



Livmorhalskreft og seksualitet

Hvordan kan sykepleier informere og veilede kvinner om seksuelle utfordringer som kan oppstå etter avsluttet kreftbehandling mot livmorhalskreft?

Kandidatnummer: 692

Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave

i Emne 14B

Antall ord: 9894

Dato: 23.04.2019

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 23.04.2019
Tittel: Livmorhalskreft og seksualitet	
<p><u>Problemstilling</u> Hvordan kan sykepleier informere og veilede kvinner om seksuelle utfordringer som kan oppstå etter avsluttet kreftbehandling mot livmorhalskreft?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u> Teorien som er fremmet i oppgaven bygger på sykepleiers kunnskapsgrunnlag, ansvars- og funksjonsområder, lovverk og yrkesetiske retningslinjer. Teorien omhandler livmorhalskreft, kreftbehandling, senkomplikasjoner etter behandling, seksualitet, sykepleierens rolle innenfor seksuell veiledning og pasientveiledning. PLISSIT-modellen trekkes frem som en nyttig kommunikasjonsmodell å ha kjennskap til.</p> <p><u>Metode</u> Oppgaven er strukturert som en litterær oppgave. Det er benyttet både primær- og sekundærlitteratur for å belyse oppgavens problemstilling. Forskningsartiklene som er benyttet er funnet i PubMed og CINAHL. Det teoretiske pensumet og annen litteratur er funnet på biblioteket ved Lovisenberg Diakonale Høgskole, UiO medisinske bibliotek og Deichmanske bibliotek.</p> <p><u>Drøfting</u> Sykepleierens veiledende og undervisende funksjon drøftes ved hjelp av pensumlitteratur, selvvalgt litteratur og forskningsartikler. Hensikten er å belyse hvordan sykepleier på best mulig måte kan veilede og undervise kvinner som møter seksuelle utfordringer etter kreftbehandling og fremme håp, mestring og livsmot. Både kompetanse, relasjonsbygging, personsentrert omsorg, lovverk, etikk, kommunikasjonsferdigheter og PLISSIT-modellen drøftes for å belyse problemstillingen. Drøftingen fremmer også gap mellom teori og praksis da kreftrammede kvinner etterlyser tilstrekkelig informasjon innenfor feltet.</p> <p><u>Konklusjon</u> Mange kvinner etterlyser tilstrekkelig informasjon om seksuelle problemer som kan oppstå etter endt kreftbehandling, derfor bør sykepleier etterstrebe å fremme samtaleemnet i møte med pasientene. Sykepleier har et ansvar for å informere pasientene om sykdommen, herunder mulige risikoer og bivirkninger sykdom og behandling kan ha for pasientens seksualliv. Informasjonen skal også omhandle undervisning i bruk av hjelpemidler som kan forebygge eller bedre senkomplikasjoner. Sammen med kommunikasjons-, relasjons-, og veiledningskompetanse, er PLISSIT-modellen en nyttig kommunikasjonsmodell å ha kjennskap til da modellen letter kommunikasjonen om seksualitet og åpner opp for seksuell rådgivning og behandling.</p>	

(Totalt antall ord: 290)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	2
1.2	Presentasjon av problemstilling.....	3
1.2.1	Begrepsavklaring	4
2	Teoretisk kunnskapsgrunnlag.....	5
2.1	Livmorhalskreft	5
2.2	Kreftbehandling	6
2.2.1	Senkomplikasjoner etter kreftbehandling.....	7
2.3	Seksualitet - et grunnleggende behov	8
2.4	Sykepleier og seksuell veiledning.....	9
2.4.1	Pasientveiledning.....	11
2.4.2	PLISSIT-modellen.....	13
2.5	Hjelpemidler.....	14
2.6	Lovverk og etikk.....	15
3	Metode	17
3.1	Den litterære oppgaven	17
3.2	Litteratur	17
3.3	Kildekritikk	20
3.3.1	Litteratur	20
3.3.2	Forskningsartikler.....	21
3.4	Etiske overveielser.....	22
4	Presentasjon av forskningsresultater	23
5	Drøfting	27
5.1	Den enkelte sykepleiers ansvar	27
5.2	Barrierer for å utøve hjelp	27
5.3	Taushet rundt seksualitet	28
5.4	Sykepleierens kompetanse.....	29
5.5	Mestring av pasientveiledning	30
5.6	Kvinneres holdninger til informasjonskilder.....	31
5.7	Informasjonsmangel	32
6	Avslutning	33
	Referanseliste.....	35

Jeanette Hoel (38) var knapt våknet fra narkosen da en lege rakte henne en glasstav. Tydelig utilpass kom han med en famlende forklaring på hvordan den skulle brukes. Beskjeden gikk ikke inn hos Jeanette dessverre. Legen var rett og slett skikkelig flau, det var helt tydelig, forteller Jeanette. Men hvis du blir så flau av å fortelle noe som tross alt er så viktig, burde kanskje heller en med kompetanse innenfor feltet påta seg den oppgaven. Jeg fikk ingen ordentlig informasjon, og den staven kastet jeg jo bare vekk. (Kreftforeningen, 2018)

1 Innledning

Livmorhalskreft, også kjent som cancer cervix, er den tredje største kreftformen som kan ramme kvinner. Kreftsykdommen skyldes smitte med Humant Papillomavirus og har blitt den vanligste kreftformen blant kvinner under 35 år. I Europa blir rundt 60.000 kvinner rammet av livmorhalskreft årlig og 30.000 av disse kvinnene dør av kreften. I Norge blir over 300 kvinner rammet av kreftsykdommen i året og rundt 70 av disse dør, men forekomsten av livmorhalskreft i landet er redusert med rett under 40% de siste 50 årene (Kreftregisteret, 2018a). Årsaken til nedgangen kan være masseundersøkellesprogrammet som oppfordrer kvinner mellom 25-69 år til å ta en livmorhalsprøve hvert tredje år (Kreftregisteret, 2018b).

Livmorhalskreft kan behandles kirurgisk, ved bruk av radioaktive stråler eller med kjemoterapi. Det er vanlig å kombinere to eller tre av disse behandlingsformene og behandlingsvalget avhenger av type svulst pasienten har og utbredelsen av den (Jerpseth, 2016). Strålebehandling og kirurgiske inngrep i urogenitalregionen vil nesten alltid påvirke den rammede kvinnens seksuelle helse (Reitan & Schjølberg, 2017). Fokus på god seksuell helse kan være helsefremmende og bedre livskvalitet hos pasienten (Helse og omsorgsdepartementet, 2017). Derfor er dette en svært viktig og aktuell sykepleieoppgave i møte med kvinner rammet av livmorhalskreft.

Det blir stadig mer fokus på seksuell helse i samfunnet. I 2017 presenterte den Norske Regjeringen en strategi for seksuell helse navngitt «Snakk om det!» som skal bidra til å sikre god seksuell helse blant hele befolkningen. Noen av fokusområdene innebærer å sikre god kunnskap og nødvendig kompetanse slik at hver enkelt kan ivareta egen seksuell helse, smittereduksjon av seksuelt overførbare infeksjoner, sikre kunnskap om og ivaretagelse av seksuell helse innenfor helsesektoren og å sikre at helsepersonell respekterer og forstår pasientens seksuelle behov (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017).

Jeanette Hoel fikk påvist livmorhalskreft i 2009. Etter utredning med både MR og CT ble det gjort klart at prognosene var gode. Så var det bare å komme i gang med behandling. Store doser stråling ble gitt 5 dager i uken, over en periode på 2 måneder, hvorav 6 av disse var innvendige strålinger. Hun hadde selv ikke gjort seg noen tanker om hvilken innvirkning behandlingen kunne ha på sitt eget seksualliv. Hverken Hoel eller kjæresten fikk informasjon om dette. Hun forteller at etter hun hadde gjennomgått massive strålebehandlinger, blodoverføring og opplevd fraværende matlyst, var det ikke et fremtidig seksualliv som lå fremst i bevisstheten. Hun brukte heller ikke staven slik hun burde. Da hun og kjæresten prøvde å fungere seksuelt igjen gikk det ikke. Hun fikk blødninger som minnet henne om indikasjonen på kreft. Dette førte til vekkelse av vonde minner som gjorde at hun ikke lenger ville utføre samleie (Rolland & Simonsen, 2018a).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

En utfordring som fremmes av bruker- og interesseorganisasjoner i strategien «Snakk om det!», er lite oppmerksomhet rundt seksuell helse både under behandling, oppfølging og rehabilitering. I mange tilfeller er det også mangelfull tilgang på informasjon og veiledning om de seksuelle problemene som kan komme av sykdom, funksjonssvikt eller behandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Dette understrekes av en elektronisk undersøkelse fra Gynkreftforeningen, som er en undergruppe av Kreftforeningen, hvor i underkant 200 kvinner som tidligere har vært rammet av livmorhalskreft deltok. En fjerdedel av kvinnene opplyser at de ikke lenger har et velfungerende seksualliv og flere opplyser fraværende tilbud om hjelp fra helsepersonell knyttet til seksuell helse (Gynkreftforeningen, 2015).

Høsten 2018 jobbet vi i grupper og skrev en mindre oppgave om hvordan strålebehandling av livmorhalskreft påvirker kvinners seksuelle helse, og det var her min interesse for temaet ble vekket. På grunn av oppgavens omfang var det mye innenfor temaet jeg ikke fikk fordypet meg i. Derfor vil jeg videreutvikle tankene mine fra den forrige oppgaven ved å gå dypere inn i kreftbehandling og innvirkningen på kvinners seksualliv. I forbindelse med oppstart av skriveperioden, kontaktet jeg en gynekologisk poliklinikk hvor hovedtyngden av pasientene er rammet av livmorhalskreft. I fravær av avdelingslederen fikk jeg snakke med en sykepleier som jobber på avdelingen. Spørsmålet jeg stilte var når i behandlingsforløpet seksualitet ble tatt opp som tema. Svaret jeg fikk var diffust og ga meg ikke noe mer informasjon om når temaet ble tatt opp i behandlingsforløpet eller hvem som tok ansvar for å fremme samtalen. Dette kan understreke pasientenes utsagn om manglende informasjon fra helsepersonell.

Da jeg snakket med sykepleieren er det ikke sikkert at jeg fikk rette opplysninger om rutinene på avdelingen, og det kan hende jeg hadde fått et annet svar fra avdelingsleder. Likevel føler jeg at jeg fikk et ærlig svar fra sykepleier som tydet på manglende rutiner for seksuell veiledning på avdelingen.

På bakgrunn av de overnevnte opplysningene i avsnitt 1 og 1.1, har jeg valgt å belyse sykepleierens helsefremmende, forebyggende og undervisende funksjon ved bruk av informasjon og veiledning i behandlingsforløpet for kreftrammede kvinner.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Problemstillingen presenteres som følger:

Hvordan kan sykepleier informere og veilede kvinner om seksuelle utfordringer som kan oppstå etter avsluttet kreftbehandling mot livmorhalskreft?

