

Seksuell helse etter allogen stamcelletransplantasjon

*“Å ikke tørre og klemme ektemannen din er virkelig
resultatet av en sykepleie som ikke prioriterer
seksualitet”*

Kandidatnummer: 112 & 221
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie, Emne 14B

Antall ord: 8963
Dato: 19.04.2022



Lovisenberg
diakonale høgskole

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	2
1.1 Begrunnelse for valg av tema	2
1.2 Presentasjon av problemstilling	3
1.2.1 Presisering	3
1.2.2 Kontekst	3
1.2.3 Avgrensning	3
1.3 Begrepsavklaring	4
2. Teoretisk grunnlag og modell	5
2.1 Seksualitet og seksuell helse	5
2.2 Sykdom, behandling og komplikasjoner	6
2.2.1 Allogen stamcelletransplantasjon	6
2.2.2 Cytostatikabehandling	6
2.2.3 Graft Versus Host Disease	7
2.3 Den didaktiske relasjonsmodellen i undervisning og veiledning	7
2.4 Sykepleierens kommunikasjonsferdigheter	8
2.4.1 Tabell 1: Kommunikasjonsferdigheter og forhold	9
2.5 Juridiske og etiske prinsipper	9
2.5.1 Juridisk ivaretagelse av pasienten	9
2.5.2 Yrkesetiske retningslinjer	10
2.6 Joyce Travelbees teori om sykepleiers mellommenneskelige aspekter	10
3. Metode	11
3.1 Valg av metode	11
3.2 Valg av forskningslitteratur	11
3.2.1 Søkehistorikk	11
3.2.2 Tabell 2: Litteratursøk	12
3.3 Inklusjonskriterier	14
3.3.1 Tabell 3: Inklusjonskriterier	15
3.4 Valg av faglitteratur	15
3.5 Kildekritikk	15
3.6 Etiske vurderinger	16
4. Presentasjon av forskningsresultater	17
4.1. Forskningsresultater	17
4.2 Tabell 4: Artikkelmatrise	18
5. Diskusjon	21
5.1 Å identifisere egne barrierer	21
5.1.1 Sykepleierens følelser	21
5.1.2 Behovet for kunnskap	22
5.1.3 Frykt for å krenke pasientens grenser og bluferdighet	24
5.2 Den didaktiske relasjonsmodellen i undervisningen og veiledningen	24
5.2.1 Pasientens forutsetninger	25
5.2.2 Situasjon og kontekst	25
5.2.3 Mål, ønsker og behov	27
5.2.4 Innholdet i undervisningen og veiledningen	28
5.2.5 Metodikk og tilrettelegging	30
5.2.6 Prosessvurdering og evaluering	32
6. Avslutning	33
7. Referanseliste	35

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 19.04.2022
Tittel: Seksuell helse etter allogen stamcelletransplantasjon	
<p><u>Problemstilling</u> <i>Hvordan kan undervisning og veiledning om seksualitet bidra til å fremme seksuell helse hos pasienter som har gjennomgått allogen stamcelletransplantasjon?</i></p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u> I denne delen av oppgaven presenterer vi teori om seksualitet og seksuell helse, og hvordan cytostatikabehandling og allogen stamcelletransplantasjon påvirker dette. Videre vil vi introdusere den didaktiske relasjonsmodellen og profesjonelle kommunikasjonsferdigheter som en del av sykepleierens undervisende og veiledende funksjon. Deretter belyser vi relevante lovverk og yrkesetiske retningslinjer som bidrar til juridisk og etisk ivaretagelse av pasienten. Til slutt introduserer vi sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee og hennes teori om mellommenneskelige aspekter.</p> <p><u>Metode</u> Bacheloroppgaven er en litteraturstudie, som vil si at den baserer seg på gjeldende og eksisterende fag- og forskningslitteratur. Vi har valgt fire artikler, med både kvalitative og kvantitative funn, for å besvare problemstillingen. Artikkelsøket ble gjennomført i databasen CINAHL, og alle artiklene var fagfellevurdert. Artiklene presenteres i en artikkelmatrise.</p> <p><u>Diskusjon</u> Diskusjonsdelen tar utgangspunkt i hvordan sykepleieren kan bruke den didaktiske relasjonsmodellen i undervisningen og veiledningen om seksualitet hos pasienter som har gjennomgått allogen stamcelletransplantasjon. Herunder vil vi diskutere de seks ulike punktene i modellen. Før vi tar utgangspunkt i den didaktiske relasjonsmodellen, har vi valgt å diskutere hvilke barrierer sykepleieren kan møte knyttet til temaet seksualitet. Vi skal også diskutere hvilke tidligere erfaringer sykepleiere og pasienter har med undervisning og veiledning om seksualitet.</p> <p><u>Konklusjon</u> Pasienter som har gjennomgått ASCT opplever store utfordringer knyttet til seksualitet i ettertid, og de har behov for undervisning og veiledning for å mestre disse utfordringene. Sykepleierens undervisende og veiledende funksjon blir viktig i dette arbeidet, og gjennom den didaktiske relasjonsmodellen kan sykepleieren tilrettelegge undervisningen og veiledningen for den enkelte pasient. Pasientens individuelle behov, ønsker og mål bør danne grunnlaget for undervisningen og veiledningen om seksualitet hos denne pasientgruppen.</p>	

(Totalt antall ord: 287)

