



Fra å bli forbundet med et sexleketøy
til å bli et viktig
forebyggende hjelpemiddel

En oppgave om veiledning i bruk av vaginal dilator

Kandidatnummer: 526
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 8507
Dato: 23.04.2019



ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato 23.04.2019
Tittel: Fra å bli forbundet med et sexleketøy til å bli et viktig forebyggende hjelpemiddel	
<p><u>Problemstilling:</u> Hvordan kan sykepleier veilede kvinner med livmorhalskreft om bruk av dilator etter strålebehandling?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv:</u> Det teoretiske perspektivet tar utgangspunkt i sykepleierens kunnskapsgrunnlag og rammeverk. I oppgaven er det anvendt teori om seksualitet, livmorhalskreft, strålebehandling, vaginal dilator, veiledning med den didaktiske relasjonsmodellen, lovverk og yrkesetiske retningslinjer og sykepleiers ansvars- og funksjonsområder, herunder den undervisende og veiledende funksjonen.</p> <p><u>Metode:</u> Bacheloroppgaven er en litterær oppgave. Jeg har tatt i bruk relevant fag- og forskningslitteratur for å belyse og besvare problemstillingen. Det er gjort søk etter fag- og forskningslitteratur. De aktuelle forskningsartiklene er hentet fra databasene Cinahl og PubMed, og er presentert i en egen artikkelmatrise.</p> <p><u>Drøfting:</u> Hvordan sykepleier kan veilede kvinner med livmorhalskreft i bruk av vaginal dilator er drøftet opp mot tre av punktene i den didaktiske relasjonsmodellen. De tre hovedpunktene i drøftingen er hentet fra modellen og benyttet som struktur for drøftingen: pasientens læreforutsetninger, rammefaktorer og innhold. Metode blir også drøftet, men ikke som et eget hovedpunkt. Sykepleiers veiledende funksjon er gjennomgående for hele oppgaven.</p> <p><u>Konklusjon:</u> En god relasjon mellom sykepleier og pasient er viktig for å kunne veilede om bruken av vaginal dilator på en best mulig måte for pasienten. Sykepleiere skal bidra til å øke fokuset på seksualitet hos kvinner med livmorhalskreft. Som sykepleier er man pliktig til å informere og veilede pasientene om bivirkninger og senskader som kan oppstå etter strålebehandling. Studier viser at pasienter ønsker mer informasjon om konsekvensene strålebehandling kan ha for seksualiteten. For lite informasjon og oppfølging fører til at pasientene slutter å bruke den vaginale dilatoren når de kommer hjem. For å kunne utøve en helhetlig omsorg til pasienten må sykepleieren innhente kunnskap om blant annet senskader etter strålebehandling og hvordan det påvirker pasientens seksualitet.</p>	

(Totalt antall ord: 283)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2	Presentasjon av problemstilling.....	2
1.3	Avgrensninger	2
1.4	Kontekst	3
1.5	Begrepsavklaring	4
1.6	Oppgavens disposisjon.....	4
2	Teori.....	5
2.1	Seksualitet – et grunnleggende behov	5
2.2	Livmorhalskreft og strålebehandling.....	6
2.3	Vaginal dilator	6
2.4	Veiledning	8
2.4.1	Den didaktiske relasjonsmodellen	8
2.5	Lovverk og yrkesetiske retningslinjer.....	9
2.6	Sykepleierens ansvars- og funksjonsområder	10
3	Metode	12
3.1	Anvendt metode.....	12
3.2	Litteratursøk og søkehistorikk	12
3.3	Kildekritikk	14
4	Presentasjon av forskningsartikler	16
4.1	Kort oppsummering.....	18
5	Drøfting	19
5.1	Pasientens læreforutsetninger.....	19
5.1.1	Relasjon mellom sykepleier og pasient	19
5.1.2	Informasjonsbehov i ulike faser og ulikt behov for informasjon	20
5.1.3	Pasientens etnisitet.....	22
5.1.4	Barrierer for læring	23
5.2	Rammefaktorer	24
5.2.1	Kontekst og tidens dilemma	24
5.3	Innhold	26
5.3.1	Tilpasset informasjon og veiledning.....	27
5.3.2	Etiske dilemmaer	28
6	Avslutning	29
	Referanseliste	30

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

På verdensbasis er livmorhalskreft den tredje største kreftformen som rammer kvinner. Den skyldes primært smitte med Humant Papillomavirus (HPV), og er den vanligste kreftformen blant kvinner under 35 år. Hvert år rammes omtrent 60.000 kvinner i Europa av livmorhalskreft, og nærmere 30.000 dør av sykdommen. I 2017 ble 316 kvinner i Norge diagnostisert med livmorhalskreft. Forekomsten i Norge er redusert med nærmere 40 prosent siden 1950-tallet, primært fordi Norge har et effektivt screeningtilbud mot livmorhalskreft (Kreftregisteret, 2018).

Samtidig med redusert forekomst øker også antall overlevende kvinner etter livmorhalskreft på grunn av en bedre og mer effektiv behandling. Denne utviklingen har skapt et større behov for kunnskap relatert til bivirkninger etter livmorhalskreft (Sekse, Råheim & Gjengedal, 2015, s. 1255). Seksuelle bivirkninger er den mest vanlige langtids-bivirkningen etter kreftbehandling, og rammer omtrent 50% av kvinnene som overlever livmorhalskreft (Stilos, Doyle & Daines, 2008). Negativ innvirkning på kvinners seksualitet er en av bivirkningene som har fått større oppmerksomhet de siste årene (Sekse et al., 2015, s. 1256).

Siden 2009 har jenter i 7. trinn på barneskolen fått tilbud om HPV-vaksinen som en del av barnevaksinasjonsprogrammet (Kristensen, 2017, s. 593), og siden høsten 2018 har også gutter blitt innlemmet i programmet. Mellom 2016 og 2018 kunne kvinner født etter 1991 få HPV-vaksinen gratis. Kreftformen utvikles langsomt, og det vil trolig ikke være synlige resultater etter HPV-vaksinen før om cirka 15 år (Kreftregisteret, 2018).

I 2015 frontet journalist og blogger Thea Steen en kampanje kalt «Sjekk deg». Med denne kampanjen fikk befolkningen øynene opp for livmorhalskreft. Hun offentliggjorde og blogget om hvordan det var å leve med diagnosen. Kampanjen handlet om forebygging av livmorhalskreft, ved å oppfordre unge til å ta celleprøve og HPV-vaksine (Steen, 2016).

Året etter, i 2016, publiserte Helse- og omsorgsdepartementet en strategi for seksuell helse. Strategien vil bidra til å sikre god seksuell helse i befolkningen. Det er mangelfull tilgang til informasjon og veiledninger om seksuelle problemer i helsetjenesten. Seksuelle problemer

etter gjennomgått behandling for kreft blir derfor sjeldent omtalt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

Mange sykepleiere unngår å snakke om seksualitet med kreftpasienter og partnere. Seksuell veiledning kan for mange oppleves som utfordrende, og er derfor et tema som ofte ikke blir diskutert. Ved at helsepersonell unngår å snakke med pasientene sine om seksualitet, kan dette bidra til å styrke stigmatiseringen rundt temaet, samt at det kan styrke fordommene om at seksualitet er et avsluttet kapittel for denne pasientgruppen (Borg, 2017, s. 126).

Hensikten med denne oppgaven er å belyse hvordan sykepleiere kan veilede kvinner rammet av livmorhalskreft om bruk av vaginal dilator etter strålebehandling. Jeg ønsker å lære mer om livmorhalskreft og hvordan man kan forhindre sammenvoksinger i skjeden. Jeg anser tematikken som relevant i min fremtid som sykepleier, da det er essensielt for en sykepleier å tilnærme seg pasienten på en helhetlig måte med alle de grunnleggende behovene i fokus. På bakgrunn av ovennevnte fakta har jeg valgt temaet seksualitet og livmorhalskreft.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Hvordan kan sykepleier veilede kvinner med livmorhalskreft om bruk av dilator etter strålebehandling?

1.3 Avgrensninger

Listen over hyppige forekommende seksuelle konsekvenser etter livmorhalskreft og strålebehandling er omfattende. Tørrhet, nedsatt lyst, nedsatt orgasmeevne, infertilitet, inkontinens, følelsesnedsettelse, smerter, kvalme, tretthet, hormonelle forandringer, skamfølelse, sammenvoksinger i skjeden, angst og nervøsitet, negativ kroppsoppfattelse, tomhetsfølelse og sosial isolasjon er eksempler på seksuelle konsekvenser som kan oppstå (Idehen, 2013, s. 100). I denne oppgaven har jeg valgt å gå nærmere inn på problemet som omfatter sammenvoksinger i skjeden etter strålebehandling, nærmere bestemt veiledning i bruken av vaginal dilator.

Jeg har valgt å avgrense oppgaven til å omhandle kvinner i alderen 25-69 år. Aldersgruppen er valgt på bakgrunn av Kreftregisterets anbefalende alder for screening (2018). Videre velger jeg å ta for meg kvinner som ikke har gjennomgått kreftbehandling tidligere, da disse kvinnene vil ha et større behov for omfattende veiledning, som vil stille et krav om mye

kunnskap og høy kompetanse hos sykepleieren. Behandlingstypen jeg retter fokus mot i denne oppgaven er strålebehandling, da strålebehandling blir gitt til majoriteten av pasientene med livmorhalskreft (Kristoff, 2018, s. 410).

Fruktbarhet vil være et aktuelt tema for de yngste pasientene. Sannsynligheten for å bli gravid reduseres betraktelig etter strålebehandling (Kiserud & Fosså, 2013). På grunn av oppgavens omfang, velger jeg å ikke vektlegge fertilitet i besvarelsen.