Hensikten med oppgaven er å finne ut hvordan sykepleier kan bruke sin undervisende funksjon ved å veilede og informere den aktuelle pasientgruppen om seksuelle somatiske utfordringer etter endt kreftbehandling. Målgruppen avgrenses til kvinner mellom 25-69 år da denne gruppen anbefales å screenes for livmorhalskreft (Kreftregisteret, 2018a). Videre begrenses målgruppen til kvinner på poliklinikk som skal få eller gjennomgår kreftbehandling ved gynekologisk avdeling på sykehus. Grunnen til valget av både kvinner som skal få behandling og kvinner som gjennomgår behandling er at kommunikasjonen skal tilpasses individuelt til pasientens behov for informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Noen kvinner vil ha all informasjon med en gang, andre kvinner vil være preget av sjokk og ikke få med seg all informasjonen som blir gitt. De kan dermed ha behov for gjentagelse av informasjon videre i behandlingsforløpet (Jerpseth, 2016).

Av hensyn til oppgavens størrelse og omfang har jeg valgt å gå i dybden på de somatiske utfordringene kvinner møter, og ikke de psykiske utfordringene. Sorgreaksjoner som følge av tap av organer og barnløshet som følge av tapet utelukkes derfor fra oppgaven.

Jeg velger å bruke PLISSIT-modellen som kommunikasjonsverktøy i samtale med kreftrammede kvinner til tross for at sykepleier ikke gjennomfører alle trinnene alene. Grunnen til dette er at PLISSIT fremmes i både Borg (2017), Dahl & Sørensen (2016) og Almås & Benestad (2017) som modellen sykepleier bør benytte seg av under seksuell veiledning. Modellen letter kommunikasjon om seksualitet og åpner opp for rådgivning.

I tillegg mener Jerpseth (2016) at modellen kan benyttes av andre faggrupper enn spesialister under sexologisk veiledning om man innehar noe kunnskap om temaet.

Hovedfokuset i oppgaven vil være samtalen mellom sykepleier og pasient. Jeg vil derfor ikke gå dypere inn i samtale med pårørende, men nevner noe om inkludering av partner om kvinnen selv ønsker dette.

1.2.1 Begrepsavklaring

Begreper kan ofte være flertydig og variere i betydning mellom forskjellige fagmiljøer (Dalland, 2017). Derfor velger jeg å definere tre sentrale begreper som er aktuelle for problemstillingen min.

Veilede = “en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess som har til hensikt at fokuspersonens mestringskompetanse styrkes gjennom en dialog baser på kunnskap og humanistiske verdier” (Tveiten, 2013).

Seksualitet = “Seksualitet er et sentralt aspekt ved det å være menneske gjennom hele livsløpet. Det omfatter kjønnsidentitet og kjønnsroller, seksuell orientering, erotisme, nytelse, intimitet og reproduksjon. Seksualitet oppleves og uttrykkes i tanker, fantasier, lyster, tro, holdninger, verdier, atferd, praksis, roller og forhold. Mens seksualitet kan inkludere alle disse dimensjonene, er ikke samtlige opplevd eller uttrykt til enhver tid. Seksualiteten påvirkes av samspillet mellom biologiske, psykiske, sosiale, økonomiske, politiske, kulturelle, etiske, juridiske, historiske, religiøse og åndelige faktorer” (WHO, 2019).

Seksuell helse = “en tilstand av fysisk, emosjonelt, mentalt og sosialt velvære i forhold til seksualitet. Det er ikke alene fravær av sykdom, dysfunksjon eller svakhet. Seksuell helse krever en positiv og respektfull tilnærming til seksualitet og seksuelle forhold, samt muligheten for å ha behagelige og sikre seksuelle opplevelser uten tvang, diskriminering og vold. For at seksuell helse skal oppnås og opprettholdes, må alle menneskers seksuelle rettigheter respekteres, beskyttes og oppfylles” (WHO, 2019).

2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

I dette kapitlet presenteres sykdomsforløpet ved livmorhalskreft. Videre forklares behandlingsmetodene av livmorhalskreft, etterfulgt av senkomplikasjoner etter kreftbehandling. Deretter vil seksualitet, sykepleierens rolle ved seksuell veiledning og stegene i pasientveiledning utdypes. Kommunikasjonsverktøyet PLISSIT vil trekkes frem som et godt hjelpemiddel for sykepleier i veiledningen. Avslutningsvis vil hjelpemidler som kan forebygge senkomplikasjoner, relevant lovverk og etikk legges frem.

2.1 Livmorhalskreft

Livmorhalskreft utvikler seg vanligvis langsomt ved at normale celler gradvis forandrer seg. Årsaken til celleforandringen er en infeksjon med Humant papillomavirus (HPV) som smitter ved seksuell kontakt (Kristensen, 2017a). Særlig type 16 og 18 er onkogene, som vil si at de kan bidra til utviklingen av kreft. Infeksjon av en onkogen type HPV-virus vil kunne gi en betennelsesreaksjon i slimhinnen som ikke gir symptomer og ofte leges av seg selv i løpet av noen måneder. Om infeksjonen vedvarer og blir kronisk kan cellene begynne å endre seg i retning kreftceller for så å utvikle seg til kreftceller som kan infiltrere omliggende vev (Kristensen, 2017b). Livmorhalskreft utvikler seg i overgangen mellom plateepitel og sylinderepitel i livmorhalsen. Svulsten oppstår vanligvis rundt mormunnsåpningen der plateepitel kler utsiden av livmorhalstappen, som videre går over til et enlaget sylinderepitel i cervikalkanalen (Jerpseth, 2016). Det vil ta mange år å utvikle livmorhalskreft, og ofte vil prosessen gå i stå eller trekke seg tilbake til normalt tilstand. Dette skjer oftest i de tidligste stadiene av kreftutviklingen som kalles cervical intraepitelial neoplasi (CIN), som deles inn i 3 stadier etter varierende alvorlighetsgrad (Kristensen, 2017a). CIN 1-2 går ofte tilbake av seg selv og behandlingsvalget avgjøres individuelt. CIN 3 går sjeldnere tilbake, men ikke alle tilfellene utvikler seg til kreft. Likevel velger man å behandle alle tilfeller av CIN 3 da det ikke finnes mulighet for å forutsi progresjon eller regresjon av kreften (Kristensen, 2017b). Livmorhalskreft vil ikke gi symptomer tidlig i forløpet, men ved langtkommen kreft kan symptomene være unormale blødninger, blodig og illeluktende utflod, smerter i underlivet eller magen spontant eller ved samleie, uremi, dyp venetrombose, blødning fra blære eller endetarm eller massiv blødning fra skjeden (Kristensen, 2017c).

2.2 Kreftbehandling

Livmorhalskreft behandles ved bruk av kirurgi, radioaktive ståler eller kjemoterapi, og ofte kombineres to eller tre av behandlingsalternativene. Hvilken behandling kvinnen får avhenger av type svulst (Jerpseth, 2016) og stadielinndelingen av kreften (Kristoff, 2016).

Kirurgi brukes alene eller i kombinasjon med strålebehandling og kjemoterapi og er den viktigste behandlingsformen for pasienter med solide kreftsvulster. Målet med behandlinger er å fjerne svulsten og eventuelle metastaser til lymfeknuter fullstendig (Dahl & Sørensen, 2016) med lite skadeomfang for pasienten (Nakken, 2017a). I de tidligste CIN-stadiene behandles pasienten med konisering som innebærer fjerning av den affiserte delen av livmorhalsen (Jerpseth, 2016). Om det blir påvist invasjon i blod- og lymfebaner anbefales det å fjerne lymfeknutene på bekkenveggen i tillegg. Det kirurgiske inngrepet utføres ved hjelp av en elektroslynge, laser eller kniv. Inngrepet innebærer liten risiko for kvinnen og vil ikke påvirke hennes mulighet til å gjennomføre senere graviditeter (Kristensen, 2017a), men inngrepet kan gi økt risiko for spontanabort ved svangerskap. I senere stadier av kreften vil det utføres stråleterapi i vagina etterfulgt av kirurgisk behandling (Jerpseth, 2016). Dersom svulsten har vokst inn i omliggende vev fjernes uterus, cervix, ovariene og lymfeknutene i det lille bekkenet. I etterkant av inngrepet vil pasienten få både strålebehandling og cytostatika (Kristoff, 2016).

Hvis det ikke er mulig å fjerne svulsten kirurgisk, eller dersom kirurgisk behandling vil være invalidiserende eller kosmetisk uheldig, velges stråleterapi. Behandlingen kan brukes både før og etter kirurgiske inngrep, og formålet med strålebehandlingen er å minske størrelsen på tumoren slik at den blir enklere å fjerne eller for å sikre at kreftcellene i området rundt tumoren dør (Bertelsen, Hornslien & Thoresen, 2016). Strålebehandling kan deles inn i to hovedgrupper; ekstern strålebehandling hvor strålekilden er plassert utenfor pasientens kropp og intern strålebehandling hvor strålekilden er plassert inne i pasientens kropp. Den interne strålebehandlingen deles inn i intracellulær stråling hvor radioaktive atomer tas opp av celler i kroppen, interstitiell stråling hvor radioaktive kilder plasseres inne i kreftrammet vev og intrakavitær stråling hvor den radioaktive kilden plasseres i kroppens naturlige hulrom. Samlebetegnelsen for disse tre innvendige stråletypene er brakyterapi (Jetne, 2017). Strålebehandling rettes direkte mot kreftsvulsten og eventuelle metastaser, men strålingen vil også kunne ramme friskt vev som ligger i området rundt kreftsvulsten. Det friske vevet vil over tid bli utsatt for fibrose og skrumpning av karvegger (Dahl & Sørensen, 2016). Det vil

være en økt risiko for at friske celler som har tatt skade av strålebehandlingen lever videre og senere kan utvikle seg til kreftceller (Bertelsen, Hornslien & Thoresen, 2016).

Kjemoterapi kan brukes både alene eller i kombinasjon med kirurgi og strålebehandling (Nakken, 2017b). Ved livmorhalskreft kan kjemoterapi enten benyttes som kurativ behandling ved langtkommen kreft, for å hindre tilbakefall, og ved residiv etter kirurgisk behandling eller stråleterapi for å redusere svulstens omfang (Jerpseth, 2016). Ulempen med behandling er at kjemoterapien ikke alltid skiller mellom friske celler og kreftceller og kan derfor skade kroppens friske celler (Dahl & Sørensen, 2016).

2.2.1 Senkomplikasjoner etter kreftbehandling

Behandlingen av livmorhalskreft kan medføre en del senplager (Kristensen, 2017a), og komplikasjonene som oppstår avhenger av hvilken type behandling pasienten har gjennomgått (Kristoff, 2016). Livmorhalskreft i seg selv vil ikke gi en hormonell ubalanse, men behandling som kirurgi, strålebehandling eller kjemoterapi kan skape problemer for kvinnen (Rolland & Simonsen, 2018b).

