendigvis ikke dette at seksualitet er av nedsatt interesse for kvinnen. Gamnes (2016) skriver at seksualitet blir beskrevet som et av menneskers grunnleggende behov. Et mål med veiledning knyttet til utfordringer etter gjennomgått strålebehandling, vil derfor være å ivaretagelse av seksualitet som et grunnleggende behov. Korte liggetider og tidspress på sykehus er faktorer som medvirker til at informasjon og veiledning ofte foregår i den postoperative fasen, der pasienten blir henvist videre til spesialet etter ønske og behov. Min erfaring fra da jeg jobbet på gynekologisk kreftavdeling, er at pasientene i noen tilfeller er innlagt over en kortere periode, og at det derfor er utfordrende å gjennomføre slik mål i realiteten. Sett i et slik lys bør sykepleier henvise kvinnen videre dersom målet om økt kompetanse og kunnskap ikke blir nådd. Dette er lovfestet i Helsepersonelloven §4 (1999) som blant annet sier at helsepersonell skal arbeide ut fra sine egne faglige kvalifikasjoner og henvise pasienten videre dersom det er nødvendig.

5.1.4 Innhold

Ved valg av innhold for veiledningen må den enkelte pasients læreforutsetninger og mål tas i betraktning (Tveiten, 2016). Jerpseth (2016) skriver at sykepleier må gi omsorg ut fra

kvinnens behov. Dette ved å ta utgangspunkt i kvinnens egen opplevelse av sin situasjon. Når sykepleier skal veilede pasienter om seksualitet, kreves det kunnskap om både om de fysiske og psykiske utfordringene pasienten står ovenfor (Borg, 2017). Dette i henhold til de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (Norsk sykepleieforbund, 2011), som sier at all sykepleiepraksis skal være basert på kunnskap. På en side hevder Borg (2017) at tilstrekkelig kunnskap er en vesentlig faktor for å kunne forstå pasienten og sette seg inn i hennes situasjon. På en annen side viser studien til Saunamäki & Engström (2013) at mangel på kunnskap om hvordan ulike diagnoser påvirker pasientens seksualitet, samt at de ikke hadde tilstrekkelig opplæring, hindret de å ta opp temaet. Noen av sykepleierne i studien oppga fravær av støtte fra arbeidsplassen i form av rutiner, og at prosedyrer og veiledning vil vært nyttig.

WHO (2006) definerer seksualitet som en del av menneskers grunnleggende behov og personlighet. Almås og Benestad (2017) skriver at tanker, følelser, handlinger og samspill blir påvirket av menneskets seksualitet. I studien til Rasmusson & Thomé (2008) trekkes det frem at seksualitet er en viktig del av velvære, og at oppmerksomheten rundt seksualitet er en viktig forutsetning for et helhetlig perspektiv. Funnene i Hunter (2011) sin studie viser at kvinnene følte på en sorg i form av tap av forhold, en følelse av å være annerledes, infertilitet, samt en frykt for å være intime i nye forhold. Almås & Benestad (2017) skriver at seksualitet er for mange en sentral side og en stor del av livet. Å stå ovenfor seksuelle utfordringer vil således for mange være en ekstra belastning å bære alene ved siden av annen sykdom. Ved å snakke om slike utfordringer på et tidlig stadium, vil man derfor kunne forberede kvinnen på hva hun kan vente i etterkant av behandling, samt gi råd om hvordan hun på best mulig måte kan mestre disse. Kreftforeningen (2018a) skriver at kvinnens partner også bør få informasjon om temaet. Dette kommer frem i selvvalgt forskningslitteratur, som har undersøkt partners ønsker og behov i forhold til seksualitet etter kreftbehandling (Rasmusson & Thomé, 2008; Vermeer et al., 2015; Hunter, 2011). Sett i et slikt lys er det rimelig å si at sykepleier har en viktig oppgave i å møte pasientens og en eventuell partners behov om seksualitet før hun blir skrevet ut fra sykehuset.