Litteratur beskriver en positiv effekt av å inkludere partner i veiledningen (Dahl & Sørensen, 2016, s. 252). I denne oppgaven har jeg ikke fokus på veiledning med partner, men det vil bli nevnt. Kvinnens partner kan eventuelt være enten kvinne eller mann, én eller flere. Det er viktig å huske på at enslige kvinner også kan ha seksualitet uten en partner (Cleary, Hegarty & McCathy, 2012, s. 36), og jeg velger derfor å ha hovedfokus på kvinnen alene i denne oppgaven.

Som sykepleier er det flere verktøy som kan brukes for veiledning og undervisning. I denne oppgaven har jeg valgt å bruke den didaktiske relasjonsmodellen. Oppgaven min handler om å undervise og veilede kvinner i bruk av vaginal dilator, og den didaktiske relasjonsmodellen er en undervisning- og veiledningsmodell, og sykepleiefunksjonen jeg har valgt å fokusere på i denne oppgaven er den undervisende og veiledende funksjonen. I tidligere oppgaver som omhandler seksualitet, har jeg sett at PLISSIT-modellen har vært hyppig brukt. Den vil ikke bli nevnt i denne oppgaven, da PLISSIT-modellen er en informasjonsmodell, og ikke en veilednings- og undervisningsmodell (Sex og samfunn, 2019). Det er også kjent at PLISSIT-modellen består av fire trinn, og at det kun er de to første trinnene som i utgangspunktet gjelder for sykepleiere. De to siste trinnene er ment for helsepersonell med bredere kunnskap innenfor seksualitet, som for eksempel sexologer (Sex og samfunn, 2019).

1.4 Kontekst

Konteksten vil finne sted på gynekologisk sengepost. For at kvinnen skal kunne åpne seg og snakke om seksualitet er det ofte nødvendig med en god relasjon mellom sykepleier og pasient (Martinsen, 2005). En sengepost vil være et mer egnet sted for å kunne skape en god relasjon, kontra på en poliklinikk hvor man kun møter pasienten 3-4 ganger i året, og det er ikke gitt at du har den samme pasienten for hver kontroll.

1.5 Begrepsavklaring

Begrepsavklaringer vil bli presentert fortløpende i neste kapittel.

1.6 Oppgavens disposisjon

Denne oppgaven er delt inn i seks kapitler. I første kapittel har jeg beskrevet innledning, begrunnelse for tema, presentert problemstilling, avgrensing og kontekst. I kapittel to går jeg inn på det teoretiske kunnskapsgrunnlaget for oppgaven, samt yrkesetiske retningslinjer og lovverk som er relevant. Videre i neste kapittel presenterer jeg metoden for oppgaven og søkehistorikk. I kapittel fire presenteres forskningsartiklene som er brukt i en artikkelmatrise. Kapittel fem er drøftingskapittelet, hvor jeg drøfter hvordan sykepleier kan veilede kvinner med livmorhalskreft om bruken av dilator etter strålebehandling. I siste kapittelet oppsummeres oppgaven og det fattes en konklusjon som besvarer problemstillingen.

2 Teori

2.1 Seksualitet – et grunnleggende behov

Denne oppgaven omhandler seksualitet hos de kvinnene med livmorhalskreft som har gått gjennom strålebehandling. Det er derfor beskrevet litt generelt hva seksualitet er, og seksualitet som et grunnleggende behov. Dette er gjort for å tydeliggjøre oppgavens tema før drøftingen.

Seksualitet er et grunnleggende behov, og er integrert i personligheten som en del av det å være et menneske (Jerpseth, 2016, s. 140). Det finnes flere definisjoner på seksualitet. WHO definerer seksualitet på denne måten:

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

Når vi snakker om seksuell omgang som omhandler kjønnsorganene, brukes gjerne ordet *sex* i dagligtalen. Ordet *seksualitet* har derimot en bredere betydning. Ordets betydning refereres til alle aspekter ved det å være seksuell som person, og ikke bare knyttet til menneskets erotiske aktiviteter (Gamnes, 2016, s. 374), og det er også slik jeg velger å definere seksualitet i denne oppgaven.

Som sykepleier har man et ansvar for at pasientens seksuelle behov skal snakkes om på lik linje med andre grunnleggende behov. Kreftsykdom og behandling kan medføre fysiske forandringer, og dette kan ha en negativ innvirkning på seksualiteten og påvirke pasientens seksuelle helse og livskvalitet etter endt behandling. (Gamnes, 2016, s. 373).

2.2 Livmorhalskreft og strålebehandling

Livmorhalsen er overgangen mellom vagina og livmorhulen. Den danner altså en forbindelseskanal mellom disse (Wyller, 2015, s. 573). Livmorhalskreft er som nevnt i innledningen den vanligste kreftformen hos kvinner under 35 år. Det er primært smitte med HPV som er kreftårsaken. Smitte av HPV er en infeksjon som over flere år kan gi celleforandringer i livmorhalsen. Prosessen er langsom, og de normale cellene forandrer seg til forstadier av kreft, som vil danne en betennelsesreaksjon i slimhinnen. Dette gir sjelden symptomer. I noen av tilfellene vil det utvikles til å bli kronisk, og det er den kroniske betennelsen som gir forstyrrelser i celledelingen og ender i celleforandringer (Kristoff, 2016, s. 409). Ubehandlet vil dette kunne utvikle seg til livmorhalskreft. Forstadiene gir ingen symptomer, men det kan oppstå symptomer som blødninger senere i forløpet. Blødningene kan oppstå som intermenstruell blødning, eller i forbindelse med samleie (Kristensen, 2017, s. 593).

Humant Papillomavirus smittes gjennom seksuell kontakt. Kjente risikofaktorer for å utvikle livmorhalskreft er tidlig seksualdebut og flere seksualpartnere. Sykdommens forekomst varierer, men det er sjeldent å se hos kvinner over 30 år som er i et stabilt parforhold (Kristensen, 2017, s. 592-593).

Tidlige stadier av livmorhalskreft behandles med operasjon, og mere alvorlige stadier behandles ofte med stråling som tilleggsbehandling. I prinsippet er alle stadier av livmorhalskreft sensitive for strålebehandling (Jensen, 2013, s. 134). Strålebehandling forårsaker skader i det vaginale slimhinnevevet, bindevevet og små blodårer. Dette skaper en inflammasjon og ødelegger det vevet som har vært utsatt for stråling (Hatlebrekke, u.å., s. 8). Strålebehandling kan derfor føre til arrdannelser og sammenvoksinger i skjeden. Skjeden vil bli kortere, mindre elastisk og tørrere (Miles, 2012, s. 7). Videre kan det føre til at samleie blir smertefullt eller umulig å gjennomføre (Bruhn, 2013, s. 405). For å forebygge sammenvoksinger etter strålebehandling er bruk av vaginal dilator et viktig verktøy (Hatlebrekke, u.å., s. 8).

2.3 Vaginal dilator

Som nevnt i avsnittet ovenfor kan skjeden vokse sammen dersom man ikke bruker vaginal dilator eller har samleie etter strålebehandling (Hatlebrekke, u.å., s. 8). Det er kjent at å bruke en vaginal dilator strekker den friske huden og stimulerer til celledeling og utvikling av nye

epitelceller (Miles, 2012, s. 11). En vaginal dilator er et seksualteknisk hjelpemiddel, som ser ut som en dildo (Almås & Benestad, 2017, s. 151).

Dilatorer har ulike utforminger etter forskjellige formål og bruksområder (Hatlebrekke, u.å., s. 3). Etter gjennomgått strålebehandling for livmorhalskreft anbefales det at dilatoren har en rund tupp (se figur 1). Dilatoren føres helt inn i skjeden, roteres i begge retninger og skyves med rolige bevegelser til begge sider. Disse bevegelsene dilaterer skjeden (Miles, 2012, s. 11).

Kvinnen bør starte med en størrelse på dilatoren som kan føres inn uten særlig ubehag, ved bruk av rikelig med glidemiddel for å redusere friksjonen (Hatlebrekke, u.å., s. 6). Det er normalt å starte med den minste dilatoren, og deretter øke til en større størrelse som ikke utløser smerter, men som føles komfortabelt å bruke (Miles, 2012, s. 12).

Det er anbefalt at dilatorbehandlingen kan starte to til åtte uker etter gjennomgått strålebehandling, når den akutte inflammasjonsfasen har avtatt, og tilhelingsfasen har begynt. Varigheten på dilatorbehandlingen er individuelt, men det er anbefalt mellom tre minutter to ganger i uken, opp til ti minutter to ganger om dagen. Her må kvinnen selv kjenne etter hva som passer best for henne, da dette er svært individuelt (Miles, 2012, s. 2). For at en dilator skal brukes på riktig måte er det nødvendig at pasienten får veiledning av helsepersonell om hvordan den skal brukes.



Figur 1. Femmax dilatorsett anbefalt for bruk etter strålebehandling for livmorhalskreft (Bilde), (Hatlebrekke, u.å.).

2.4 Veiledning

Denne oppgaven omhandler hvordan sykepleier kan veilede kvinner i å bruke vaginal dilator på riktig måte for å unngå sammenvoksinger. Ordet «veiledning» er et paraplybegrep som omfatter informasjon, rådgivning, veiledning og undervisning. Veiledning innebærer at kunnskap omfordes fra den profesjonelle til brukeren, som i dette tilfellet vil være fra sykepleieren til pasienten (Tveiten, 2016, s. 90).