Omfattende kirurgiske inngrep innebærer fjerning av vev og lymfeknuter i bekkenet. Dette kan føre til redusert lymfedrenasje (Kristoff, 2016) og skade på nerver og blodforsyning som har betydning for seksuell fysiologi, fruktbarhet og kroppsbilde (Jerpseth, 2016). Kvinnen vil kunne oppleve lymfeødem, problemer med blæretømming og seksuell dysfunksjon (Kristoff, 2016), noe som vil virke inn på hennes seksualliv. Om både livmor og livmorhals fjernes under et kirurgisk inngrep vil skjeden bli noen centimeter kortere og det dannes en sårflate øverst i skjeden som må heles. Kvinnen kan oppleve at skjeden føles annerledes enn tidligere da den er noe forkortet, men den kan tøyes ved seksuell aktivitet. Når livmoren fjernes vil kvinnen bli infertil (Kristensen, 2017a) og komme i klimakteriet. For yngre kvinner vil dette skje i tidlig alder (Jerpseth, 2016).

Etter strålebehandling mot livmorhalskreft blir huden som er bestrålt ekstra følsom for berøring (Dahl & Sørensen, 2016). Vanlige bivirkninger av behandlingen er atrofi av vaginaslimhinnen, fibrose av vaginalveggen og ødeleggelse av den naturlige elastisiteten (Kristensen, 2017a). Dette fører til at skjeden blir mindre elastisk og kan føles sår og tørr. Andre konsekvenser av behandlingen er arrdannelse og sammenvoksinger øverst i skjeden (Jerpseth, 2016), som øker risikoen for smerter knyttet til seksuell aktivitet (Bertelsen,

Hornslie & Thoresen, 2016), og vil gjøre det vanskeligere å ha et velfungerende seksualliv (Kristensen, 2017a). Når urogenitalregionen utsettes for stråling er det ikke uvanlig at omkringliggende organer påvirkes. Om tarmen blir bestrålt kan det oppstå dannelse av fistler både mellom vagina og tarmen, og mellom vagina og urinblæren. I tillegg til dette er knipesmerter, avføringslekkasje, diare og hyppige tømminger kjente konsekvenser (Kristoff, 2016). Strålebehandling som utføres både eksternt og intrakavitært vil gi infertilitet, og kvinnen vil komme i klimakteriet da strålingen kan stanse produksjonen av hormoner (Kristensen, 2017a).

Kjemoterapi, ofte i kombinasjon med stråleterapi, vil påvirke eggstokkene og produksjonen av kjønns hormoner. Yngre kvinner kan oppleve problemer med å bli gravid, tap av menstruasjon og tidlig overgangsalder. Nerver som går til kjønnsorganene kan påvirkes av cellegift, og alle kvinner vil da oppleve at følsomheten endres og evnen til å få orgasme reduseres (Rolland & Simonsen, 2018b). Cellegift vil også kunne medføre fatigue og kvalme, noe som kan gi et mer begrenset seksualliv (Dahl & Sørensen, 2016).

2.3 Seksualitet - et grunnleggende behov

I teorien omtales seksualitet som et grunnleggende behov ved det å være menneske og omfatter psykiske og sosiale aspekter. Det ser ut til at god seksuell helse kan være en ressurs som fremmer livskvalitet og mestringsevne (Helland, 2015). Seksualitet kan oppleves motsetningsfylt da mange knytter temaet til reproduksjon, intimitet, følelser, identitet og samkvem. Samtidig opplever mange både skyld og skam knyttet til sin seksualitet (Jerpseth, 2016). Et tilfredsstillende genitalt seksualliv forutsetter fysiologiske prosesser som hormonproduksjon, nerveforsyning og blodsirkulasjon, men kreftbehandling vil kunne forstyrre disse fysiologiske prosessene og vil derfor nesten alltid påvirke pasientenes seksuelle helse i negativ retning. Både kirurgiske inngrep, strålebehandling og kjemoterapi vil virke både direkte og indirekte på den seksuelle responssyklusen (Borg, 2017).

Den seksuelle responssyklusen består av 4 faser. Den første er opphisselsesfasen hvor lystfølelsen stiger. Her vil pulsen, blodtrykket og pustefrekvensen øke (Almås & Benestad, 2017) og man kan fantasere om seksuell aktivitet. Den andre fasen er platåfasen hvor det fysiske gjensvaret på lysten skjer (Borg, 2017). Lystfølelsen, puls, blodtrykk og pustefrekvens øker ytterligere (Almås & Benestad, 2017). Den tredje fasen er orgasmefasen hvor den seksuelle nytelsen når toppunktet og orgasmen kommer tett etter (Borg, 2017). Så kommer

den siste fasen som er avslapningsfasen. I denne fasen vil man føle seg tilfreds og avslappet, og noen ganger vil man også kunne kjenne på en trang til å sove. Man vil kunne få et svetteutbrudd etterfulgt av muskelavslapning, og puls, blodtrykk og pust vil gå tilbake til utgangspunktet (Almås & Benestad, 2017).

Seksuelle problemer kan defineres som problemer med forskjellige deler i den seksuelle responssyklusen. Som helsepersonell er det viktig å inneha kunnskap om at seksualitet ikke nødvendigvis er av erotisk art, og at det for mange ikke er viktigst med genitalt samliv. Seksualiteten kan også inneholde kjærlighet, hengivenhet, ømhet og nærhet. Derfor er det ofte viktig å snakke om intimitet, ikke bare seksualitet (Borg, 2017).

2.4 Sykepleier og seksuell veiledning

Ettersom det ikke finnes noen retningslinjer i sykehus om å ivareta seksuelle spørsmål, og heller ingen nasjonal samlet kompetanse i form av ressurs- eller kompetansesenter, blir det opp til hver enkelt sykepleier å ta initiativ til å åpne opp for dialog (Helland, 2015). Som sykepleier har man ansvar for pasientopplæring, dette innebærer også ledelse av støttegrupper for kreftrammede (Jerpseth, 2016). I tillegg skal sykepleier være bevisst på at sin rolle i møte med seksualitet ikke skal være terapeutisk og temaet skal møtes på lik linje som andre grunnleggende behov for å fremme livskvalitet (Helland, 2015). Et viktig aspekt ved sykepleierens pedagogiske og undervisende funksjon i rehabiliteringsprosessen er å gjøre pasienten aktivt deltagende i eget behandlingsforløp. Denne prosessen kalles empowerment og omhandler å forsterke pasientens vilje og styrke slik at de kan ivareta sin egenomsorg. Sentrale fokusområder i prosessen er å forsterke pasientens selvkontroll, ferdigheter, selvfølelse og kunnskaper. Viktige faktorer for å fremme brukermedvirkningen er undervisning og veiledning (Stubberud, 2015).

Mange sykepleiere unngår å snakke om seksualitet med pasientene og en eventuell partner og det er flere årsaker som ligger til grunn for dette. Mange sykepleiere stiller for høye krav til egen kunnskap og profesjonalitet og velger derfor å ikke bringe temaet på banen. Andre begrunnelser for å ikke ta opp seksualitet som tema er manglende tid og kunnskap, forestillingen om at pasienten vil synes temaet er for privat å snakke om og sykepleiere som er for sjenerte til å ta opp temaet (Borg, 2017)(Oskay, Can & Basgol, 2014). Når sykepleier unngår denne dialogen er man med på å styrke fordommene om at denne gruppens seksuelle helse ikke er et aktuelt tema, og tausheten rundt feltet kan bidra til å opprettholde mytene

rundt kreft og seksualitet. For å bringe temaet på banen er det en forutsetning at sykepleier har relevant kunnskap om seksualitet og et avklart forhold til sin egen seksualitet for å kunne støtte pasienten på dette feltet. Emosjonelt engasjement sammen med empati er nødvendige ferdigheter sykepleier bør ha. Å snakke og veilede om seksuell helse forutsetter at pasienten føler seg trygg og ivaretatt, og at situasjonen er preget av nærhet og respekt. Uansett årsaken til problemene bør man etterstrebe å legge til rette for at pasienten og partner kan snakke om seksuell helse sammen. For de som ikke har en partner skal det etterstrebes å hjelpe dem til å leve godt med sin egen seksualitet (Borg, 2017). Ved seksuelle spørsmål kan det være nyttig for sykepleier å benytte seg av en tverrfaglig tilnærming da forskjellige faggrupper kan bidra med ulike perspektiver og innfallsvinkler til problemet. For at pasientens behov for informasjon, støtte og veiledning skal dekkes på best mulig måte, kreves det derfor at instansene koordineres (Helland, 2015). Ofte vil sykepleier være kompetent nok til å gi råd og den hjelpen pasienten trenger, men det er viktig å være bevisst på at om det avdekkes mer komplekse seksuelle behov bør sykepleier henvise pasienten videre (Gamnes, 2016).

Sykepleier bør ha kunnskap om at seksualitet også kan brukes som en maktfaktor i samhandling med pasientene. Seksualitet preges ofte av skam, skyld, fornedring og aggressivitet, og disse spenningene finnes overalt der mennesker møtes, også i helsevesenet (Gamnes, 2016). I møte med pasienter er sykepleier den personen som har mest kunnskap om diagnose og behandling, og gjennom bekreftelse eller avvisning kan avgjøre hvor stor plass seksualitet får som tema i samtalen. Denne maktubalansen er det viktig at sykepleier er klar over og motvirker ved å fremme seksualitet som samtaleemne. Dette kan bidra til at pasienten lettere bringer temaet på banen i konsultasjoner (Helland, 2015).

For å veilede pasienter og eventuelt pårørende innenfor seksuell helse, forutsettes det også at sykepleier har veiledningskompetanse. Veiledning bygger på ulike teoretiske grunnlag og metoden velges etter formålet med veiledningen (Thorsnes, Rønning & Brataas, 2019). Den kognitive teorien fremmer hukommelse og indre komplekse læringsprosesser slik at pasienten skal finne mening og sammenheng i sine erfaringer. I veiledningen vektlegges sammenhengen mellom sykdom, behandling, bivirkning og betydningen dette kan ha for egen helse. Pasienten vil være aktivt deltakende i læringsprosessen, derfor er indre motivasjon for læring vesentlig. Hun vil motta informasjon som bearbeides gjennom mental aktivitet, dette vil gjøre at pasienten endrer erfaringskunnskaper og på sikt kan endre tankesett. Læringen vil bygges på et sosialt samspill mellom sykepleier og pasienten, i tillegg til samhandling med ting og

redskaper (Brataas & Thorsnes, 2019). I møte med kvinner rammet av livmorhalskreft vil det være hensiktsmessig å benytte denne kognitive tilnærmingen, kombinert med handlingsorientert veiledning for å mestre bruk av hjelpemidler (Thorsnes et. al., 2019).