Innhold i veiledningen må omhandle informasjon om hvilke utfordringer knyttet til seksualitet kvinnen kan møte på, samt forslag om tiltak og hjelpemiddel kvinnen kan benytte til forebygging. Som nevnt i kapittel 2.1.2, kan strålebehandling ved livmorhalskreft gi sammenvoksinger i skjeden. Sykepleier har en plikt til å gi informasjon til kvinnen om at slike bivirkninger kan forekomme (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). Gjessing & Dahl

(2019) hevder at det viktigste forebyggende tiltaket mot sammenvoksinger vil være dilatering av skjeden minst to ganger per uke. Fordi mange kvinner verger seg mot dette, må det gis god forklaring og oppfordring på viktigheten av å gjøre det. Innholdet i veiledningen må også innebære den informasjon om at dilatering er viktig nettopp for å forebygge slike sammenvoksinger og dermed sikre en seksuell funksjon. På en side skriver Gjessing & Dahl (2019) at de fleste pasienter i hovedsak er opptatt av diagnose, behandling og prognose i startfasen av en kreftdiagnose. Spørsmålene rundt seksualitet kommer ofte på et senere tidspunkt. På en annen side fant studien til Vermeer et al. (2015) at kvinnene hadde ønsket å ha mottatt informasjon om hvordan seksualitet påvirkes og tiltak rettet mot dette, selv om de ikke hadde tenkt over dette tema under behandling.

Fag- og forskningslitteratur viser både pasient og partneres behov for veiledning og informasjon. Gjessing & Dahl (2019) belyser nettopp dette, og skriver at partnere ønsker å bli trukket inn gjennom informasjon, og hevder at pasienter og partnere blir rammet av de samme psykiske stresssymptomer knyttet til behandling. Dette fordi behandling av livmorhalskreft også påvirker kvinnens seksuelle funksjon og dermed det seksuelle samlivet. I Hunter (2011) sin studie oppga partnerne at de trodde kvinnene sin nedsatte seksuelle lyst var forårsaket av at kvinnene var utro eller at de ikke lenger var forelsket. Noen av de valgte å avslutte forholdet som følge av utfordringer med seksualitet og samliv. De som ble værende i forholdet beskrev at det førte med ytterligere problemer i samlivet. Til sammenligning oppga kvinnene i studien til Rasmusson & Thomé (2008) at det var utfordrende å snakke om den seksuelle situasjon med deres partnere. Dersom helsepersonell hadde gitt informasjon til begge parter samtidig, ville det vært lettere. I tillegg fant studien at kunnskap om slike bivirkninger av strålebehandling var vesentlig for å minimere negative konsekvenser for forholdet. Sett i et slikt lys har sykepleier en viktig oppgave i å sikre at partnere også mottar informasjon om utfordringer knyttet til seksualitet. Som nevnt i kapittel 2.1.2, fører strålebehandling til at skjeden blir trangere og kortere, noe som kan gi smerter ved samleie. Ifølge Jacobsen (2017) så kan problemet lindres ved at paret bruker mer tid under oppvarming, bruk av glidemiddel eller at man velger stillinger som ikke gir smerter. Innholdet i veiledning må derfor innebære informasjon om at en slik bivirkning kan skje, samt hvilke tiltak som kan utføres.

Seneffekter av strålebehandling i form av tretthet, sammenvoksinger, nedsatt seksuell lyst og tidlig overgangsalder er alle plager som kan være på å påvirke kvinnens seksualitet.

Ut fra egen erfaring er slike utfordringer knyttet til seksualitet et tema sykepleier sjeldent tar opp med pasienten. Dette belyses av i studien til Vermeer et al. (2014), som fant at pasientene hadde fått beskjed fra helsepersonell om å ta kontakt dersom de ønsket samtale om seksuelle utfordringer. I tillegg kom det frem i studien at helsepersonellet vurderte pasientene før de tok opp temaet. Dette med tanke på alder, seksuell aktivitet og om de ytret et behov for informasjon. Til sammenligning opplyste både kvinnene i Hunter (2011) og deres partnere om at de ikke mottok informasjon og svar på deres spørsmål, og at helsepersonell ikke tok opp temaet som omhandlet seksualitet. Sykdom og behandling påvirker den enkelte pasient på ulik måte. For å få innsikt i pasientens utfordringer og tanker om seksualitet, er det viktig at sykepleier setter av tid til samtale hvor pasienten gis mulighet til å beskrive sine tanker hun har om hvordan slike utfordringer vil påvirke livet etter behandlingen (Almås & Benestad, 2017, s. 69).