For å veilede om bruken av vaginal dilator er det flere verktøy sykepleieren kan benytte seg av, og i denne oppgaven har jeg valgt å anvende den didaktiske relasjonsmodellen. Etter mitt syn kan modellen benyttes i møte med pasienter med livmorhalskreft som trenger veiledning i bruk av vaginal dilator etter strålebehandling, da den har klare rammer som legger til rette for en god og planlagt veiledningssituasjon.

2.4.1 Den didaktiske relasjonsmodellen

Den didaktiske relasjonsmodellen er en veiledningsmodell som er et godt hjelpemiddel i flere veiledningssituasjoner. Den består av seks punkter; pasientens læreforutsetninger, rammefaktorer, mål, innhold, metoder og vurdering (Tveiten, 2016, s. 83). I denne oppgaven velger jeg å gå nærmere inn på de fire påfølgende punktene som vil være hovedpunktene i drøftingen: pasientens læreforutsetninger, rammefaktorer, innhold og metoder.

Pasientens læreforutsetninger handler om pasientens forkunnskaper, ferdigheter og holdninger. Forutsetningene vil være avhengig av blant annet alder, modenhet, erfaring, kultur- og språkbakgrunn. Mange pasienter har tilgang på informasjon gjennom internett, men informasjonen de finner om sykdom, behandling og bivirkninger er ikke alltid vitenskapelig bevist. Kunnskapen må vurderes kritisk, og det er ofte ikke lett. Det som er viktig, er hva denne kunnskapen gjør med pasienten og pasientens opplevelse av situasjonen (Tveiten, 2016, s. 84).

Rammefaktorer innebærer forhold som enten hemmer eller fremmer læring. Det omhandler tid og sted, samt forhold for og rundt pasienten som kan påvirke situasjonen. Eksempler på forhold for og rundt pasienten som kan påvirke situasjonen er angst, smerte, fysiske forhold som sult, tørste, ubehagelig stilling og praktiske forhold som at pasienten skal på en undersøkelse senere på dagen, og tankene går til denne undersøkelsen, og kvinnen er derfor ikke i stand til å oppfatte informasjonen som blir gitt (Tveiten, 2016, s. 85-86).

Innholdet bestemmes hovedsakelig av hensikten med veiledningen (Tveiten, 2016, s. 86). I denne oppgaven er hensikten å lære kvinnen å bruke en dilator på riktig måte for å forebygge sammenvoksinger. Når en pasient skal veiledes i en ferdighet eller prosedyre kan de følgende innholdskomponentene være aktuelle: Hva skal læres? Hva er hensikten med prosedyren? Hvordan utføres prosedyren? Hva er det særlig viktig å være oppmerksom på? Når og hvor kan prosedyren utføres? Hva kan gå galt? (Tveiten, 2016, s. 146).

Valg av metode for veiledningen baseres på pasientens læreforutsetninger, hensikt og innhold. Det vil ofte være en god idé å kombinere ulike metoder. Man kan for eksempel fortelle, illustrere, vise bilder eller gi pasienten skriftlig informasjon. Det å stimulere flere sanser samtidig kan være med på å fremme læring hos pasienten (Tveiten, 2016, s. 147-148). Gode veiledningsmetoder for å bruke vaginal dilator på riktig måte kan være dialog, skriftlig materiale og demonstrasjonsmetoden (Tveiten, 2016, s. 148 og 156).

2.5 Lovverk og yrkesetiske retningslinjer

I henhold til helsepersonelloven § 4 (1999) er det et krav at sykepleiere skal utføre arbeidet sitt med faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. Helsepersonelloven pålegger sykepleieren plikter som formuleres som rettigheter for pasienten i pasient- og brukerrettighetsloven (Molven, 2016).

Formålet med pasient- og brukerrettighetsloven er å bidra til lik tilgang på helsetjenester av god kvalitet til den enkelte bruker. Den skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og helsepersonell, fremme trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients integritet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-1). Videre omhandler loven pasienters rettigheter til nødvendig informasjon slik at pasienten skal få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Dette innebærer at pasienten skal informeres om mulige risikoer og bivirkninger, og betydningen dette kan ha for pasientens seksuelle helse (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2). Etter gjennomgått strålebehandling for livmorhalskreft vil pasienten ha behov for informasjon om seksualitet og hvordan sammenvoksinger i skjeden kan forebygges, for å bidra til å kunne øke kunnskap og forståelse, samt fremme mestringsfølelse og trygghet av konsekvensene som følge av sykdom og behandling (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 22).

Helsepersonelloven (1999) og pasient- og brukerrettighetsloven (1999) utgjør samlet sett lovpålagte plikter som sier at pasienter med livmorhalskreft har krav på informasjon, faglig forsvarlig behandling og omsorgsfull hjelp.

All sykepleie bygges på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettigheter. Artikkel 8 i den europeiske menneskerettskonvensjonen sier også at det ikke skal skje noe inngrep i privatlivet til pasienten uten vedkommende sitt samtykke (Den europeiske menneskerettskonvensjonen, 1950, artikkel 8). Yrkesetiske retningslinjer stiller krav til sykepleiere om at sykepleieren blant annet skal holde seg oppdatert om forskning og utvikling innen eget fagområde, samt bidra til at den nye kunnskapen anvendes i praksis (Norsk sykepleierforbund [NSF], 2016).

2.6 Sykepleierens ansvars- og funksjonsområder

Som sykepleier har man fagspesifikke funksjoner og ansvar som skal prege måten man tilnærmer seg og ivaretar pasienter på (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 21). Sykepleieutøvelsen består av syv grunnleggende deler. Det omfatter direkte pasientrettede oppgaver som forebyggende og helsefremmende, behandlende, lindrende og rehabiliterende funksjoner. Sykepleieutøvelsen omfatter også indirekte pasientrettede oppgaver som undervisning og veiledning, administrasjon og ledelse, fagutvikling og forskning (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 22).

I denne oppgaven har jeg valgt å anvende den undervisende og veiledende sykepleierfunksjonen. Sykepleiers undervisende og veiledende funksjon handler om å informere, veilede og undervise pasienter, pårørende, medarbeidere og studenter. Det skal bidra til å fremme trygghet og hjelpe pasienten til å forstå og mestre konsekvensene av sykdom og behandling (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 23). Pasienten har lovfestet rett til informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2), og det gjør at sykepleiere ikke kan velge bort denne sykepleiefunksjonen, for eksempel på grunn av knapphet av tid (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 23).

Gjennom ansvar- og funksjonsområdet nevnt i avsnittet over er god informasjon svært relevant for å kunne nå frem til pasienten. Utveksling av relevant informasjon til pasientene angående sykdom og behandling er viktig for å kunne redusere usikkerheten pasienten kan

føle på, samt å ta riktige avgjørelser etter behandling (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2).

Informasjon om seksualitet er særdeles viktig da det er et kjent problem at det ikke snakkes om pasienters seksualitet grunnet sykepleiers holdninger og mangel på kunnskap (Dahl & Sørensen, 2016, s. 242). Å gi tilpasset informasjon krever omtanke og forberedelser. Pasienten skal føle seg ivaretatt, og innholdet av informasjonen må være mottatt og forstått (Eide & Eide, 2016, s. 292).

Åpen dialog, forståelse og aksept av at de seksuelle konsekvensene kan være alvorlige og traumatiserende for den kreftrammede, er noe sykepleier bør ha fokus på i samarbeidet med kvinnen som er rammet av livmorhalskreft. Mange vil ha behov for medisinsk, psykologisk eller sexologisk behandling for å gjenvinne seksualfunksjonen etter strålebehandlingen. Oppgaven som sykepleier kan derfor også bli å støtte pasienten, og hjelpe med å få kontakt med for eksempel lege, psykolog eller sexolog (Idehen, 2013, s. 101).

3 Metode

Sosiologen og rettsviteren Vilhelm Aubert (sitert i Dalland, 2017, s. 111) definerer metode på denne måten: «En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder.» Metode benyttes for å tilegne seg nok informasjon og kunnskap til å kunne besvare den valgte problemstillingen (Dalland, 2017, s. 112).

3.1 Anvendt metode

Denne oppgaven er en litteraturstudie som er basert på rammene for Bacheloroppgave gitt ut av Lovisenberg diakonale høyskole. En litteraturstudie kan defineres som en studie som systematiserer kunnskap fra andre skriftlige kilder. Å systematisere innebærer å samle inn litteratur, gå kritisk gjennom den og til slutt sammenfatte den (Magnus & Bakketeig, i Thidemann, 2015, s. 79). Den anvendte forskningslitteraturen i denne oppgaven er hentet fra Cinahl og PubMed.

3.2 Litteratursøk og søkehistorikk

Pensumlitteratur og annen relevant litteratur for oppgaven er funnet gjennom biblioteket på Lovisenberg diakonale høyskole. Jeg gjorde søk i Oria for å finne aktuell faglitteratur. I oppgaven er det anvendt bøker innenfor kreftsykepleie, helsepedagogikk, seksualitet, juss, etikk og anatomi. Anvendte nettsider i oppgaven er Lovdata, Norsk Sykepleierforbund, Verdens Helseorganisasjon (WHO), Quintet og Kreftregisteret.

For å finne relevante forskningsartikler til denne oppgaven, har jeg anvendt terminologibasen Norsk MeSH for å finne gode søkeord, og brukt disse søkeordene videre i referansedatabasene Cinahl, PubMed og SveMed. De utvalgte artiklene er hentet fra Cinahl og PubMed. For å finne de aktuelle forskningsartiklene har jeg valgt å avgrense søket mitt til forskning som ikke er eldre enn 10 år og at artiklene kan leses i full tekst. Tabellen nedenfor viser søkehistorikken.