2.4.1 Pasientveiledning

Hensikten med pasientveiledning er å gi pasienten økt kunnskap, bedre ferdigheter og mestringsstrategier slik at hun får bedre muligheter til å takle sin nye livssituasjon (Thorsnes et.al., 2019). Med den kognitive og handlingsorienterte veiledningen i bakhodet, er det avgjørende at sykepleier setter av nok tid til samtalen, ikke avbryter og fullfører samtalen på en ordentlig måte. Samtidig bør sykepleier ha noe utvidet kunnskap om samtaleemnet, og tidlig i samtalen forsøke å danne en tillitsskapende relasjon til pasienten (Helland, 2015). Disse trinnene er avgjørende for å legge til rette for en god samtale og seksuell veiledning. Samtalen bør bestå av en innledning, en hoveddel og en avslutning. Innledningen brukes til å etablere en relasjon ved å vise omsorg, respekt, interesse, klargjøre hensikt og ramme ved samtalen og for å forhandle om et mål. Hoveddelen av samtalen brukes til å utforske problem og tema, forstå pasientens perspektiv, strukturere samtalen, utvikle relasjon, forklare og informere. Avslutningen skal oppsummere samtalen (Eide & Eide, 2017).

Samtalen er et godt verktøy for å samle kunnskap om pasientens behov for informasjon og veiledning knyttet til seksuell helse. Datasamlingen skal tilpasses individuelt og derfor er det viktig å kartlegge hvilke tanker og følelser pasienten og en eventuell partner har om seksualitet i tiden fremover (Gamnes, 2016). Spørsmålet som lett kan bringe temaet på banen er om pasienten har opplevd noen endringer eller utfordringer i forbindelse med samliv og kreftsykdom. Sykepleier bør kartlegge om kvinnen ønsker mer informasjon om temaet slik at hun får rom til å velge om hun ønsker å fortsette samtalen. Dette er viktig slik at sykepleier ivaretar de pasientene som ikke ønsker å ta opp seksualitet som tema.

Ikke alle pasienter definerer selv at de har et problem, derfor kan sykepleier innlede med mulig påvirkning av sykdom og behandling på seksuallivet og vanlige utfordringer kreftrammede kvinner møter. På denne måten vil sykepleier kunne identifisere flere pasienters behov for informasjon, samtale og veiledning, og sykepleier bidrar til å normalisere utfordringen kvinnen kan møte (Helland, 2015).

En kommunikasjonsprosess foregår på det bevisste og ubevisste plan. Tonefall, mimikk og kroppsspråk er en viktig del av samtalen, noe sykepleier bør være bevisst på. Måten sykepleier ordlegger seg på, bruker tonefall og kroppsspråk kan påvirke om kommunikasjonen åpnes eller lukkes. Samtalen bør bygges på gjensidig tillit og respekt for den andres følelser, grenser, livssituasjon og kultur (Helland, 2015). Fagord og uttrykk kan være vanskelig for pasienten å forstå, så det gjelder å finne ord som er tilpasset person og situasjon (Borg, 2017). Om sykepleier gjennomfører dette bekrefter man seksualitetens plass i et helse- og omsorgsperspektiv (Helland, 2015).

Når kvinnen får en kreftdiagnose vil hennes livssituasjon være preget av sjokk. Da er det viktig at sykepleier tilpasser informasjonen til hver enkelt pasients behov, og at informasjonen gjentas når det er nødvendig. Uansett forutsetning er det viktig at sykepleier informerer og veileder pasienten om et forestående behandlingsløp og konsekvensene kreftsykdommen og behandlingen kan medføre. Informasjonen bør gis både skriftlig og muntlig (Jerpseth, 2016), og ulike informasjonskilder kan benyttes. Informasjonen kan gis i form av brosjyrer, nettsider, samtale med sykepleier, gruppesamtaler, samtaler med eller uten partner eller henvisning videre til spesialist om det er behov for det. Den skriftlige informasjonen vil være nyttig da den kan leses om igjen ved behov og kan bringes hjem til en eventuell partner (Helland, 2015). Det viser seg at mange kvinner har lite kunnskap om kjønnsorganets anatomi og fysiologi og det kan derfor være nyttig å bruke tegninger eller modeller av det kvinnelige kjønnsorganet under informasjonsarbeidet (Jerpseth, 2016).

Avslutningsvis er det fordelaktig dersom sykepleier tar initiativ til at pasienten kan oppsummere innholdet i samtalen, slik at sykepleieren kan gjøre justeringer dersom oppsummeringen ikke er dekkende. I avslutningsdelen vil det også være relevant å lage avtaler om nye møter og videre oppfølging (Eide & Eide, 2017). Målet med samtalen vil være å hjelpe pasienten til å bevare seksuell helse uansett årsak til problemene og nåværende livssituasjon. Det viktigste arbeidsredskapet en sykepleier har er kommunikasjon, men uten faglig kunnskap og verktøy kan sykepleier kvie seg for å ta opp samtalen. PLISSIT er en av mange kommunikasjonsmodeller som er nyttig å ha kjennskap til når man skal veilede innenfor seksuelle problemstillinger (Borg, 2017).

2.4.2 PLISSIT-modellen

Kommunikasjonsverktøyet PLISSIT, ble utarbeidet av den amerikanske psykologen Jack Annon, og er en pedagogisk modell som bidrar til å lette kommunikasjonen om seksualitet og åpner opp for rådgivning og sexologisk behandling (Dahl & Sørensen, 2016). Ved hjelp av denne modellen kan også andre faggrupper enn spesialister gi sexologisk veiledning hvis de har noe kunnskap om seksualitet og samliv (Jerpseth, 2016). PLISSIT er en sammensetning av forbokstavene i modellen som står for P = permission, LI = limited information, SS = specific suggestions og IT = intensive therapy. På norsk vil dette være tillatelse, begrenset informasjon, spesifikke forslag og intensiv terapi (Dahl & Sørensen, 2016).

P= Tillatelse/permission er det første nivået der sykepleier gir pasienten tillatelse til å diskutere seksualitet. Her kan skriftlig informasjon som er gitt tidligere gjennomgås. Det er viktig at sykepleier respekterer at ikke alle vil snakke om seksualitet, men alle pasienter bør få tillatelse til å snakke om de seksuelle problemene når som helst i behandlingsforløpet. Det er derfor viktig at pasientens eget utgangspunkt ligger til grunn for veiledningen videre (Borg 2017). Mange kreftpasienter vil oppleve at de seksuelle problemene kan løses allerede på dette nivået (Dahl & Sørensen, 2016).

LI= Begrenset informasjon/limited information er nivå to i modellen der sykepleier gir informasjon om seksuelle utfordringer som kan oppstå i forbindelse med kreftsykdommen og behandlingen. På dette nivået kan det gis spesifikk informasjon om hvordan kreftdiagnosen kan spille inn på pasientens seksualliv, avklare misforståelser og informere om at seksuelle bekymringer er vanlige (Dahl & Sørensen, 2016).

SS= Spesifikke forslag/specific suggestions skal gis til både pasient og eventuelt partner ut fra de seksuelle problemene som har kommet frem i samtalen. Om problemet ikke har kommet klart frem skal mer informasjon innhentes for å kunne gi rett veiledning (Dahl & Sørensen, 2016). Sykepleier skal kunne informere om seksuelle hjelpemidler som plaststav eller vaginale dilatatorer ved fare for sammenvoksinger, bruken av disse og vannbasert glidemiddel eller vaginalkremer som kan forhindre skjedetørrehet (Borg, 2017).

IT= Intensiv terapi/intensive therapy er aktuelt for et fåtall av pasientene, og problemene er ofte komplekse. Eksempler kan være psykiske problemer eller dypere samlivsproblematikk, og dette punktet vil derfor være forbeholdt spesialister innenfor sexologi, urologi eller kirurgi.

Sykepleierens rolle innenfor dette trinnet vil være å plukke opp pasientens problemer, henvide pasienten videre til egnet spesialist og motivere pasienten til å fullføre behandling (Borg, 2017).

2.5 Hjelpemidler

Om kvinnen plages med tørrhet i skjeden kan dette føre til smertefullt samleie som i verste fall blir umulig å gjennomføre. I slike tilfeller kan en vannbasert glidekrem anvendes. Lokal østrogenkrem eller stikkpiller i skjeden etter avsluttet strålebehandling kan også anvendes for å løse tørrhetsproblematikk om østrogennivået ikke er tilstrekkelig.

Testogel brukes i utgangspunktet av menn, men kan gi en effekt hos kvinnen når hun har lave testosteronnivåer. Gelen har innvirkning på lysten, og flere kvinner gir tilbakemeldinger om et bedre seksualliv og økt energinivå etter bruk av den. Baksiden ved bruk av kremen er at den ikke er godkjent for bruk hos kvinner.

Ved smerter eller ubehag under samleie anbefales bruk av xylocain-gel på slimhinnene i skjeden før samleie eller tøying av skjeden. Denne kremen virker bedøvende og vil derfor smertestille lokalt i slimhinnen (Rolland & Simonsen, 2018b).

Om kvinnen opplever nedsatt følsomhet kan en vibrator eller vakuumpumpe anvendes. Vakuumpumpen vil trekke blod inn i kjønnsorganet som vil kunne bidra til økt følsomhet. Strålebehandling gir økt risiko for sammenvoksinger i skjeden da slimhinnene er skadet. I slike tilfeller kan det være gunstig å ha regelmessig samleie eller å anvende en glasstav eller dilatator som er laget for å forme og strekke skjeden. Dilatatoren kan fås i ulike størrelser slik at kvinnen etterhvert kan øke størrelsen om det er behov for det. Tiltaket er viktigst de tre første månedene etter avsluttet strålebehandling, men senvirkninger kan komme flere år etter behandling og det er derfor anbefalt å fortsette med tøyingen (Rolland & Simonsen, 2018b).

2.6 Lovverk og etikk

Sykepleierens rolle i yrkeslivet har utviklet seg i lang tid. Tidligere lå fokuset på omsorg og pleie, men i dag vektlegges deltakelse i medisinsk behandling i større grad. For å holde følge med utviklingen er det derfor viktig at sykepleier tilegner seg nye kunnskaper og ferdigheter for å kunne yte nødvendig helsehjelp. Tidligere har kun etikken stått sentralt i sykepleierens yrkesutøvelse, og verdiene bygger på prinsippene i Menneskerettighetserklæringen og på sykepleierforbundets retningslinjer fra 2006. De siste årene har denne sykepleiepraksisen også blitt rettslig regulert for å virkeliggjøre viktige verdier i samfunnet og helsevesenet. Det er derfor viktig at sykepleier innehar kunnskap om både yrkesetiske retningslinjer og lovverket for å kunne styrke sin utøvelsen av pleie, omsorg og behandling, og sørge for at egen sykepleieutøvelse er forsvarlig (Molven, 2016).