5.1.5 Valg av veiledning- og undervisningsmetode

Ifølge Tveiten (2016) vil en kombinasjon av ulike metoder være hensiktsmessig for å nå målet med veiledningen. Videre hevder hun at sykepleier må møte hver enkelt pasient der hun er, og dermed vurdere hvilken veiledningsmetode som vil være mest nyttig (Tveiten, 2016).

Jacobsen (2017) skriver at informasjon som gis til pasienten, ikke alltid forstås. Dette kommer av at kvinnen ikke har nok kompetanse og kunnskap om hva som sies. Å kun informere via en dialog er derfor ikke godt nok. Jerpseth (2016) utdyper videre at flere kvinner har dårlig kunnskap om anatomi og fysiologi i underlivet, og kan derfor ha nytte av modeller, brosjyrer og tegninger i veiledningen. På denne måten kan sykepleier på en oversiktlig måte vise hvordan organene i bekkenet ser ut og dermed forsøke å få pasienten til å forstå hvorfor flere organer affiseres ved behandling av ett organ (Jacobsen, 2017). Vermeer et al. (2015) sin studie belyser nettopp dette, der deltagerne uttrykte positivitet til skriftlig informasjon. Deltagerne utypet dette med at det var praktisk å ha en skriftlig oversikt, samt at man kunne lese det om igjen ved behov.

Jacobsen (2017) og Jerpseth (2016) hevder at kvinnen kan ha nytte av skriftlig informasjon som et supplement til det muntlige. Sykepleier kan gi informasjonsbrosjyrer om sykdom, behandling, samliv og seksualitet, og dermed be kvinnen se på det om er aktuelt for henne. På denne måten skaper man en dialog om temaet, der kvinnen kan utdype hva som er viktig for

henne å snakke om. Rasmusson & Thomé (2008) sin studie fant at kvinnene ønsket både skriftlig og muntlig informasjon, og at det var viktig at informasjonen ble gitt av en kompetent person i en konfidensiell samtale. Til tross for dette uttrykte kvinnene et utilfredsstillt behov for kunnskap.

Jacobsen (2017) skriver at kvinnen ofte har behov for en «invitasjon» til å starte samtalen med sykepleier. Å be kvinnen spørre om det er noe, er med andre ord ikke tilstrekkelig. Sykepleier bør ha åpne tilnærminger som «har du gjort deg noen tanker når det gjelder samleie?». Det er et poeng at sykepleier utnytter naturlige situasjoner til å prate om sårbare temaer. For eksempel i forbindelse med undervisning i hvordan bruke dilator. Rasmusson & Thomé (2008) fant i sin studie at kvinnene ytret et ønske om at helsepersonell skal innlede samtaler om seksualitet og parforhold, og belyser at det er viktig at helsepersonell er åpne og sensitive ovenfor sine spørsmål.