For å velge ut artiklene som står i tabellen har jeg lest gjennom artiklens titler, og deretter lest abstraktene. Dette gjorde jeg på alle artiklene jeg fikk opp etter jeg hadde avgrenset søket mitt. I tabellen presenteres søkene som førte frem til de aktuelle artiklene valgt ut fra

artiklenes abstrakter. Mesh-termene er markert med en * i tabellen og mine egne søkeord står uten markering.

Nr	Database	Søkeord	Antall treff	Avgrensing	Antall treff	Utvalgt artikkel
1	PubMed	(vagina* OR vagina OR vaginal) AND dilator AND (radiotherapy OR (radiation AND therapy) OR radiation therapy OR radiotherapy* OR (radiation AND therapy) OR radiation therapy)	120	Open access. 2009-2019.	59	Patients' perception and adherence to vaginal dilator therapy: a systematic review and synthesis employing symbolic interactionism
2	Cinahl	(Constriction, Pathologic*) AND Prevention AND Vagina*	6	Full tekst. 2009-2019.	1	Prevention of vaginal stenosis after treatment for gynaecological cancer
3	Cinahl	Vagina* AND dilator AND experience	2	Full tekst. 2012-2019.	2	A nurse-led sexual rehabilitation intervention after radiotherapy for gynecological cancer.
4	PubMed	(vagina* OR vagina OR vaginal) AND dilator AND (radiotherapy OR radiotherapy*)	29	Full tekst. 2009-2019. Aldersgruppe 19-44 år.	11	Prospective study of vaginal dilator use adherence and efficacy following radiotherapy.
5	PubMed	(vagina* OR vagina OR vaginal) AND dilator AND (radiotherapy OR radiotherapy*)	29	Full tekst. 2009-2019. Aldersgruppe 19-44 år.	11	From «Sex toy» to Intrusive Imposition: A Qualitative Examination of Women's Experiences with Vaginal Dilator Use Following Treatment for Gynecological Cancer.

Tabell 1: Søkestrategi for anvendte forskningsartikler.

3.3 Kildekritikk

I oppgaven er det i størst mulig grad benyttet primærlitteratur. De få stedene det er brukt sekundærlitteratur er dette godt merket. Jeg har forsøkt å bruke primærlitteratur mest mulig, men har ikke hatt tilgang til alle primærkildene jeg har ønsket å bruke, og det er derfor blitt benyttet noen sekundærkilder.

Forskningslitteraturen er både kvalitative og kvantitative studier. Flertallet av studiene er kvalitative studier, som bygger på menneskers erfaringer og meninger (De Nasjonale Forskningsetiske Komiteene, 2010). Den kvalitative metoden er hensiktsmessig for å kunne besvare min problemstilling, da jeg ønsker å finne svar på hvordan sykepleier kan veilede i bruken av vaginal dilator. Det vil derfor være aktuelt å finne kvinners meninger om hvordan de kan veiledes i dette. Grunnen til at den er hensiktsmessig er fordi det er viktig å fremme trygghet ved veiledning av et så intimt og sårbart tema, og dette er noe som ikke lar seg tallfeste.

Jeg har valgt å ha med noen kvantitative studier for å løfte frem hvor mange som faktisk følger det individuelle anbefalte behandlingsopplegget for bruk av vaginal dilator. Jeg har forsøkt å søke etter flere kvantitative studier for oppgaven, da jeg ønsket å finne en studie som kunne tallfestet hvor mange kvinner som har fått informasjon om bruk av vaginal dilator under behandlingsperioden, og hvor mange som eventuelt ikke har fått det. Jeg har også forsøkt å finne en kvantitativ artikkel for å se om det er noen andre undervisningsformer som passer bedre for denne type veiledning, enn den jeg har valgt å bruke. Begge søkene var dessverre uten resultat.

I oppgaven har jeg valgt å benytte en brosjyre fra en nettside om råd og veiledning om bruk av vaginal dilator, som er utgitt av Quintet. Den mangler dato for publisering, men jeg ser allikevel på kilden som relevant for oppgaven, da den er troverdig og samsvarer med annen faglitteratur jeg har funnet om temaet.

Jeg har forsøkt å finne forskningsartikler fra Europa, men jeg har også brukt en artikkel fra Australia og en fra Nord-Amerika. Jeg anser de likevel å være relevante for oppgaven min, da landene er av vestlig kultur, og resultatene og opplevelsene i forskningsartiklene er overførbare til Norge.

Forskningsartiklene som er valgt til oppgaven ekskluderer pasienter som ikke snakker eller forstår majoritetsspråket. Dette kan være en svakhet i oppgaven, da jeg allikevel har valgt å drøfte dette samfunnsaktuelle teamet.

I søket etter å finne kvinner som vil delta i studiene er det flere kvinner som ikke har ønsket å være med i en studie om bruk av vaginal dilator. Dette har gjort at artiklene ikke inneholder synspunkter fra de kvinnene som har hatt mest vanskeligheter med å gjennomgå strålebehandlingen, og måtte bruke vaginal dilator i etterkant av behandlingen.

Oppgaven min baseres på den veiledende og undervisende sykepleiefunksjonen, og derfor også den didaktiske relasjonsmodellen. En svakhet med den didaktiske relasjonsmodellen kan være at den gir et forenklet bilde av den kompliserte prosessen som veiledning og undervisning egentlig er (Bjørnsrud, 2004, s. 7).

4 Presentasjon av forskningsartikler

I dette kapittelet presenteres de forskningsartiklene som er mest relevante for å belyse og besvare min problemstilling.

Nr.	Forfatter/årstall	Tittel	Design/Metode	Resultat
1	Yaelim Lee. 2018	Patients' perception and adherence to vaginal dilator therapy: a systematic review and synthesis employing symbolic interactionism.	Systematisk gjennomgang av litteratur funnet på Cinahl, PubMed og Scopus. Det ble brukt 21 artikler. Fire av disse artiklene er kvalitativ metode, og de resterende er kvantitative.	Det ble valgt ut 21 artikler totalt. De fleste artiklene utforsket bruken av vaginal dilator hos kvinner som har gjennomgått strålebehandling for gynekologisk kreft. Kvinnenes compliance til dilator-behandlingen lå mellom 25% og 89.2%. Blant de kategoriene som ble omtalt som barrierer for å følge opp behandlingen med dilatoren er «negative tanker om vaginal dilator» den som er hyppigst nevnt.
2	Pauline Tanner, Gae Lindsay, Shirilee Kerrison and Leanne Monterosso. 2011.	Prevention of vaginal stenosis after treatment for gynaecological cancer.	Kvalitativ metode. Kvinnene som møtte kvalifikasjonskriteriene ble kontaktet via post. De mottok en informasjonspakke som inkluderte en samtykkeform og en liste over spørsmål de skulle svare på før de returnerte det i to konvolutter per post.	Å fokusere på forebygging av vaginal stenose førte til en bedre forståelse av hva vaginal stenose er, og økte bruken av vaginale dilatorer hos kvinnene i faresonen.
3	R. M Bakker, J. W. M Mens, H. E. De Groot. C. C. Tuijnman-Raasveld, C. Braat, W. C. P. Hompus, J. G. M. Poelman, M. S. Laman, L. A. Velema, C. D. De Kroon, H. C. Van	A nurse-led sexual rehabilitation intervention after radiotherapy for gynecological cancer.	Kvalitativ metode. Det deltok totalt 20 personer i aldersgruppen 26-71 år. Kvinnene er gynekologiske kreftpasienter som er behandlet med stråling. Undersøkelsene ble	Åtte deltakere avsluttet deltakelsen etter 3 til 9 måneder. Ved 6 måneder etter stråling (14 av 16 personer) og 12 måneder etter stråling (9 av 12 personer), ble deltakerne utvidet

	Doorn, C. L. Creutzberg og M. M. Ter Kuile. 2017.		gjort ved hjelp av; 1) spørreskjemaer om frekvensen av dilatorbruk (månedlig), seksuell funksjon og seksuell engstelse (ved baseline og 1, 6 og 12 måneder), samt psykologisk engstelse (ved 1, 6 og 12 måneder). 2) Halvstruktureerte intervjuer (mellom 6 og 12 måneder) 3) Konsultasjoner.	regelmessig, enten ved samleie eller ved bruk av dilator. Den seksuelle funksjonen for forbedret seg mellom 1 og 6 måneder etter strålebehandlingen, med ytterligere forbedring på 12 måneder. De fleste deltakerne påpekte at intervensjonen var nyttig, og sykepleierne rapporterte å ha tilstrekkelig kompetanse og rådgivning.
4	Ethel Law, Joanne F. Kelvin, Bridgette Thom, Elyn Riedel, Ashlyn Tom, Jeanne Carter, Kaled Alektiar og Karyn A. Goodman. 2015.	Prospective study of vaginal dilator use adherence and efficacy following radiotherapy.	Kvantitativ metode. Det deltok 109 kvinner i undersøkelsen. Disse kvinnene selvrapporterte bruk av vaginal dilator månedlig i dagbøker, i 12 måneder etter endt strålebehandling. Etterlevelsen ble målt som bruk av vaginal dilator etter anbefalte retningslinjer over 12 måneder (3 ganger per uke).	Blant de 109 deltakerne var den gjennomsnittlige etterlevelsen over 12 måneder 42%. Overholdelsen var høyest de tre første månedene (56%), men falt til 25% de siste 9-12 månedene. 82% opprettholdt størrelsen på dilatoren fra før stråle-behandlingen til 12 måneder etter; 49% måtte gå ned i størrelse på dilatoren innen 1 måned etter stråle-behandlingen. 71% av disse gikk opp igjen til den samme størrelsen de hadde før behandlingen, 12 måneder etter.
5	Kimberley Cullen, Karen Fergus, Tracey DasGupta, Marg Fitch, Catherine Doyle og Luran Adams. 2015.	From «Sex toy» to Intrusive Imposition: A Qualitative Examination of Women's Experiences with Vaginal Dilator Use Following Treatment for	Kvalitativ metode. Totalt 10 kvinner ble valgt til å være med i studiet. Aldersgruppe: 18-80 år. Det ble gjennomført intervjuer med kvinnene, som ble tatt opp og transkribert.	Etter intervjuene var gjennomført og transkribert kom forfatterne frem til fem hovedkategorier som er utdypet i artikkelen. 1) Flaut sexleketøy 2) Gjenoppleve

		Gynecological Cancer.		invasjonen av behandlingen 3) Dårlig erfaring 4) Ikke nok informasjon i forkant av recovery-prosessen 5) Minimere motstanden
--	--	-----------------------	--	---

Tabell 2: Artikkelmatrise.