Pasient- og brukerrettighetsloven gjelder for alt helsepersonell, og skal være med på å sikre pasientens rettigheter ovenfor helse- og omsorgstjenesten. Befolkningen skal både ha lik tilgang til tjenester, og har rett på god kvalitet på tjenestene som utføres. I tillegg skal loven bidra til å fremme tillit mellom pasient, bruker og helsetjenesten. § 3-2 omhandler pasientens rett til informasjon for å få innblikk i eget sykdomsbilde, herunder mulige risikoer og bivirkninger. Informasjonen som gis skal ikke gis mot pasientens vilje om det ikke er nødvendig for å forebygge skader fra helsehjelpen eller at det er medhold i annen lov. § 3-5 legger føringer for informasjonens form. Informasjonen som gis skal være tilpasset mottakerens forutsetninger. Faktorer som ligger til grunn for dette er alder, modenhet, erfaring, kultur- og språkbakgrunn. Etter informasjonen er gitt skal sykepleier forsikre seg om at mottakeren har forstått innholdet i informasjonen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Helsepersonelloven sørger for sikkerhet for pasienter, kvalitet i helse- og omsorgstjenesten, i tillegg til å skape tillit til helsepersonell og helsesektoren. §4 i loven omhandler forsvarlighet, og innebærer at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til omsorgsfull hjelp og faglig forsvarlighet ut fra egne kvalifikasjoner, arbeidets innhold og situasjonen. Helsepersonell er også pliktig til å henvise pasienten videre eller innhente bistand fra annet kvalifisert helsepersonell dersom egne faglige kvalifikasjoner ikke er tilstrekkelige (Helsepersonelloven, 1999).

I følge yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere er grunnverdiene i sykepleie bygget på barmhjertighet, omsorg og respekt for både hvert enkelt menneskes liv og menneskerettighetene. Som sykepleier har man et yrkesetisk ansvar for å utføre en sykepleiepraksis som fremmer helse, forebygger sykdom, ivaretar pasientens behov for helhetlig omsorg og understøtter håp, mestring og livsmot. Sykepleier skal gi pasienten mulighet til å selv ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig informasjon som er tilpasset pasienten. Etter informasjonen er gitt skal sykepleier forsikre seg om at informasjonen er forstått. Det er også viktig at sykepleier praktiserer innenfor egen kompetanse. Om sykepleier ikke føler seg kompetent nok i en pasientsituasjon skal man søke veiledning hos annet kvalifisert helsepersonell. Sykepleier har også et ansvar på samfunnsnivå for å imøtekomme sårbare gruppers behov i tillegg til å legge et godt grunnlag som muliggjør god praksis (NSF, 2016).

3 Metode

I følge Vilhelm Aubert (1985) defineres metode som: «en fremgangsmåte, et hjelpemiddel 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». En metode velges ut fra hvilken metode vi mener egner seg til å belyse problemstillingen på best mulig måte (Dalland, 2017).

I dette kapitlet redegjøres det for metode, hvordan relevant litteratur og forskning ble funnet og presentasjon av søkehistorikk. Til slutt legges kildekritikk frem.

3.1 Den litterære oppgaven

Innledningsvis nevner jeg en oppgave fra høsten 2018 som vekket min interesse for emnet da jeg så gap mellom teori, praksis og lovverket og mener dette er et viktig tema å belyse.

Oppgaven er strukturert som en litterær oppgave, hvor det er benyttet primærlitteratur i form av relevante forskningsartikler, etiske retningslinjer og lovverk, og sekundærlitteratur i form av pensumbøker fra Lovisenberg Diakonale Høgskole og annen relevant litteratur fra store biblioteker som UiO medisinske bibliotek og Deichmanske bibliotek. Noe internettkilder er også benyttet. En litterær oppgave bygger på data fra allerede eksisterende fagkunnskap og forskning. Metoden ble valgt på bakgrunn av at jeg trekker frem eksisterende teori og forskning for å vise gap mellom teori og praksis, i tillegg til å belyse både sykepleiers og pasientens perspektiv av saken (Dalland, 2017).

3.2 Litteratur

I oppgaven har jeg brukt lovverket og etikken som rammeverk. Relevant pensum ble først utforsket i skolens pensumliste for å trekke inn kunnskap som jeg har tilegnet meg i løpet av 3 år på studiet, samt at troverdigheten til pensumet øker da det er knyttet opp mot skolen. Etter gjennomgang av skolens pensumlitteratur, valgte jeg å benytte meg av UiO medisinske bibliotek og Deichmanske bibliotek for å få tilgang til litteratur som pensumlitteraturen ikke dekket. For å sikre oppdatert informasjon i oppgaven avgrenset jeg all litteratur til å ikke være eldre enn 10 år.

Forskningsartiklene som er benyttet i oppgaven ble funnet ved hjelp av CINAHL og PubMed. Likt for hvert søk som ble utført er publiseringsdato innenfor de 10 siste årene og gjennomgang av tittelen til artiklene. Mitt første søk i PubMed, «Sexuality» og «cancer patients» ga 1330 treff, noe som er veldig mye. Valgt artikkel kom frem relativt langt opp på listen, jeg fant både tittel og sammendrag relevant for oppgaven og gikk derfor for denne. De senere søkene mine hadde litt færre treff, mellom 9 – 44 artikler. Jeg leste alle titlene og artiklene som omhandlet sykepleier, pasienter med livmorhalskreft og seksualitet ble tatt med videre. Deretter leste jeg artiklenes sammendrag, og valgte tre artikler jeg mener er relevant for å belyse problemstillingen min. Disse ble videre gransket for å implementeres på best mulig måte i oppgaven.

I startfasen av søkeprosessen var søkeordene plukket ut fra problemstillingen, noe som ga upresise treff. Derfor valgte jeg å bruke MeSH, slik at det ble enklere for meg å finne den korrekte engelske fagterminologien på begrepene mine. Underveis i søkene lette jeg både etter relevante artikler, samtidig som jeg forsøkte å finne mer spissede søkeord rettet mot min problemstilling i de forskjellige artiklene. IMRaD- modellen benyttes i oppgaven for å skille mellom fag- og forskningsartikler da IMRaD, ifølge Dalland (2017), er benyttet for å vise oppbyggingen av forskningsartikler. Navnet til modellen er en forkortelse for I- introduction/introduksjon, M- methods/metode, R- results/resultat *and/og* D- discussion/diskusjon (Dalland, 2017). Etter jeg sikret at det var vitenskapelige artikler jeg hadde funnet og at disse var fagfellevurdert, søkte jeg de opp på Norsk Senter for Forskningsdata for å sjekke om artiklene var publisert i en vitenskapelig godkjent publiseringskanal. Stegene i kvalitetssikringen er med på å øke troverdigheten til forskningen som er benyttet for å belyse oppgavens problemstilling.

Tabellen illustrerer hvordan søkene ble gjennomført:

Dato	Navn	Database	Søkeord	Antall treff	Søk med AND/OR	Antall treff	Avgrensnin g	Antall treff
5/12-18	Shyness and openness-common ground	PubMed	Sexuality Cancer patients	143169 1216581	Sexuality AND cancer patients	2907	Publisert innenfor de 10 siste årene	1330

	for dialogue between health personnel and women about sexual and intimate issues after gynecological cancer							
5/12-18	Discussing sexuality with cancer patients: oncology nurses attitudes and views	PubMed	Sexuality Health personnel Gynecological cancer	143169 581636 75378	Sexuality AND Health personnel AND Gynecological cancer	12	Publisert innenfor de 10 siste årene	9
12/1-18	Living in a changed female body after gynecological cancer	PubMed	Gynecological cancer Changed body	75585 14429	Gynecological cancer AND changed body	31	Publisert innenfor de 10 siste årene	22
12/1-18	Cervical cancer survivors and	CINAHL	Cervix Neoplasms	1488	Cervix Neoplasms AND	69	Peer Reviewed Full Tekst	44

partners experiences with sexual dysfunction and psychosexual support		Sexuality	6420	sexuality		Publisert innenfor de 10 siste årene	
--	--	-----------	------	-----------	--	---	--

3.3 Kildekritikk

Kildekritikk betyr å vurdere og å karakterisere relevant litteratur for å belyse problemstillingen. Det er viktig at man kan redegjøre for hvilke kriterier som er lagt til grunn for utvelgelsen (Dalland, 2017).

3.3.1 Litteratur

Hftet skrevet av Rolland og Simonsen (2018b) er i hovedsak rettet mot voksne kvinner som gjennomgår eller har gjennomgått kreftbehandling og deres pårørende, men det presiseres også at heftet kan være til nytte for helsepersonell. Da hjelpemidler som kan forebygge eller bedre senkomplikasjoner som kan oppstå etter livmorhalskreft og behandling er lite beskrevet i teorien, valgte jeg å kontakte en sykepleier som jobber med kreftpasienter for å få kunnskap om hvor de henter informasjon fra. Hun viste til heftet fra Kreftforeningen. Da kreftforeningen er et kjent navn innenfor faget, anser jeg denne kilden som relevant for å belyse et tema jeg ikke syntes teorien dekket godt nok.

Jeg har benyttet meg av noe sekundærlitteratur i oppgaven i form av lærebøker som er pensumlitteratur og annen litteratur som gjengir forskning og teorier utarbeidet av andre. Faren ved bruk av sekundærlitteratur er at pensum kan være bearbeidet da teorien blir presentert av en annen person enn den som opprinnelig skrev. Tekstene kan være både oversatt og fortolket, som betyr at det opprinnelige perspektivet kan ha endret seg (Dalland, 2017).

Noen internettkilder er benyttet i oppgaven der pensum ikke var dekkende, men det kan være vanskelig å skille ut faglige kilder fra alt som publiseres på nettet (Dalland, 2017). For å kvalitetssikre internettkildene har jeg vektlagt at nettsiden skal være skrevet av fagpersonell og rettet mot helsepersonell. Et eksempel er nettsider som beskriver livmorhalskreft og behandling. Jeg fant både kreftlex.no og oncolex.no som ligner mye på hverandre, forskjellen på kildene er målgruppen. Jeg har benyttet meg av oncolex.no til tross for at teorien her var vanskeligere å forstå, da siden er rettet mot helsepersonell. Jeg har brukt mye tid på å forstå detaljert teori, for så å prøve å forenkle litteraturen til denne oppgaven.

3.3.2 Forskningsartikler

To av mine forskningsartikler er skrevet i Norge, en i Tyrkia og en i Nederland. Det vil da være relevant å trekke frem spørsmålet om funnene i studiet representerer populasjonen i det landet? Det vil ikke være en selvfølge at forskningsresultatene kan overføres til lignende fenomener i Norge, derfor kan ikke resultatene uten videre brukes til å forklare forholdene i vårt land (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2016). Et eksempel kommer frem i forskningsartikkelen til Oskay, Can og Basgol (2014), der tyrkisk kultur innvirker på deres rutiner for seksuell veiledning. Den samme kulturbakgrunnen har vi ikke i Norge. Til tross for dette anser jeg forskningsartikkelen som en relevant kilde for å belyse problemstillingen da flere av funnene støttes opp av litteraturen i Borg (2017). Alle de vitenskapelige artiklene i oppgaven er også fagfelleurderte, noe som er med på å styrke troverdigheten til resultatene. Kvalitativ metode har som hensikt å skaffe kunnskap om menneskers meninger, opplevelser, erfaringer, tanker, forventninger og holdninger (Thidemann, 2015). Alle forskningsartiklene mine er kvalitative forskningsintervjuer som belyser hvordan emnet oppleves fra intervjupersonens side (Dalland, 2017). Jeg har artikler som fremmer både sykepleiers og pasientens side, noe som styrker oppgaven da jeg dekker flere synsvinkler.