5.1.6 Vurdering

Ifølge Tveiten (2016) vil det i etterkant av veiledningen være nyttig å undersøke hvilket utbytte pasienten har hatt av læringssituasjonen. Gjennom samtale med pasienten etter veiledning kan sykepleier vurdere dette ved sammen å oppsummere innholdet. Jacobsen (2017) belyser nettopp dette, og skriver at før pasienten skrives ut fra sykehuset, må sykepleier sikre at informasjon som er blitt gitt, også er forstått. I tillegg er det et poeng at sykepleier må tilse at kvinnen har fått med seg en dilator hjem, eller at hun har fått beskjed om hvor et slikt hjelpemiddel kan anskaffes. Når kvinnen ikke har mottatt tilstrekkelig informasjon om at viktigheten av å dilatere skjeden, så kan det medføre til at hun ikke gjør det når hun kommer hjem. Med grunnlag i dette, er det viktig at sykepleier undersøker utbytte pasienten har hatt i etterkant av veiledningen. En dilator kan for mange være ukjent og nytt. Kvinnen vil kunne ha behov for en gjennomgang og eventuelt en demonstrasjon av hvordan man konkret bruker et slikt hjelpemiddel. Som sykepleier er man pliktig til å ivareta den enkeltes pasient verdighet og integritet (Norges sykepleierforbund, 2011). Å stå over pasienten for å undersøke om hun mestrer bruken av et slikt hjelpemiddel, vil både virke krenkende, samt svekke pasientens verdighet og integritet. Sykepleier har derfor en viktig oppgave å finne andre metoder for å undersøke om veiledningen er forstått, for eksempel ved å bruke undervisningsmodeller og dukker. Når sykepleier har fått informasjon om hensikten med veiledningen er nådd, får hun klarhet i hva som må vektlegges videre og eventuelt behovet for videre oppfølging. Rasmusson & Thomé (2008) fant sin studie at kvinnene ikke hadde temaet

seksualitet i tankene den første tiden av sykdomsprosessen. Tankene var fokusert på selve kreften og det å komme seg igjennom behandlingen. Sett i et slikt lys er det rimelig å si at sykepleier har en viktig oppgave i å vurdere pasientens utbytte av læringssituasjonen kontinuerlig, og på denne måten få informasjon om hvilket behov pasienten har for videre veiledning.

Sykepleier har en viktig oppgave i å videreformidle kunnskap, holdninger og ferdigheter som påvirker pasienten til å ta egne valg (Tveiten, 2016). Dette belyses gjennom de yrkesetiske retningslinjene som sier at sykepleieren er pliktet til å gi tilstrekkelig informasjon slik at pasienten gis muligheten til å ta selvstendige avgjørelser over eget liv (Norsk sykepleieforbund, 2011). Ifølge Almås & Benestad (2017) kan veiledning om utfordringer knyttet til seksualitet etter gjennomgått strålebehandling være med på å øke pasientenes livskvalitet og mestring av en ny livssituasjon. Dette understøttes også av de yrkesetiske retningslinjene, som belyser at sykepleieren understøtter håp, mestring og livsmot hos pasienten (Norsk sykepleieforbund, 2011).

6 Avslutning

Hensikten med denne bacheloroppgaven har vært å belyse hvordan sykepleier kan veilede kvinner om utfordringer knyttet til seksualitet etter strålebehandling for livmorhalskreft.

Sykepleier har en rekke funksjoner, hvor sykepleier sin undervisende funksjon som innebærer et ansvar om å undervise, veilede og informere, har vært fokuset i denne oppgaven.

Seksualitet er et av menneskets grunnleggende behov og ifølge Helsepersonelloven (1999) har sykepleier en plikt til å informere og veilede pasienter om utfordringer knyttet til seksualitet ved strålebehandling av livmorhalskreft.

Fag- og forskningslitteratur viser at seksualitet er utfordrende å snakke åpent om for både pasienter og sykepleiere. Kvinnene og deres partnere i studiene rapporterer om at veiledningen ikke er tilstrekkelig på dette området. Det er dokumentert at pasienter som har gjennomgått strålebehandling for livmorhalskreft opplever vaginale forandringer, tørrhet, smerter ved samleie, arrdannelser og sammenvoksinger. Pasienter og deres partnere ytrer et behov om å motta informasjon og veiledning om slike bivirkninger knyttet til seksualitet, og ønsker at sykepleier skal ta initiativ til slike samtaler. Samtidig viser studier at dette i liten grad praktiseres grunnet mangel på tid og lite egnede rom, samt at sykepleiere ikke føler seg komfortable til å ta opp temaet. Dette er faktorer som vil kunne påvirke gjennomføringen av veiledningen.