4.1 Kort oppsummering

Forskningsartiklene viser at pasientene ønsker at sykepleierne skal ta initiativ til å veilede og informere om seksuelle utfordringer som kan oppstå etter behandling, men sykepleierne synes derimot at det er et utfordrende tema å veilede og informere om. Alle de brukte forskningsartiklene tyder på at det er manglende etterlevelse etter dilatorbehandlingen, og at mange slutter å bruke dilator etter de kommer hjem. Dette er blant annet på grunn av for lite informasjon og oppfølging.

5 Drøfting

I dette kapittelet skal jeg drøfte hvordan sykepleiere kan veilede kvinner med livmorhalskreft i bruk av vaginal dilator etter strålebehandling. Drøftingen tar utgangspunkt i funn i fag- og forskningslitteraturen, lovverk og yrkesetiske retningslinjer for å vise evnen til systematisk og kritisk refleksjon (Dalland, 2017, s. 143). I drøftingen har jeg valgt å bruke fire av punktene i den didaktiske relasjonsmodellen. Som nevnt i kapittel 2.4.1, er punktene som skal drøftes: pasientens læreforutsetninger, rammefaktorer, innhold og metode. Metode vil bli drøftet under de tre andre hovedpunktene, og ikke som et eget punkt.

5.1 Pasientens læreforutsetninger

Når en veiledningssituasjon skal planlegges er det viktig å reflektere over hvem pasienten er. Hvem pasienten er har å gjøre med etnisitet, kjønn, alder, diagnose, pasientens tilstand og forståelsen av sin situasjon (Tveiten, 2016, s. 143).

5.1.1 Relasjon mellom sykepleier og pasient

En god relasjon er viktig å ha for å kunne skape et tillitsforhold mellom sykepleier og pasient (Martinsen, 2005), slik at pasienten føler seg trygg nok til å stille spørsmål og snakke åpent om bruk av vaginal dilator. For å oppnå en god relasjon med pasienten bør det brukes tid til samtale. Ved å lytte til pasienten og det hun har å fortelle, kan også sykepleier kartlegge oppfattelsen hun har av situasjonen, få innsikt i pasientens læreforutsetninger, kunnskap og holdninger (Jerpseth, 2016, s. 154). Det er også viktig å få frem hvordan kvinnen ser på det å være seksuelt aktiv etter behandling (Jerpseth, 2016, s. 121).

Som nevnt i oppgavens innledning er det mange sykepleiere som unngår å snakke om seksualitet med pasienter. For mange kan det oppleves som utfordrende å ta opp dette temaet, og det blir derfor ofte ikke diskutert. Ved at seksualitet ikke tas opp som tema kan dette styrke fordommene om at seksualitet er et avsluttet kapittel for denne pasientgruppen (Borg, 2017, s. 126).

I artikkelen til Stilos et al. (2008, s. 457) kommer det frem at pasientene mener sykepleiere overser pasientens behov for å snakke om seksualitet. På den andre siden påpeker Borg (2017, s. 126) at sykepleiere stiller for høye krav til seg selv om kunnskapen de må sitte inne med for å kunne diskutere seksualitet med pasienter. Det kan tenkes at sykepleiere som ikke har nok

kunnskap om seksualitet til å diskutere dette med pasienten kan føle at det er et tema som er privat og tabubelagt som det ikke skal snakkes om. Sykepleiere bør forstå sin egen seksualitet, og jobbe med sin egen seksualitet kontinuerlig, for å lettere kunne jobbe med andres seksualitet. Sexologer hevder at man må ha et avklart forhold til sin egen seksualitet for å kunne hjelpe og være til støtte for andres seksualitet (Borg, 2017, s. 126). Dette anser jeg bidrar til å skape et tillitsforhold og en god relasjon mellom sykepleier og pasient.

Pasienter ønsker at sykepleierne tar initiativ til samtale om seksualitet, noe studiet til Cleary et al. (2012, s. 35) understøtter. Som sykepleier kan dette derimot mistolkes til at man kan tenke at dette temaet er noe pasienten ikke har behov for eller ønsker å snakke om. Sykepleiere kan føle på redselen for å virke påtrengende og respektløse overfor pasienten (Jerpseth, 2016, s. 134). Ettersom seksualitet ikke diskuteres, skaper det en usikkerhet i hvordan man skal veilede pasienter om temaet, og sykepleiere kan ofte føle seg usikre på hvordan samtalen skal tas (Sekse et al., 2015, s. 1256).

Sykepleiers holdninger kan ha innvirkning på veiledningen av vaginal dilator, og som sykepleier er det viktig å stille forberedt til veiledningen, slik at pasienten ikke føler seg annerledes og til bry. Både verbal og ikke-verbal kommunikasjon skaper et utgangspunkt for hvordan relasjonen mellom sykepleier og pasienten blir. For å skape en atmosfære og tillit hvor pasienten føler hun åpent kan snakke om seksualitet, må sykepleieren være bevisst på sine holdninger og framturen. En av kvinnene som deltok i studien til Cleary et al. (2012, s. 36) sier at hun spurte etter en annen type glidemiddel til dilatoren, og at legen ikke ønsket å skrive ut dette til henne. Det fikk hun til å føle at hun hadde samleie med «alle». Dette viser hvor viktig det er for helsepersonell å stille med en ikke-dømmende, men åpen holdning til pasientene som har behov for veiledning av dilator.

5.1.2 Informasjonsbehov i ulike faser og ulikt behov for informasjon

Etter at pasienten har fått en kreftdiagnose er det stor sannsynlighet for at pasienten kan være fysisk og psykisk svekket, og ha problemer med å ta i mot og bearbeide informasjonen som gis (Kristoffersen & Nortvedt, 2011). Tidlig i behandlingsfasen kan pasienten befinne seg i en fornektelsestilstand, som følge av at pasienten har fått diagnosen for kort tid siden. Dette kan vanskeliggjøre kommunikasjonen i denne fasen, og gjøre at pasienten vil ha liten forutsetning for læring. Derimot er behovet for dialog og informasjon stort når pasienten begynner å ta innover seg situasjonen hun befinner seg i (Jerpseth, 2016, s. 155).

Det er ulike meninger om når det er det beste tidspunktet å gi pasienten informasjon om de seksuelle problemene som kan oppstå i etterkant av en strålebehandling, derav også introdusere pasienten for den vaginale dilatoren (Stilos et al, 2008, s. 458). Banton foreslår i en studie at sykepleiere har best mulighet til å jobbe med temaet seksualitet og utfordringer i forhold til dette i en poliklinisk time for oppfølging etter behandling (Davis, 2009, s. 7). En annen studie gjennomført av Stilos et al. (2008, s. 460) viser til at over halvparten av kvinnene i studien hadde ønsket at informasjonen om de seksuelle problemene hadde blitt gitt til dem før behandlingen. Det er viktig å forberede de på problemene som kan oppstå i etterkant av behandlingen, og det er anbefalt å bruke dilator for å forebygge sammenvoksinger (Stilos et al., 2008, s. 460). En kvinne i studien til Tanner, Lindsay, Kerrison og Monterosso (2011, s. 24) sier at ingen nevnte vaginale forandringer til henne før den siste dagen med behandling når hun fikk den vaginale dilatoren i hånda.

I motsetning til studiet til Davis (2009, s. 7) i avsnittet ovenfor, forteller en av kvinnene i studiet til Cullen, Fergus, DasGupta og Fitch (2012, s. 1167) at de fikk informasjon om den vaginale dilatoren den siste dagen med strålebehandling, når de egentlig hadde forventet å være ferdige med behandling og kunne gå videre i livene sine. Kvinnene i dette studiet hevder at de får negative tanker rundt det å bruke den vaginale dilatoren fordi de ikke har vært klar over at den skal brukes i så lang tid etter strålebehandlingen er ferdig, og det minner de om kampen de allerede har kjempet mot kreften.

Dersom en pasient er lege eller sykepleier er det lett å tenke at hun ikke har like stort behov for informasjon som en pasient uten helsefaglig utdanning. Det er viktig å tenke på at ved egen sykdom kan behovet for informasjon være like stort som hos andre pasienter. En lege eller sykepleier som er innlagt på et sykehus er først og fremst en pasient. Yrkeskompetansen de sitter inne med kan gjøre det enklere for de å tilegne seg informasjon. Helsefaglig yrkeskompetanse kan tvert imot gjøre at pasienten vet nok til at hun blir mer engstelig og bekymret over egen helsesituasjon. I en slik situasjon vil dialog i veiledningen være særdeles viktig (Tveiten, 2016, s. 144).