Forskningsartiklene som er benyttet er primærkilder, da disse er den opprinnelige utgaven av teksten (Dalland, 2017). Derfor anser jeg artiklene som korrekte kilder da de ikke er fortolket av andre før meg. Forskningsartiklene er skrevet på engelsk og jeg har vært nødt til å oversette dem. Her vil det være relevant å trekke inn hermeneutikken som innebærer å finne frem til meningen i en tekst (Dalland, 2017). Engelsk er ikke mitt morsmål og det kan være fare for at jeg har misforstått ord, setninger eller meningen med teksten og dermed fått et feilaktig bilde av forskningen. For å motvirke dette har jeg brukt god tid på å oversette og forstå forskningen.

Litteraturen jeg har valgt ut i oppgaven, kan ha vært valgt på bakgrunn av min førforståelse av temaet. Før jeg begynte skriveprosessen hadde jeg allerede en mening om temaet, en såkalt fordom (Dalland, 2017). Et eksempel er at jeg på forhånd visste at pasientene ikke opplever gode rutiner for samtale om seksuell veiledning. Jeg kan derfor ubevisst ha lett etter forskningsresultater og teori som underbygger denne tanken. For å motvirke dette har jeg etterstrebet å finne teori som kan være motsigende mot informasjonsmangelen. Forskning har også vist at noen sykepleiere med erfaring innenfor temaet fremmer seksualitet i samtale med pasientene (Oskay, et.al., 2014).

3.4 Ethiske overveielser

I løpet av oppgaven har det blitt gjort noen etiske overveielser. Jeg har fulgt Lovisenberg Diakonale Høgskoles retningslinjer for oppgaveskriving, kreditert forfatteren til teorien jeg benytter, og jeg har overholdt min taushetsplikt ved å anonymisere den aktuelle poliklinikken jeg var i kontakt med i starten av skriveperioden (Dalland, 2017).

4 Presentasjon av forskningsresultater

Nr.	Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	Ragnhild J. T. Sekse, Målfrid Råheim 6 Eva Gjengedal (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	Utforsker beskjedenhet og åpenhet relatert til å snakke om seksuelle problemer som kan oppstå etter livmorhalskreft. Studiet viser hvordan livmorhalskreftoverlevende kvinner opplevde dialog med helsepersonell rundt seksuell helse.	Kvalitativ metode: Individuelle intervjuer av 16 kreftoverlevende kvinner i Norge.	Kvinnene i studiet opplever seksualitet som et sårt tema og fant det derfor vanskelig å uttrykke sine behov for å bringe temaet på banen. De ønsker at helsepersonell skal ta opp temaet, men opplever et manglende initiativ fra helsepersonell ets side.
2	Umran Oskay, Gulbeyaz Can & Sukran Basgol (2014)	Discussing Sexuality with Cancer Patients: Oncology Nurses Attitudes and Views	Asian Pacific Journal of Cancer Prevention	Undersøke hvilke holdninger sykepleiere som jobber med kreft har i forhold til seksuell rådgivning.	Kvalitativ metode: 87 kreftsykepleiere deltok i en onlineundersøkelse utarbeidet av Oncology Nurses Association.	De fleste sykepleiere bringer ikke seksualitet på banen. Grunnen til at seksualitet ble ignorert var fravær av rutiner for

						<p>seksuell rådgivning på kreftavdeling, forestillingen om at pasienten skammer seg/syntes temaet er for privat og sykepleiere som oppgir at de har utilstrekkelige ferdigheter og utdanning for å ta opp temaet. Helsepersonell med lengst erfaring og videreutdanning har bedre evne til å ta opp seksualitet som samtaleemne.</p>
3	Ragnhild J. T. Sekse, Eva Gjengedal & Målfrid Råheim	Living in a Changed Female Body After Gynecological Cancer	Health Care for Women International	Belyser hvordan det oppleves for kvinner å leve i en endret kropp 5-6 år etter behandling av gynekologisk kreft.	Kvalitativ metode: Individuelle intervjuer med 16 kvinner som har overlevd gynekologisk kreft ved	Kvinnene syntes det er vanskelig å gjenvinne kjennskap med den endrede kroppen. De

	(2013)				universitetssykehuset i Norge.	kroppslige endringene omhandlet endringer i kroppstemperatur og et endret seksualliv. Kvinnene oppgir at de ikke var forbered på de kroppslige endringene som oppstod etter kreftbehandlingen, dette gjorde det vanskeligere for kvinnene å bringe temaet på banen.
4	Willem inj M. Verme er, Rinske M. Bakker , Gemm a G. Kenter, Anne M.	Cervical cancer survivors and partners experience s with sexual dysfunctio n and psychosex ual support.	Support Care Cancer	Belyser kvinners opplevelse med seksuelle dysfunksjoner, psykoseksuel støtte og behov kreftoverlevende kvinner og deres partnere hadde under behandlingsforløpet.	Kvalitativ metode: Individuelle intervjuer med 30 kvinner som har overlevd livmorhalskreft og 12 av deres partnere.	Både skriftlig og muntlig informasjon sammen med praktiske råd var de metodene kvinnene satte mest pris på. Flere av kvinnene uttrykker også verdien av å

	<p>Stiggel bout & Moniek M. Kuile (2015)</p>				<p>inkludere partner i informasjonsa rbeidet. Nettsider ble uttrykt som en nyttig førstehåndskil de for partnere ved generelle seksuelle problemer, men ved mer komplekse problemer ble samtale med en sexolog verdsatt. Ved generelle seksuelle problemer ble samtale med sykepleier mer verdsatt da sykepleier ble ansett som mer tilgjengelig og empatisk.</p>
--	--	--	--	--	---

5 Drøfting

I dette kapittelet skal jeg drøfte overstående teori opp mot etikk, lovverk og aktuelle forskningsartikler presentert i artikkelmatrisen. Diskusjonen skal belyse hvordan sykepleier kan informere og veilede kvinner om seksuelle utfordringer som kan oppstå etter avsluttet kreftbehandling mot livmorhalskreft.

5.1 Den enkelte sykepleiers ansvar

Ettersom at det ikke finnes noen nasjonal samlet kompetanse i form av ressurs- eller kompetansesenter, og heller ingen retningslinjer sykepleier er pålagt å følge i sykehus om å ivareta seksuelle spørsmål, faller det på den enkelte sykepleier å ta initiativ til å åpne opp til dialog omkring temaet (Helland, 2015). I følge Oskay et.al. (2014) kommer manglende rutiner på avdelingen frem som en av grunnene til at sykepleier ikke bringer temaet på banen. Til tross for dette har pasienten rett på informasjon om seksuell helse for å få innblikk i eget sykdomsbilde, risikoer og bivirkninger (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999). Sekse, Råheim og Gjengedal (2015) trekker frem at kvinnene i studiet opplevde temaet som sårt og slet med å uttrykke sine personlige opplevelser og behov knyttet til problemet, men i ettertid anerkjente kvinnene at de hadde et strekt behov for dialog og ønsket at sykepleier hadde innledet samtalen. Å ikke ha et støtteapparat som ivaretar seksuelle spørsmål kan ha en livsbegrensende effekt på mange kvinner (Sekse et. al. 2015). Sykepleiers juridiske ansvar blir derfor enda større. Som nevnt på side 10, vil sykepleiers initiativ til å snakke om seksualitet være avgjørende på om pasienten åpner eller lukker seg (Helland, 2015). Sykepleiers initiativ vil igjen innvirke på om pasienten får den informasjonen hun har krav på slik at hun blir rustet til å takle senkomplikasjoner.

5.2 Barrierer for å utøve hjelp

Seksualitet er et grunnleggende behov og kan være en ressurs som fremmer livskvalitet og mestringsevne hos pasienten (Helland, 2015). Mangel på kunnskap og kommunikasjonsferdigheter kan imidlertid gjøre det utfordrende for sykepleier å snakke om seksualitet. Ofte argumenteres det med at sykepleier ikke har nok tid til å snakke om seksualitet og en overbevisning om at temaet er uinteressant for pasienten (Borg, 2017). Når pasientene ikke fremmer samtalen, kan sykepleier tolke det som om temaet er noe pasienten ikke vil snakke om, men egentlig mangler hun bare motet til å bringe frem temaet (Helland, 2015). I forskningsartikkelen til Oskay et.al. (2014) fremmer sykepleiere at forestillingen om

at pasienten finner temaet for privat, at emnet er tabubelagt og overbevisningen om at sykepleier selv ikke har nok kompetanse som andre viktige grunnet til at seksualitet i samtalen unngås. Til tross for at flere sykepleierne i studiet er klar over at pasientene har seksuelle bekymringer og problemer, unngår fortsatt nesten en tredjedel av sykepleierne å snakke om seksuell helse. Halvparten av sykepleierne sier dessuten at de ikke har nok kunnskap om temaet (Oskay et.al. 2014). Dette er bekymringsfullt da det tyder på at pasientene gjennomgår en «ensom reise» med manglende informasjon og veiledning. Påstanden understrekes i forskning hvor kvinnene sier de ikke var forberedt på de kroppslige endringene som de møtte på i løpet av kreftbehandlingen. Informasjon og veiledning innenfor svekket eller fraværende lyst, såre og tørre slimhinner og smerter som oppstod i forbindelse med samleie er noe kvinnene etterlyser (Sekse, Gjengedal & Råheim 2013). Denne informasjonsmangelen står i kontrast til god kvalitet på informasjon som ble gitt på sykehus; denne var konkret og detaljert slik at kvinnene skulle være godt forberedt til operasjon (Sekse et.al. 2015). Informasjonsmangelen kvinnene oppgir i forskningsintervjuet strider imot de yrkesetiske retningslinjene, som pålegger sykepleier å utføre en praksis som fremmer helse, forebygger sykdom, ivaretar pasientens behov for helhetlig omsorg og understøtter håp, mestring og livsmot (NSF, 2016). Vi vet at empowerment er et viktig aspekt i sykepleierens pedagogiske og undervisende funksjon, og viktige faktorer for å fremme brukermedvirkningen er undervisning og veiledning (Stubberud, 2015), derfor bør sykepleier etterstrebe informasjonsarbeid i praksis.

5.3 Taushet rundt seksualitet

Seksualitet kan oppleves motsetningsfylt. På den ene siden knytter mange det opp mot reproduksjon, intimitet, følelser, identitet og samkvem. På den andre siden kan mange oppleve skam og skyld knyttet til sin seksualitet (Jerpseth, 2016). Om sykepleier unngår dialogen om seksualitet vil man automatisk være med på å styrke fordommene om at kreftrammedes seksuelle helse ikke er et aktuelt tema, og tausheten vil bidra til å opprettholde myter rundt kreft og seksualitet (Borg, 2017). Kvinnenes erfaring i møte med helsepersonell var at de ikke fanget opp eller holdt fast ved problemene kvinnene prøvde å gi uttrykk for, og de ble ikke møtt med åpenhet for å bringe frem temaet. Barrieren for å ta opp emnet ble enda større, og dette kan være årsaken til at kvinner går fra å være for sjenerte til å bringe temaet på banen, til å skamme seg over problemene (Sekse et.al., 2015).