Den didaktiske relasjonsmodellen er et nyttig hjelpemiddel i møte med pasienter med livmorhalskreft om utfordringer knyttet til seksualitet etter strålebehandling. Når innholdet i veiledningen henger sammen med de behov og mål pasienten har, vil det oppleves som nyttig for pasienten. På denne måten vil pasienten kunne oppnå økt forståelse og kunnskap om egen sykdom, behandling og dens bivirkninger. Sykepleierens veiledende funksjon ved bruk av den didaktiske relasjonsmodellen er godt verktøy for planlegging og gjennomføring for veiledning til pasienter med livmorhalskreft om utfordringer knyttet til seksualitet etter strålebehandling.

Referanseliste

- Almås, E. & Benestad, E. E. P. (2017). *Sexologi i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bertelsen, B., Hornslien, K. & Thoresen, L. (2016). Svulster. I S. Ørn, & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 402-418). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Borg, T. (2017). Seksualitet. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient – Utfordring – Handling*. (4. utg., 1. opplag, s. 120-130). Oslo: CAPPELEN DAMM AS.
- Christensen, B. (2013). Helseveiledning - hva menes? I B. Christiansen (Red.). *Helseveiledning*. (1. utg. s. 13-27). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Dahl, A. A. (med Sørensen, T.). (2016). *Kreftsykdom (psykologiske og sosiale perspektiver)*. (1. utg., s. 232-253). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6. utg., 3. opplag). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Folkehelseinstituttet. (2019). Humant papillomavirus (HPV) genitale infeksjoner – veileder for helsepersonell. Hentet fra: <https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/humant-papillomavirus-hpv-genitale/>
- Fosså, A., Hølmebakk, T., Smeland, S. & Fosså, S. D. (2019). En oversikt over kreftbehandling. I C. E. Kiserud, A. A. Dahl, & S. D. Fossø (Red.), *Kreftoverlevende. Ny kunnskap i et langtidsperspektiv*. (3. utg., s. 28-46). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Gamnes, S. (2016). Seksualitet og helse. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 2*. (3. utg., s. 120-130). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Gjessing, R. & Dahl, A. A. (2019). Problemer med seksualitet. I C. E. Kiserud, A. A. Dahl, & S. D. Fossø (Red.), *Kreftoverlevende: Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv*. (3. utg., s. 104-126). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- 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
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_1
- Hunter, J. (2011). The impact of cervical cancer treatment on sexual function and intimate relationships: a crying shame. *Journal of Gynecologic Oncology Nursing*, 21(2), 22-32. Hentet fra http://content.ebscohost.com/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=104482715&S=R&D=c8h&EbscoContent=dGJyMMTo50SeprM4v%2BbwOLCmr1GeprZSsqa4SLeWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGotFG3qrdLuePfgex44Dt6fIA&fbclid=IwAR1tVvAhPfwQ-ayu9A-p5q492jibIbSszxUKwqc0XPP_fz7W3XwHjB8BWuc
- Jacobsen, A. M. L. (2017). Sykepleieutfordringer ved kreft i kvinnelige kjønnsorganer. A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.). *Kreftsykepleie: Pasient – Utfordring – Handling*. (4. utg., 1. opplag, s. 604-613). Oslo: CAPPELEN DAMM AS.