Mange kreftpasienter kan ha mye kunnskap om sykdommen og bivirkningene som følger, men det vil naturligvis være individuelle forskjeller på hvor mye kunnskap pasientene har. Sykepleieren må ta hensyn til pasientens individuelle forutsetninger, i henhold til pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5 (1999).

5.1.3 Pasientens etnisitet

I henhold til pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3-5 har pasienten rett på informasjon som skal være tilpasset hennes språkbakgrunn. Forskningsartiklene jeg har funnet sier ikke noe om dette, da blant annet studiet til Bakker, Mens, Groot, Tuijnman-Raasveld, Braat, Hompus, Poelman, Laman, Velema, Kroon, Doorn, Creutzberg og Kuile (2017), Cullen, Fergus, DasGupta, Fitch, Doyle og Adams (2012), samt studiet til Tanner, Lindsay, Kerrison og Monterosso (2011) ekskluderer pasienter i studiene som ikke forstår majoritetsspråket og derfor vil ha behov for tolk i veiledningen. Forskningen snakker altså ikke om kvinnens behov for tilpasset informasjon ved veiledning av vaginal dilator gjennom bruk av tolk og det å ha en annen kulturell bakgrunn. Allikevel er dette noe jeg velger å nevne i denne oppgaven ettersom det er svært samfunnsaktuelt og det stadig kommer nye flyktninger til Norge som ikke behersker verken norsk eller engelsk.

Som sykepleier vil man møte pasienter som verken snakker norsk eller engelsk, og behov for tolk vil da være tilstede. Språkproblemer kan føre til misforståelser eller mangel på informasjon som kan få uheldige følger dersom pasienten ikke forstår veiledningen som blir gitt (Helsedirektoratet, 2011, s. 5). Misforståelsene vil også stride mot pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3-5 som omhandler informasjonen form, og at den gitte informasjonen skal være forstått av pasienten. Helsedirektoratet (2011, s. 5) skriver i sin veileder for kommunikasjon via tolk at kommunikasjon gjennom tolk kan være helt nødvendig for å gi forsvarlig helsehjelp og nødvendig informasjon og veiledning til pasienten i henhold til helsepersonelloven (1999) § 4 om forsvarlighet.

Barn eller andre familiemedlemmer skal ikke brukes som tolk av flere grunner. Dersom barn eller andre familiemedlemmer brukes som tolk i stedet for kvalifisert tolk, kan dette føre til at viktig informasjon holdes tilbake for pasienten (Helsedirektoratet, 2011, s. 7). I en sårbar og intim situasjon som det er ved veiledning av bruk av vaginal dilator vil pasienten med stor sannsynlighet ha problemer med å dele personlig og intim informasjon til tolken. I noen kulturer kan det å snakke åpent om intime temaer være forbundet med sanksjoner (Eide & Eide, 2016, s. 86).

Studien til Cullen et al. (2012, s. 1166) sier at kvinners kultur og religion ofte ligger til grunn for holdningene deres mot sex. En øst-europeisk kvinne i denne studien fortalte at i hennes land var sex et tabubelagt tema som ikke ble diskutert. For denne kvinnen var det rart å tenke på hvordan noen kunne bruke et objekt på den måten (Cullen et al., 2012, s. 1166).

5.1.4 Barrierer for læring

Til tross for fordelene ved å bruke en vaginal dilator, er det manglende etterlevelse (Bakker et al., 2017, s. 729). Både Law et al. (2015), Lee (2018) og Tanner et al. (2011), bekrefter den manglende etterlevelsen. Studier viser at kvinners erfaring med vaginal dilator forbindes med skam, angst, frykt, smerte og gjenopplevelse av dårlige minner fra smertefull behandling for kreft til seksuelt misbruk. Noen kvinner mener vaginal dilator minner de på den traumatiske gynekologiske kreftbehandlingen, eller deres pågående kamp mot kreft. Andre synes det å bruke dilator er et plagsomt og brysomt gjøremål. Andre kvinner igjen relaterte bruk av vaginal dilator med seksualitet, og ser på dilatoren som et flaut sexleketøy, som for noen kan stride med deres tro og kultur (Cullen et al., 2012, s. 1165-1166).

Som nevnt i avsnittet ovenfor er det manglende etterlevelse når det kommer til å bruke vaginal dilator hjemme. Manglende etterlevelse vil kunne føre til at skjeden vokser sammen, og skjeden vil bli kortere, trangere og mindre elastisk (Miles, 2012, s. 7). Studiet til Cullen et al. (2012, s. 1166) forteller at flere kvinner ville brukt vaginal dilator dersom det hadde vært mer tilgjengelig og ikke så flaut å gå til anskaffelse. Det kunne også bidratt til å bryte stigmaet om at en vaginal dilator er et sexleketøy, som mange pasienter har inntrykk av at det er. Ved å ikke måtte gå i «voksenbutikker» for å kjøpe en vaginal dilator, men heller gå på sykehusets apotek, ville det vært med på å gjøre en allerede vanskelig situasjon litt lettere. Cullen et al. (2012, s. 1165) påpeker at pasienter kan få kjøpt en vaginal dilator på apoteket på sykehuset, men om man ønsker en mykere og mer behagelig dilator må man på en butikk som for eksempel Kondomeriet. Tanner et al. (2011, s. 26) forteller i sin artikkel at noen av kvinnene i deres studie fikk utdelt en glassdilator, og ble fortalt hvor det var mulig å få tak i flere og bedre.

Kvinner i studien til Lee (2018, s. 557) sier at det hjalp å tenke på den vaginale dilatoren som en forlengelse av behandlingen, og ikke som et seksuelt leketøy som skal brukes, da flere av de synes dette var ubehagelig. For andre kvinner var den vaginale dilatoren en forsikring på at alt er som det skal være i skjeden (Cullen et al., 2012, s. 1169).

For å motivere kvinnene til å bruke den vaginale dilatoren blir det ofte sagt at den må brukes for å kunne ha samleie med partner uten smerter. I studiet til Cullen et al. (2012, s. 1169) kommer det frem at dilatoren blir sett på som et verktøy for å forebygge sammenvoksninger slik at penetrerende sex ikke skal være smertefullt. En av deltakerne i den samme studien har en kvinnelig partner, og følte derfor at vaginal dilator ikke var nødvendig å bruke for henne,

da hun ikke har penetrerende sex. Ettersom denne kvinnen ikke har penetrerende sex, ble ikke hennes daglige funksjon påvirket av de vaginale sammenvoksingene som kan oppstå etter strålebehandling, på lik linje som en heteroseksuell kvinne (Cullen et al., 2012, s. 1169).

Ved bruk av vaginal dilator er det normalt at det kan blø noe etter bruk. Kvinner bør bli informert om at noe blod vil være normalt, men dersom det skulle være mye ferskt blod eller smerte bør man kontakte helsepersonell (Miles, 2012, s. 12). På den andre siden kommer det derimot fram i studien til Law, Kelvin, Thom, Riedel, Tom, Carter, Alektiar og Goodman (2015, s. 153) at en faktor for at kvinner ikke ønsker å bruke dilator er fordi det kan oppstå blødning ved bruk. Dette kan virke skremmende for kvinnen, selv om det kan være noe kvinnen er informert om tidligere. Blødning ved bruk er også en grunn til at kvinnen slutter å bruke dilatoren (Lee, 2018, s. 556).

Hele 75 prosent av kvinnene som deltok i studien til Bakker et al. (2017, s. 730) rapporterte at de ikke klarte å følge opp programmet for å bruke den vaginale dilatoren på grunn av angst for å blø, negative følelser og tanker rundt det å bruke en vaginal dilator eller mangel på oppfølging av rutinene. I tillegg til de nevnte barrierene påpeker studien til Law et al. (2015, s. 151) at viktige grunner til at kvinnene ikke fulgte opp veiledningsopplegget var på grunn av mangel på tid.

5.2 Rammefaktorer

5.2.1 Kontekst og tidens dilemma

En sentral rammefaktor for veiledningen er tid. På et sykehus er det ofte hektisk, og sykepleierne jobber under et tidspress for å klare å gjennomføre alle gjøremålene som skal gjøres i løpet av arbeidsvakten. Gjennom praksis har jeg erfart at dersom noe uventet oppstår på sengepost går dette utover den allerede knappe tiden sykepleier har til samtaler med pasientene. I en studie forteller deltakerne at de opplevde at personalet på sykehuset hadde så dårlig tid til å ha samtaler at de ikke ble fortalt om vaginale dilatorer, og at til og med noen ikke visste hva en dilator var (Tanner et al., 2011, s. 25). Pasientens rett til informasjon er nedfelt i loven, men på grunn av presset på tid kan det føre til at pasientene ikke får like god informasjon og veiledning som de har rett til etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 (1999).

Studien til Schofield (2016, s. 20) viser til at felles barrierer for at sykepleierne ikke ga optimal dilatorveiledning var mangel på tid, mangel på rom og for dårlig tilgang på tolker. I motsetning til dette sier Eide og Eide (2016, s. 254) at god tid ikke nødvendigvis er en forutsetning for en god veiledningssituasjon og samtale. En begrenset tidsramme kan være til hjelp for å fokusere på det som er vesentlig å vite for å veilede i bruken av vaginal dilator (Eide & Eide, 2016, s. 254).