Kvinnene påpeker at samtalen med sykepleier ofte dreide seg om det medisinske, men det de egentlig ville ha informasjon om var endringer og innvirkningen kreften hadde hatt på

kroppen og forholdet deres (Sekse et.al., 2013). I en pasient-sykepleier relasjon er det sykepleier som har mest kunnskap om diagnose og behandling, og kan gjennom bekreftelse eller avvisning avgjøre hvor stor plass seksualitet får i samtalen. Dette kan benyttes som en maktfaktor i møte med pasientene. Det er viktig at sykepleier er klar over maktubalansen slik at seksualitet blir fremmet i samtalen. Dette bidrar til at pasienten lettere kan bringe temaet på banen i konsultasjoner (Helland, 2015), og vi vet at kvinner ønsker at helsepersonell skal være mer aktivt deltagende i å løse problemer og samtidig lytte til pasientens egne ønsker (Sekse et al., 2013).

5.4 Sykepleierens kompetanse

Ut fra relevant forskning og teori kan det tenkes at pasienten syntes det er mer ubehagelig å snakke om egen seksuell helse, enn det det vil være for sykepleier som faglig ansvarlig å snakke om temaet. Kunnskap og en profesjonell holdning som ikke er terapeutisk er derfor viktige faktorer sykepleier bør ta med seg inn i samtalen (Helland, 2015). Dette kan imidlertid by på utfordringer da vi vet at mange sykepleiere har tendenser til å stille for høye krav til seg selv innenfor fagfeltet (Oskay et.al., 2014). På den ene siden bør ikke sykepleier ta på seg å snakke om et så viktig og privat tema dersom sykepleier ikke har tilstrekkelig kunnskap og kommunikasjonsferdigheter til å føre en profesjonell og dekkende samtale. Dette fastslås i Helsepersonelloven som pålegger sykepleier å utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til omsorgsfull hjelp og faglig forsvarlighet ut fra egne kvalifikasjoner (Helsepersonelloven, 1999). På den andre siden har vi Pasient-og brukerrettighetsloven som sier at pasienten har rett på informasjon for å få tilstrekkelig innsikt i egen helsetilstand (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Dette er to lovgivninger som kan skape splid i sykepleierens yrkesutøvelse. Det vil derfor være relevant å vise til Helsepersonelloven (1999) hvor sykepleier er pliktig til å henvise pasienten videre eller innhente bistand fra annet kvalifisert helsepersonell dersom egne faglige kvalifikasjoner ikke er tilstrekkelige. For at pasientens behov for informasjon, støtte og veiledning skal dekkes mener Helland (2015) at det kreves at instansene koordineres. Ofte vil sykepleier være kompetent nok til å gi dekkende råd, men om det avdekkes mer komplekse seksuelle problemer må sykepleier henvise pasienten videre (Gamnes, 2016). For å kunne imøtekomme nevnte lovgivninger som sykepleier er pliktet til å følge, vil det være relevant å ha kjennskap til loven og deretter ha en tverrfaglig tilnærming til spesialister med ekspertise innenfor fagfeltet.

Å gi pasienten rom til å velge om hun ønsker å fortsette samtalen eller ikke er en viktig del i veiledningsprosessen, da sykepleier skal ivareta de pasientene som ikke ønsker å ta opp seksualitet som tema. Lovverket sier at informasjon ikke skal gis mot pasientens vilje om det ikke er nødvendig for å forebygge skade fra helsehjelpen eller at det er medhold i en annen lov (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Dersom informasjon om seksualitet blir gitt mot pasientens vilje, kan pasienten oppleve dette som grenseoverskridende og sykepleieutøvelsen vil ikke være forenelig med hverken lovverket eller en etisk forsvarlig praksis (Helland, 2015). Den etiske praksisen bygger på barmhjertighet, omsorg og respekt for hvert enkelt menneskets liv og menneskerettighetene. Dermed vil sykepleier heller ikke muliggjøre sitt ansvar på samfunnsnivå som er å imøtekomme sårbare gruppers behov og fremme god praksis (NSF, 2016).

5.5 Mestring av pasientveiledning

Sykepleiere har ansvar for pasientopplæring (Jerpseth, 2016). For at sykepleier skal kunne mestre undervisning og veiledning, til tross for en følelse av manglende kunnskap og kompetanse, vil kommunikasjonsmodeller være et godt verktøy. Rammene for samtalen skal være preget av gjensidig tillit, og respekt for andres følelser, grenser, livssituasjon og kultur. For å oppnå dette, bør sykepleier sette av god tid, ikke avbryte pasienten og fullføre samtalen på en ordentlig måte. Man bør lytte empatisk, informere og innhente den informasjonen pasienten etterspør, og følge opp temaet (Helland, 2015). Kommunikasjonsverktøyet PLISSIT er et verktøy det kan være nyttig å benytte seg av da den letter kommunikasjonen om seksualitet samtidig som den åpner opp for rådgivning og seksuell behandling. Modellen vil kunne lede sykepleier inn på undervisning og informasjon om hjelpemidler, slik at pasienten føler seg godt nok informert om mulige tiltak som skal igangsettes (Dahl og Sørensen, 2016). Til tross for at PLISSIT er et godt verktøy å benytte seg av under seksuell veiledning, finnes det ingen garanti for at pasienten blir tilstrekkelig informert og opplært selv om sykepleier benytter modellen i samtalen. Studiet til Oskay et.al. (2014) viser at sykepleiere med videreutdanning eller lenger erfaring innenfor onkologi, lettere bringer temaet på banen. Halvparten av sykepleierne sier også at de opplyser om seksuelle problemer og effekten av kreftbehandling på seksualliv de selv har fått fra klinisk erfaring. Dette kan tyde på at sykepleiers kompetanse og erfaring virker inn på hvorvidt PLISSIT-modellen blir benyttet til sitt formål. Ikke alle kvinner definerer selv at de har seksuelle problemer (Helland, 2015), og det vil derfor ikke være sikkert at pasienten uttrykker bekymringer for problemene. Dette kan igjen føre til at det ikke avdekkes seksuelle problemer ved bruk av modellen.

5.6 Kvinners holdninger til informasjonskilder

Informasjonen som gis i samtalen bør i følge Jerpseth (2016) gis både skriftlig og muntlig, og forskjellige informasjonskilder bør benyttes. Informasjonskilder som fremmes i teorien er brosjyrer, nettsider, samtale med sykepleier, gruppesamtaler, samtale med eller uten partner eller henvisning videre slik at kvinnen kan snakke med en spesialist (Helland, 2015).

Å motta informasjon både skriftlig og muntlig sammen med praktiske råd var den mest støttende metoden for kvinnene. Skriftlig informasjon trekkes frem som positivt da kvinnene ikke ble overøst av informasjon i samtalen (Vermeer, Bakker, Kenter, Stiggelbout & Kuile, 2015). Den skriftlige informasjonen er nyttig da den kan leses om igjen og eventuelt bringes hjem til partner (Jerpseth, 2016). Kvinnene i studiet fremmer at de har splittede meninger om å inkludere partner i samtalen. På den ene siden mener noen av kvinnene at partner bør være involvert slik at de lærer hvordan de kan støtte sin partner vedrørende seksuelle bekymringer. På den andre siden er noen kvinner skeptiske til å involvere partner i samtalen med sykepleier da de mener det vil være vanskeligere å diskutere seksuelle bekymringer med partner til stedet.

Videre hadde kvinnene svært varierende interesse av gruppesamtaler. Noen så på andre kvinners historier som informative og nyttige da kvinnene gjennomgår det samme, mens andre kvinner mente at historiene ofte var negative og at informasjon fra helsepersonell var mer nyttig (Vermeer et.al. 2015). Her kommer sykepleiers ansvar om å lede støttegrupper inn da vi vet støttegruppene kan ha betydning for livskvalitet (Jerpseth, 2016).

Internettkilder ble ansett som en fin førstehåndskilde omhandlende seksuell funksjon etter kreft. I tilfeller der kvinnene opplevde mer komplekse seksuelle problemer, ønsket de imidlertid heller samtale ansikt til ansikt med helsepersonell. Kvinnene så på gynekologer som primærpersonen å fremme seksuelle problemer hos, da de anses som best egnet for å løse seksuelle problemer. Til tross for dette sier flere av kvinnene at sykepleier ble mer verdsatt i samtale hvor kvinnene ikke har komplekse seksuelle problemer, da sykepleier er mer empatisk og tilgjengelig. Noen deltakere i forskningsintervjuet stiller spørsmål ved om sykepleier innehar nok kunnskap om seksualitet (Vermeer et. al. 2015). Forskning viser at flestparten av sykepleiere helt fint klarer å svare på de seksuelle spørsmålene kreftpasienter stiller (Oskey et. al. 2014). Meningene om informasjonskildene viser viktigheten bak å tilpasse informasjon individuelt til hver enkelt kvinne (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

5.7 Informasjonsmangel

Innledningsvis trekkes historien om Jeanette Hoel frem, hun hadde knapt våknet fra narkosen, mottok en glasstav fra legen og fikk en vag forklaring på hvordan den skulle brukes. Jeanette påpeker at informasjonsmangelen førte til at hun ikke benyttet staven slik hun burde, og derfor har hennes seksuelliv blitt betraktelig redusert (Kreftforeningen, 2018).

For å kunne gi pasienten økt kunnskap, bedre ferdigheter og andre mestringsstrategier slik at hun takler sin nye livssituasjon, er veiledning sentralt (Thorsnes et. al., 2019). Som sykepleier har man ansvaret for pasientveiledning, dette inkluderer også undervisning og opplæring innenfor hjelpemidler (Jerpseth, 2016). Det vil være relevant for sykepleier å ha kjennskap til en kognitiv tilnærming, kombinert med handlingsorientert veiledning slik at kvinnen blir i stand til å mestre bruk av hjelpemidlene (Thorsnes et. al., 2019). Det viser seg at mange kvinner har lite kunnskap om kjønnsorganets anatomi og fysiologi og det vil derfor være nyttig å bruke tegninger eller modeller av det kvinnelige kjønnsorganet under informasjonsarbeidet (Jerpseth 2016). Sykepleier skal kunne informere om seksuelle hjelpemidler som plaststav, glasstav eller vaginale dilatorer ved fare for sammenvoksinger, bruken av disse i tillegg til bruk av glidemiddel eller vaginalkremer som kan forhindre skjededørret (Borg, 2017). Ut over dette står det lite om bruk av hjelpemidler i pensumlitteraturen og andre fagbøker innenfor kreft og behandling. Om pensum for helsepersonell ikke er dekkende, hvor skal da sykepleier hente informasjon?