- 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 Norsk Forlag AS.
- Jetne, V. (2017). Strålebehandling. I A. M Reitan & T. K. Schjølberg (Red.). *Kreftsykepleie: Pasient – Utfordring – Handling*. (4. utg., 1. opplag, s. 120-130). Oslo: CAPPELEN DAMM AS.
- Kiserud, C. E., Brydøy, M. & Fosså, S. D. (2019). Kjønnshormoner og fruktbarhet. I C. E. Kiserud, A. A. Dahl, & S. D. Fossø (Red.), *Kreftoverlevende: Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv*. (3. utg., s. 97-104). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Kreftforeningen. (2018a). Livmorhalskreft. Hentet fra: <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/livmorhalskreft/>
- Kreftforeningen. (2018b). Om Sjekk deg. Hentet fra <https://kreftforeningen.no/sjekk-deg/om-sjekk-deg/>
- Kreftregisteret. (2018a). Fakta om kreft. Hentet fra <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Fakta-om-kreft/>
- Kreftregisteret. (2018b). Livmorhalskreft. Hentet 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., 1. opplag, s. 588-603). Oslo: CAPPELEN DAMM AS.
- Kristoff, A. (2016). Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer. I S. Ørn, & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 402-418). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Larsen, I. K., Møller, B. & Ursin, G. (2019). Kreftoverlevelse i tall. I C. E. Kiserud, A. A. Dahl, & S. D. Fossø (Red.), *Kreftoverlevende. Ny kunnskap i et langtidsperspektiv*. (3. utg., s. 18-27). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Molven, O. (2016). *Sykepleie og jus*. (5. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse. I D.- G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1*. (5. utg., s. 17-39). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Oslo universitetssykehus. (2018). Strålebehandling på Radiumhospitalet. Hentet fra <https://oslouniversitetssykehus.no/behandlinger/stralebehandling?sted=radiumhospital&language=1044&behandling=Livmorhalskreft>
- Oslo universitetssykehus. (2019). Livmorhalskreft. Hentet fra <https://oslo-universitetssykehus.no/behandlinger/livmorhalskreft>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Rasmusson, E.-M. & Thomé, B. (2008). Women`s Wished and Need for Knowledge Concerning Sexuality and Relationships in Connection with Gynecological Cancer Disease. *Sexuality & Disability*. 26(4), 207-208. DOI: 10.1007/s11195-008-9097-5

- Ratner, E. S., Richter, C. E., Jane Minkin, M. & Foran-Tuller, K. A. (2012). How to talk about sexual issues with cancer patients: Beginning the dialogue. *Contemporary OB/GYN*, 57(5), 40-51. Hentet fra <http://content.ebscohost.com/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=108115038&S=R&D=c8h&EbscoContent=dGJyMNHr7ESep7I4v%2BbwOLCmr1GeprRSr6%2B4TK6WxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGotFG3qrdLuePfgeyx44Dt6fIA>
- Sand, O., Sjaastad, Ø. V., Haug, E. & Bjålie, J. G. (2018). *Menneskekroppen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Saunamäki, N. & Engström, M. (2013). Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears. *Journal of Clinical Nursing*, 23(3-4), 531-540. DOI: 10.1111/jocn.12155
- Schjølberg, T. (2013). Sykepleie til pasienter med kreft. I U. Knutstad (Red.). *Utøvelse av kliniske sykepleie. Sykepleieboken 3*. (2. utg., s. 104-158). Oslo: CAPPELEN DAMM AS.
- Sekse, J. T. R., Råheim, M. & Gjengedal, E. (2015). Shyness and openness – common ground for dialogue between health personnel and women about sexual and intimate issues after gynecological cancer. *Health Care for Women International*, 36(11), 1255-1256. DOI: 10.1080/07399332.2014.989436
- Spesialisthelsetjenesten. (1999). Lov spesialisthelsetjenesten (LOV-1999-07-02-61). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61 - KAPITTEL_3
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk. Pasient- og pårørendeopplæring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Verner, W. M., Bakker, R. M., Kenter, G. G., Stiggelbout, A. M., & ter Kuile, M. M. (2015). Cervical cancer survivors' and partners' experiences with sexual dysfunction and psychosexual support. *Supportive Care in Cancer*, 24(4), 1679-1687. DOI: 10.1007/s00520-015-2925-0
- Verner, W. M., Bakker, R. M., Stiggelbout, A. M., Creutzberg, C. L. Kenter, G. G., ter Kuile, M. M. (2014). Psychosexual support for gynecological cancer survivors: professionals' current practice and need for assistance. *Support Care Center*. 23(3), 831-839. DOI: 10.1007/s00520-014-2433-7
- World Health Organization. (2006). *Sexual and reproductive health*. Hentet fra: https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/