Plassmangel er et kjent problem på norske sykehus. Pasientene deler ofte rom med én eller flere andre pasienter, og det er stor mangel på samtalerom og enerom for å kunne ha en samtale med pasienten eller gjennomføre en veiledningssituasjon. «Hele rommet bør ikke få ta del i informasjonen som er ment for den enkelte pasient». Dette skriver Brinchmann (2009) i en artikkel. Ved å gi sensitiv informasjon eller veiledning i et rom med flere pasienter tilstede er dette et brudd på taushetsplikten (Helsepersonelloven, 1999, § 21). Gjennom egen praksis har jeg erfart at det er få rom som er ledige for å kunne ha samtaler alene med pasienten. Det vil ikke være aktuelt eller hensiktsmessig å ha veiledning i bruk av vaginal dilator med en pasient på et rom med flere pasienter tilstede bak forhengene rundt sengen. Alt som blir sagt og gjort kan høres av andre pasienter. Det er viktig at veiledningen finner sted i et rom hvor man kan snakke uforstyrret (Eide & Eide, 2016, s. 254).

En veiledningssamtale om vaginal dilator er en samtale hvor det bør avsettes god tid til gjennomføring. Det bør åpnes for at denne veiledningssituasjonen kan være en dialog mellom pasient og sykepleier for at pasienten skal få mulighet til å spørre om ting hun lurer på underveis i veiledningen. For å få en dialog med pasienten kan det være hensiktsmessig å benytte seg av åpne spørsmål. Åpne spørsmål vil invitere til at pasienten forteller om sine egne tanker og følelser rundt bruken av vaginal dilator (Eide & Eide, 2016, s. 276).

Hensikten med veiledningen er at pasienten skal få informasjon om vaginal dilator og lære seg hvordan dette brukes. Det er derfor viktig at sykepleieren er godt forberedt før denne samtalen, for å få mest mulig ut av den tiden sykepleieren har til rådighet. Basert på egne erfaringer fra praksis stilles det ulike krav til sykepleier når man har begrenset med tid. Dersom det er mangel på tid vil det gå på pasientens tid til å stille de spørsmålene hun lurer på, og tiden sykepleieren har til å utforske om pasienten har forstått informasjonen hun har fått i henhold til § 3-5 i pasient- og brukerrettighetsloven (1999).

Pasienter er ofte vel vitende om tidspresset helsepersonell har på sykehus, og det kan føre til at de ikke tør å stille alle de spørsmålene de faktisk sitter inne med. Tidspresset kan også føre til at de får mindre veiledning enn hva de egentlig har behov for og krav på, noe som strider mot pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 (1999).

5.3 Innhold

Til tross for at livmorhalskreft er den vanligste kreftformen blant kvinner under 35 år, er seksualitet etter kreftbehandling likevel et tema som er tabubelagt. Det er lite kunnskap og åpenhet om dette (Almås & Benestad, 2017). Mange kreftrammede kvinner føler fokuset på å kurere sykdommen i behandlingsforløpet for å optimalisere sjansene for helbredelse og overlevelse er stort, og at de seksuelle konsekvensene av sykdommen og behandlingen får svært lite fokus (Idehen, 2013, s. 101). Sykepleiere må støtte pasienter og bidra til at de kan åpne seg om det sensitive temaet seksualitet og de seksuelle bivirkningene som kan oppstå etter strålebehandling (Davis, 2009, s. 7).

I henhold til pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 (1999) har pasienten rett på den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Denne loven omhandler blant annet informasjon om diagnose, behandling, komplikasjoner og prognose for at pasienten skal ha en best mulig innsikt i sin egen situasjon og fremtid på kort og lang sikt (Molven, 2016). Forandringer som for eksempel sammenvoksinger som kan oppstå etter strålebehandling er med andre ord informasjon som pasienten har rett på, og det er derfor viktig at pasienten blir informert om dette.

De yrkesetiske retningslinjene stiller krav til at sykepleier skal holde seg faglig oppdatert (NSF, 2016). Miles og Johnson sin studie (2014) viser at det å bruke en vaginal dilator under og rett etter strålebehandling kan forstyrre miljøet i skjeden i den inflammatoriske fasen, og føre til arrdannelse. Miles et al. (2014) argumenterer mot å bruke vaginal dilator etter strålebehandling, i motsetning til de andre studiene. Miles et al. (2014) sier at det ikke finnes noe bevis som tyder på at å bruke vaginal dilator forhindrer sammenvoksinger. Resultater i studien til Tanner et al. (2011, s. 22) viser på en annen side at vaginal dilator har en positiv effekt og bidrar til å opprettholde skjedens størrelse etter gjennomgått strålebehandling. Kvinnen er avhengig å holde skjeden åpen for å kunne ha vaginale undersøkelser i oppfølgingsperioden etter at behandlingen er avsluttet. Ved at sykepleieren holder seg faglig oppdatert på forskning angående temaet, kan veiledningen foregå på en måte som gjør at

pasienten den informasjonen og veiledningen hun har krav på for å forebygge bivirkningene og komplikasjonene hun er utsatt for etter strålebehandlingen.

5.3.1 Tilpasset informasjon og veiledning

En av sykepleiernes oppgaver er å ivareta pasientens grunnleggende fysiske og psykososiale behov. Dette kan for eksempel være at pasienten skal oppleve trygghet og trivsel under sexologisk veiledning og behandling. Dersom sykepleieren skal kunne yte helhetlig, omsorgsfull sykepleie og oppfylle plikten om faglig forsvarlighet, forventes det at sykepleier vurderer hva slags informasjon det er nødvendig for pasienten å ha ut fra situasjonen, og innhenter disse. I denne oppgaven vil det være viktig at sykepleieren har kunnskap om livmorhalskreft generelt og seksualitetens betydning som et grunnleggende behov, og gjennom sin undervisende og veiledende funksjon kan veilede pasienten i bruk av dilator (Molven, 2016). En forutsetning for å kunne skape god kontakt mellom begge parter i samtalen vil være at sykepleieren har gode kommunikasjonsferdigheter til å forstå pasientens opplevelse av sykdommen (Eide & Eide, 2016, s. 18).

I henhold til helsepersonelloven § 4 (1999) vedrørende kravet om forsvarlighet, skal helsepersonell utføre sitt arbeid i samsvar med kravene til faglig forsvarlighet, og innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner. Sykepleie til pasienter med livmorhalskreft skal være kunnskapsbasert på lik linje med all annen sykepleie. Med andre ord vil dette si at sykepleiere må sørge for at den faglige kompetansen er tilstrekkelig for å kunne informere og veilede pasienten om bruk av vaginal dilator etter gjennomgått strålebehandling. Sykepleieren må eventuelt innhente bistand eller henvise pasienten videre dersom sykepleiers egne faglige kvalifikasjoner ikke er tilstrekkelige (Helsepersonelloven, 1999, § 4).

Studier viser at pasienter ofte kan få for mye informasjon på en gang, som resulterer i at noe informasjon kan misforstås eller glemmes (Lee, 2018, s. 554). Jerpseth (2016, s. 155) anbefaler at det gis både skriftlig og muntlig informasjon om bruk av vaginal dilator, noe som understøttes av studiet til Cleary et al. (2012, s. 36). Det påpekes i studien til Wizowski, Harper og Hutchings (2014, s. 5) at det ikke er meningen at den skriftlige informasjonen skal erstatte den muntlige informasjonen, men kun være med på å forsterke meningen.

5.3.2 Etiske dilemmaer

Integritet og verdighet står sentralt i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (NSF, 2016). I veiledningssituasjoner er det normalt at sykepleiere følger med på at pasienten utfører prosedyren selv, for å se til at det blir gjort på riktig måte. Dersom en pasient for eksempel hadde fått veiledning i å måle blodsukker eller administrere insulinsprøyte, ville det vært en selvfølge at sykepleier ser på at pasienten utfører de nevnte prosedyrene slik at sykepleieren kan forsikre seg om at informasjonen er forstått (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-5). Dette kalles demonstrasjonsmetoden, og den er relevant å bruke når pasienten skal lære en spesiell ferdighet knyttet til egen sykdom og behandling (Tveiten, 2016, s. 156). Noen ganger kan prosedyren som skal læres oppleves ubehagelig for pasienten, og det å trene med en vaginal dilator er intimt og personlig. Det er derimot et etisk dilemma om sykepleier skal se på at kvinner bruker vaginal dilator på riktig måte, da dette blir mer intimt og sårbart. Det å skulle observere om kvinnen bruker den vaginale dilatoren riktig vil stride mot ivaretagelsen av pasientens verdighet (NSF, 2016). Dette vil også stride mot menneskerettigheter. Pasienten kan oppleve ubehag og synes det er pinlig når sykepleieren kan kjenne vonde kroppslukter og se intime kroppsdeler, og i slike tilfeller må veiledningen gjøres med små skritt og i et langsomt tempo for at pasienten skal føle seg mest mulig komfortabel (Tveiten, 2016, s. 156). En måte å undersøke om hensikten med veiledningen er oppnådd er ved å se på at pasienten utfører prosedyren som er lært (Tveiten, 2016, s. 157).

Det er retningslinjer for hvordan den vaginale dilatoren skal brukes, som er nevnt under kapittel 2.3. Tre av studiene i Lee (2018, s. 556) beskrev mangel på instruksjon som en barriere for å bruke den vaginale dilatoren. Dette viser at å bruke demonstrasjonsmetoden kan bidra til økt etterlevelse ved bruk av den vaginale dilatoren.

6 Avslutning

Hensikten med denne bacheloroppgaven har vært å belyse temaet seksualitet og livmorhalskreft, samt undersøke hvordan sykepleiere kan veilede kvinner med livmorhalskreft om bruken av vaginal dilator etter å ha gjennomgått strålebehandling.