Som sykepleier har man et yrkesetisk ansvar for å sikre en sykepleiepraksis som fremmer helse, forebygger sykdom og ivaretar pasientens behov for helhetlig omsorg. Sykepleier skal gi pasienten mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig informasjon (NSF, 2016). Om sykepleiers teorigrunnlag innenfor hjelpemidler ikke er tilstrekkelig, vil ikke sykepleier være kompetent nok til å føre en profesjonell samtale om seksualitet. Man vil ikke klare å gi kvinnen nok informasjon til at hun kan ta en selvstendig avgjørelse på om hun vil benytte hjelpemidlene eller ikke. Om sykepleier ikke innehar nok kunnskap om emnet vil en heller ikke klare å imøtekomme sårbare gruppers behov eller fremme en god praksis (NSF, 2016).

6 Avslutning

Innledningsvis reiste jeg spørsmålet om hvordan sykepleier kan informere og veilede kvinner om seksuelle utfordringer som kan oppstå etter avsluttet kreftbehandling mot livmorhalskreft. Etter gjennomgang av litteratur, lovverk, etikk og forskning har jeg fordypet meg i hvordan problemstillingen kan belyses. Å veilede, i følge Tveiten, krever en formell samtale som er relasjonell ved at pasient og sykepleier knytter en forbindelse. Veiledningen skal være pedagogisk og et hjelpemiddel til dette er PLISSIT. For å kunne veilede bør sykepleier ha kommunikasjons-, relasjons-, og veiledningskompetanse. Både litteratur og forskning viser at sykepleier har en tendens til å opptre avvisende og ha en taus holdning til kreftpasienters seksuelle helse, selv om sykepleier har ansvar for pasientopplæring. Forskning viser at sykepleiere med kunnskap innenfor temaet lettere bringer emnet på banen. Viktigheten av å styrke kunnskap og kompetanse hos sykepleier er derfor svært sentral.

I undervisningsarbeidet bør sykepleier ha kjennskap til lovverk og etiske retningslinjer da man ikke skal arbeide utenfor eget kompetanseområde. Kjennskap til andre profesjoner med ekspertise innenfor feltet er derfor sentralt.

Manglende kommunikasjonsferdigheter fremmes som en grunn til at sykepleiere ikke tar opp seksualitet som samtaleemne. Kommunikasjonsmodellen PLISSIT kan være nyttig å benytte seg av, slik at sykepleier lettere kan informere og veilede pasienten på en strukturert måte. Videre vil det være avgjørende for sykepleier å inneha kunnskap om livmorhalskreft, behandling, senkomplikasjoner og hvordan disse faktorene spiller inn på kvinnens seksuelliv. Informasjonen i samtalen bør forenkles da det ikke er sikkert pasienten forstår fagterminologi, og informasjonen bør tilpasses til hver enkelt kvinne. Forskjellige informasjonskilder kan med fordel benyttes, og informasjonen bør gis både skriftlig og muntlig. Det vil være nyttig å anvende anatomiske modeller eller tegninger av kvinners underliv under informasjonsarbeidet om kvinnen ikke har god kunnskap om kjønnsorganets anatomi og fysiologi.

Informasjon om bruk av hjelpemidler som kan motvirke eller bedre senkomplikasjoner skal gis, derfor bør sykepleier tilegne seg kunnskap om glasstav, glidekremer, hormonbalanserende preparater, bedøvende kremer ved smerter og hjelpemidler ved nedsatt følsomhet. Avslutningsvis bør pasienten oppfordres til å gjenta informasjonen, slik at sykepleier kan gjøre justeringer dersom oppsummeringen ikke er dekkende.

God undervisning er med på å styrke empowerment og kan senere gi en følelse av håp, mestring og livsmot for pasienten, men det er også viktig at kvinnen selv får velge om hun vil

motta informasjon eller ikke. Det er sykepleiers eget ansvar å tilegne seg den nødvendige kunnskapen slik at man imøtekommer en faglig, etisk og forsvarlig sykepleiepraksis.

Hjelpemidler og bruken av dem beskrives lite i teorien. Da teorien ikke er dekkende, hvor skal sykepleier hente informasjonen fra? Om dette er et uvisst område vil det ikke være lett for sykepleier å bringe temaet på banen. Sykepleieren har ansvaret for pasientopplæring, dermed vil det ikke være sikkert andre profesjoner tar opp temaet hjelpemidler, og kvinnene får dermed ikke informasjonen de har lovpålagt krav på om sykepleier ikke tar opp temaet. Historien til Jeanette viser informasjonsmangelen, og ut fra forskningen er ikke Jeanette alene i opplevelsen. Selv om det er opp til hver enkelt sykepleier å tilegne seg kunnskapene som trengs, kan det tyde på at pensumlitteraturen trenger en oppdatering innenfor feltet. Historien gir oss en grunn til å endre praksis så langt det lar seg gjøre, slik at seksualitet blir møtt på lik linje som alle andre grunnleggende behov.

Referanseliste

- Almås, E., & Benestad, E.E. (2017). *Sexologi i praksis* (3.Utg.). Oslo: Universitetsforlaget AS
- Bertelsen, B., Hornslien, K., & Thoresen, L. (2016). Svulster. I S. Ørn & E.B. Gansmo (Red.) *Sykdom og behandling* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Borg, T. (2017). Seksualitet. I A.M. Reitan & T.K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie, Pasient-Utfordring- Handling* (4 utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk
- Brataas, H. & Thorsnes, S. (2019). Teorier om erfaring og læring. I H. Brataas, A.E. Evensen & K. Ingstad (Red.), *Pedagogisk praksis i sykepleie* (1. Utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Dahl, A., & Sørensen, T. (2016). *Kreftsykdom, Psykologiske og sosiale perspektiver*. (1.utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6.utg.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner*. (3.utg.) 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: Grunnleggende behov* (3.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Gynkreftforeningen. (2015). Betydelig redusert seksualliv. Hentet fra <https://www.gynkreftforeningen.no/2017/12/betydelig-reduisert-seksualliv/>
- Helland, Y. (2015). Seksualitet. I E.K. Grov & I.M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5.utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017) *Snakk om det!* Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_s_eksuell_helse.pdf
- Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell (LOC-1999-07-02-64). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>

- Jerpseth, H. (2016). Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. I D.G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.) *Klinisk Sykepleie 2* (5.utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk
- Jetne, V. (2017). Strålebehandling. I A.M. Reitan & T.K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie, Pasient- Utfordring- Handling* (4 utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk
- Johannessen, A., Tufte, P.A., & Christoffersen, L. (2016) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. Utg.). Oslo: Abstrakt forlag AS
- Kreftforeningen. (2018). Kreft og seksualitet: En annen intimitet. Hentet fra:
<https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/mestre-livet-med-kreft/seksualitet/kreft-og-seksualitet-en-annen-intimitet/?fbclid=IwAR3F0JTUnONWGhTOkM6qT3lggtqbibR3SGv6qbueVA4OaSJklFr9TlzAdHA>
- Kreftregisteret. (29.10.2018a). Livmorhalskreft. Hentet 07. Desember 2018 fra
<https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Fakta-om-kreft/Livmorhalskreft/>
- Kreftregisteret. (09.02.2018b). Livmorhalsprogrammet. Hentet 07. Desember 2018 fra
<https://www.kreftregisteret.no/screening/livmorhalsprogrammet/>
- Kristensen, G. (2017a). Kreft i kvinnelige kjønnsorganer. I A.M. Reitan & T.K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie, Pasient- Utfordring- Handling* (4 utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk
- Kristensen, G. (2017b), Årsaker til livmorhalskreft. Hentet fra:
<http://oncolex.no/GYN/Diagnoser/Livmorhals/Bakgrunn/Arsaker>
- Kristensen, G. (2017c), Symptomer ved livmorhalskreft. Hentet fra:
<http://oncolex.no/GYN/Diagnoser/Livmorhals/Bakgrunn/Symptomer>
- Kristoff, A. (2016). Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer. I S. Ørn & E.B. Gansmo (Red.) *Sykdom og behandling* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Molven, O. (2016). *Sykepleie og jus* (5.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Nakken, E. (2017a). Kirurgisk behandling. I A.M. Reitan & T.K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie, Pasient- Utfordring- Handling* (4 utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk

- Nakken, E. (2017b). Kjemoterapi. I A.M. Reitan & T.K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie, Pasient- Utfordring- Handling* (4 utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk
- NSF. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra:
<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Oskay, U., Can, G. & Basgol, S. (2014). Discussing sexuality with cancer patients: Oncology Nurses attitudes and views. *Asian Pasific Journal of Cancer Prevention*. 15(17), 7321-7326, DOI: <http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2014.15.17.7321>
- 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>
- Reitan, A.M., & Schjølberg, T.K. (2017). *Kreftsykepleie Pasient-Utfordring-Handling* (4.utg.). Oslo: Cappelen Damm AS
- Rolland, Ø., & Simonen, V.J. (2018a). Kreft og seksualitet: En annen intimitet. Hentet 11. mars 2019 fra <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/mestre-livet-med-kreft/seksualitet/kreft-og-seksualitet-en-annen-intimitet/?fbclid=IwAR3F0JTUnONWGhTOkM6qT3lggtqbibR3SGv6qbueVA4OaSJkIFr9TlzAdHA>
- Rolland, Ø., & Simonsen, V.J. (2018b). *Kreft og seksualitet hos kvinnen*. (3.opplag). Oslo: Aktivt Trykk AS
- Sekse, R.J.T., Gjengedal, E. & Råheim, M. (2013). Living in a Changed Female Body After Gynecological Cancer. *Health Care for Women International*, 34:1, 14-33, DOI: 10.1080/07399332.2011.645965
- 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*, Vol.36(11), s.1255-1256, 1267. DOI: 10.1080/07399332.2014.989436
- Stubberud, D-G. (2015). Pasientens psykososiale behov: konsekvenser for sykepleierens funksjon og ansvar. I P. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (1. Utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

- Thidemann, I-J. (2015) *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter – Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (1. Utg.). Oslo: Universitetsforlaget AS
- Thorsnes, S.L, Rønning, A.B. & Brataas, H. (2019). Pasientveiledning og yrkesfaglig veiledning. I H. Brataas, A.E. Evensen & K. Ingstad (Red.), *Pedagogisk praksis i sykepleie* (1. Utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Tveiten, S. (2013). *Veiledning- mer enn ord* (4.utg.). Bergen: Forboklaget.
- Vermeer, W.M., Bakker, R.M., Kenter, G., Stiggelbout, A.M & Kuile, M.M. (2015). Cervical cancer survivors and partners experiences with sexual dysfunction and psychosexual support. *Support Care Cancer*, 2016; 24(4), 1679 – 1687, DOI: 10.1007/s00520-015-2925-0
- WHO. (2019) Defining sexual health. Hentet 13. februar 2019 fra https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/