Seksualitet etter sykdom er fremdeles et tabubelagt tema for mange som jobber innenfor helsevesenet. Sykepleiere skal bidra til å øke fokuset på seksualitet hos pasienter med livmorhalskreft. Seksualitet er et grunnleggende behov, og i henhold til pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 (1999) skal sykepleiere informere og veilede pasientene om bivirkninger og senskader som kan oppstå etter strålebehandling for livmorhalskreft. For å veilede kvinner i bruk av vaginal dilator er en god relasjon og gjensidig tillit mellom sykepleier og pasient relevant.

Pasienter ønsker mer informasjon og veiledning om de konsekvensene strålebehandling kan ha for seksualiteten, men sykepleiere selv synes derimot at dette er et utfordrende tema å veilede om. I følge forskningslitteraturen er det manglende etterlevelse av dilatorbehandlingen, og når kvinnene kommer hjem slutter de gjerne med behandlingen. Dette er blant annet på grunn av for lite informasjon og oppfølging fra helsepersonell.

I oppgaven er den didaktiske relasjonsmodellen brukt som et verktøy for å planlegge og gjennomføre veiledningen i bruk av vaginal dilator. Den didaktiske relasjonsmodellen er et godt verktøy som har klare rammer for veiledning, slik at det kan være lettere for sykepleier å veilede kvinnen.

Etter å ha arbeidet med denne oppgaven har jeg fått en større innsikt i det tabubelagte temaet seksualitet, og hvordan sykepleiere kan bidra til å fremme fokuset på seksualitet og en helhetlig sykepleie. Jeg oppdaget underveis at dette er et tema det ikke er forsket så mye på, og det finnes lite forskning på problemstillingen. Det er flere forskningsartikler som omhandler etterlevelsen av bruken med vaginal dilator. Det er imidlertid særdeles få artikler som omhandler hvordan man kan veilede i bruk av vaginal dilator etter strålebehandling på en best mulig måte for kvinnen. Allikevel har jeg funnet noen interessante artikler og funn som kan hjelpe sykepleier til å bli bedre på veiledningen av et så intimt og sårbart tema.

Referanseliste

- 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. (2017). A nurse-led sexual rehabilitation intervention after radiotherapy for gynecological cancer. *Supportive Care in Cancer*, 25(3), 729-737. doi: <https://doi.org/10.1007/s00520-016-3453-2>.
- Bjørnsrud, H. (2004). *Kvalitetsutvalgets NOU 2003: 16 I første rekke, med fokus på inkluderende skole, drøftet i forhold til didaktisk relasjonstenkning* (Doktoravhandling, Høgskolen i Vestfold). Hentet 11.04.2019 fra <http://www-bib.hive.no/tekster/hveskrift/rapport/2004-05/rapp5-2004.pdf>
- Borg, T. (2017). Seksualitet. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.). *Kreftsykepleie: pasient – utfordring – handling*. (120-131). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Brinchmann, B. S. (2009). Om rommet på sykehus. Hentet 29.03.2019 fra <https://sykepleien.no/etikk/2009/12/om-rommet-pa-sykehus>
- Bruhn, M. (2013). Seksualitet. I C. Johansen (Red.). *Kræft – Senfølger og rehabilitering*. (s. 402-414). København: Hans Reitzels Forlag.
- Cleary, V., Hegarty, J., & McCarthy, G. (2012). How a diagnosis of gynaecological cancer affects women's sexuality. *Cancer Nursing Practice*, 12(1), 32-37. Hentet 05.12.2018 fra <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=104236686>
- Dahl, A. & Sørensen, T. (2016). Seksualitet. *Kreftsykdom: Psykologiske og sosiale perspektiver* (s.232-253). Oslo: Cappelen Damm.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (5.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Davis, C. (2009). Find time to talk to your patients about sex. *Cancer Nursing Practice*, 8(6), 6-7. Hentet 07.01.2019 fra <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=105427043>

- Den Europeiske Menneskerettskonvensjonen. (1950). Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett. Hentet 15.04.2019 fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-05-21-30/KAPITTEL_2
- De Nasjonale Forskningsetiske Komiteene. (2010). Kvalitative og kvantitative forskningsmetoder – likheter og forskjeller. Hentet 06.03.2019 fra https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/medisin-og-helse/kvalitativ-forskning/1-kvalitative-og-kvantitative-forskningsmetoder--likheter-og-forskjeller/?fbclid=IwAR1u0_JZjbxAyLdKFdOhvqjZIGqtcDz3UaOpETT0JWPjruB MKcK2zB8hRR8
- Eide, H. & Eide, T. (2016). *Kommunikasjon i relasjoner* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- 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. 373-407). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Hatlebrekke, K. (u.å.). *Råd og veiledning om bruk av dilator*. [Brosjyre]. Bergen: Quintet AS.
- Helsedirektoratet. (2011). Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene. Hentet 29.03.2019 fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/242/Veileder%20om%20kommunikasjon%20via%20tolk%20for%20ledere%20og%20personell%20i%20helse%20og%20omsorgstjenesten%20fullversjon%20IS-1924.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022). Hentet 04.12.2018 fra https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Hentet 04.12.2018 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Idehen, M. (2013). *Seksualitet og livskvalitet*. København: Munksgaard
- Jensen, P. T. (2013). Underlivskræft. I C. Johansen (Red.). *Kræft – Senfølger og rehabilitering*. (s. 128-147). København: Hans Reitzels Forlag.

- 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.
- Kiserud, E & Fosså, S. D. (2013). Kjønnshormoner og fruktbarhet. I J. H. Loge, A. A. Dahl, S. D. Fosså & C. E. Kiserud (Red.), *Kreftoverlevende: Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv 2.utg* (2 utg., s. 80 – 86). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Kreftregisteret. (2018). Livmorhalskreft. Hentet 02.12.18 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* (s. 589-603). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Kristoff, A. (2016). Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.). *Sykdom og behandling* (2.utg., s. 400-418). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, F. (2011). Relasjon mellom sykepleier og pasient. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (Red.). *Grunnleggende sykepleie bind 1. Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg., s. 83-133). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Law, E., Kelvin, J. F., Thom, B., Riedel, E., Tom, A., Carter, J., Alektiar, K. & Goodman, K. A. (2015). Prospective study of vaginal dilator use adherence and efficacy following radiotherapy. *Radiother Oncol*, 116(1), 149-155. doi: 10.1016/j.radonc.2015.06.018
- Lee, Y. (2018). Patients' perception and adherence to vaginal dilator therapy: a systematic review and synthesis employing symbolic interactionism. *Dove Medical Press Limited*, 2018(12), 551-560. doi: <https://doi.org/10.2147/PPA.S163273>
- Martinsen, K. (2005). Samtalen, skjønnnet og evidensen. Oslo: Akribe.
- Miles, T. (2012). *International Guidelines on Vaginal Dilation after Pelvic Radiology*. Hentet 09.01.2019 fra <https://owenmumford.com/us/wp-content/uploads/sites/3/2014/11/Dilator-Best-Practice-Guidelines.pdf>

- Miles, T., & Johnson, N. (2014). Vaginal dilator therapy for women receiving pelvic radiotherapy. *The Cochrane Library*. (9). doi: 10.1002/14651858.CD007291.pub2.
- Molven, O. (2016). *Sykepleie og jus*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Norsk sykepleierforbund. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet 05.12.2018 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Nortvedt, P., & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie – funksjon og ansvar. I H. Almås, D. G. Stubberud & R. Grønseth (Red.). *Klinisk sykepleie 1* (5.utg., s. 17-39). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999 - 07-02-63). Hentet 04.12.2018 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Schofield, P. (2016). Continuing variation and barriers to nurse-led vaginal dilator education for women with gynaecological cancer receiving radiotherapy. *European Journal of Oncology Nursing*, 24(2016), 20-21. Hentet 13.03.2019 fra https://ac.els-cdn.com/S1462388916300709/1-s2.0-S1462388916300709-main.pdf?_tid=456405dd-2cf5-47f7-a41a-66251c536451&acdnat=1552054949_820095d1bb318c538d5ee36e5b6215b0
- 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. doi: 10/1080/07399332.2014.989436
- Sex og Samfunn. (2019). En sexologisk behandlingsmodell: PLISSIT. *eMetodebok for seksuell helse*. Hentet 11.04.2019 fra <https://emetodebok.no/kapittel/sexologi/arbeide-med-seksualitet/en-sexologisk-behandlingsmodell-plissit/>
- Steen, T. (2016, 8. mai). TAKK [Blogginlegg]. Hentet 08.12.2018 fra <https://tforthea.com/2016/05/08/takk-2/>
- Stilos, K., Doyle, C. & Daines, P. (2008). Addressing the sexual health needs of patients with gynecologic cancers. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12(3), 457-463. doi: <http://doi.org/10.1188/08.CJON.457-463>

- Tanner, P., Lindsay, G., Kerrison, S. & Monterosso, L. (2011). Prevention of vaginal stenosis after treatment for gynaecological cancer. *The Australian Journal of Cancer Nursing*, 12(1), 21-27. Hentet fra <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=104537837>
- Thidemann, I-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk – Pasient- og pårørendeopplæring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Wizowski, L., Harper, T. & Hutchings, T. (2014). Writing health information for patients and families. *Hamilton Health Sciences*. Hentet 13.03.2019 fra http://hamiltonhealthsciences.ca/workfiles/PATIENT_ED/Writing_HI_Edition4.pdf
- World Health Organization. (2006). Defining sexual health. Hentet 06.03.2019 fra https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/
- Wyller, V. B. (2015). *Frisk – Cellebiologi, anatomi, fysiologi*. Oslo: Cappelen Damm.