1. Innledning

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Etter at en av oss hadde praksisstudier på en medisinsk avdeling hvor stamcelletransplantasjoner ble utført, ble det lagt merke til hvor mye behandlingen påvirker pasientenes seksuelle helse. Når man får allogene stamcelletransplantasjon (ASCT) har man i forkant fått en alvorlig diagnose med dårlige prognoser. Selv om behandlingen ofte er eneste alternativ for å redde liv, bringer den også med seg en tøff tid med rehabilitering, fysiske og psykiske plager i ettertid. Pasientene vil ofte ha behov for å forstå sammenhengen mellom behandlingen og påvirkningen på den seksuelle helsen, men likevel får pasienter ofte lite informasjon om hvordan behandlingen påvirker seksuelle funksjoner. Når synet på seksualitet blir ensidig, kan det fort resultere i at sykepleieren overser kompleksiteten i den seksuelle helsen. Sammen med manglende kunnskap som kan føre til at vesentlig informasjon ikke blir innhentet, kan dette medføre at alvorlige problemer blir oversett (Vildalen, 2014, s. 209).

Når man gjennomgår ASCT innebærer dette cytostatikabehandling i forkant, selve transplantasjonen, og eventuelle behandlinger av komplikasjoner som oppstår. Alle disse stadiene av behandlingen kan føre med seg komplikasjoner og problemer knyttet til seksualitet, og vi ønsker derfor å se nærmere på dette aspektet av helsen til pasienter som har gjennomgått ASCT (Holmes, 2003, s. 13).

Pasientgruppen dette gjelder er ikke spesielt utbredt, og ofte lokalisert på spesialiserte avdelinger. Erfaringer fra praksis tyder på at mange av disse pasientene likevel blir sendt videre til lokalsykehus mot slutten av behandlingsperioden. Vi anser det derfor som viktig å belyse denne problemstillingen, da dette kan være relevant for både sykepleiere på spesialiserte avdelinger, og lokalsykehus med mer generelle medisinske avdelinger.

I 2019 ble det gjennomført totalt 234 stamcelletransplantasjoner i Norge, hvorav 128 av de var allogene (Eurocet, 2019). Selv om dette ikke utgjør mange pasienter årlig, er det svært viktig at denne pasientgruppen blir møtt med kunnskap og kompetanse som fører til helhetlig omsorg og behandling. Vi ønsket derfor å finne ut hvordan sykepleiere, gjennom undervisning og veiledning, kan bidra til å fremme seksuell helse hos denne pasientgruppen.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Som beskrevet innledningsvis, får pasienter ofte lite informasjon om hvordan sykdom påvirker seksuelle funksjoner. Som sykepleier har man et ansvar for å ivareta pasientens behov for helhetlig omsorg, og sykepleierens undervisende og veiledende funksjon er en sentral del av dette arbeidet. I tillegg har sykepleiere et ansvar for å fremme helse og forebygge sykdom (Norsk sykepleierforbund, 2019). På bakgrunn av dette har følgende problemstilling blitt valgt:

Hvordan kan undervisning og veiledning om seksualitet bidra til å fremme seksuell helse hos pasienter som har gjennomgått allogen stamcelletransplantasjon?

1.2.1 Presisering

For å kunne diskutere hvordan undervisning og veiledning kan fremme seksuell helse hos denne pasientgruppen, må vi også diskutere hvordan undervisningen og veiledningen skal gjennomføres. Dette innebærer blant annet å diskutere hvilke ferdigheter sykepleieren må inneha, sykepleierens kompetanse og kunnskapsnivå, samt ulike barrierer og utfordringer sykepleieren kan møte i dette arbeidet. Videre må vi diskutere hvordan undervisningen og veiledningen skal tilpasses hver enkelt pasient, og når i behandlingsforløpet den skal gjennomføres.

1.2.2 Kontekst

Vi har valgt å forholde oss til hva en sykepleier på poliklinikk eller sengepost kan gjøre, og pasienter som trenger hjelp fra helsepersonell med mer spisset kompetanse innen seksualitet blir derfor ekskludert. Vi har med både polikliniske og inneliggende pasienter i denne oppgaven. Grunnen til dette er at mange pasienter blir liggende på sengepost i lang tid etter ASCT. Det betyr at problemene knyttet til seksualitet kan oppstå mens de fortsatt er inneliggende.

1.2.3 Avgrensning

Vi har valgt å avgrense oppgaven til pasienter over 18 år som har gjennomgått ASCT, og dermed ekskluderer vi de som har gjennomgått autologe transplantasjoner. Dette er fordi mange av bivirkningene og plagene som blir identifisert i forskningen vi har funnet kommer som en direkte konsekvens av den allogene transplantasjonen. ASCT har et langt behandlingsforløp som innebærer flere stadier. Grunnet oppgavens omfang har vi valgt å

fokusere på pasienter som har gjennomgått transplantasjonen, og ekskluderer dermed pasienter som er under cytostatikabehandling i forkant av transplantasjonen. Vi kommer likevel til å diskutere cytostatikabehandlingens påvirkning på seksualiteten, og hvordan denne behandlingen påvirker rehabiliteringsperioden etter endt ASCT.

Vi anerkjenner at pasientens seksualitet kan påvirke livskvaliteten i stor grad, og at dette hadde vært interessant å diskutere. Vi har likevel valgt å ekskludere begrepet livskvalitet grunnet oppgavens omfang.

1.3 Begrepsavklaring

Seksualitet er definert som en sentral del av det å være menneske, og innebærer både sex, identitet, kjønn, erotikk, intimitet, nytelse, relasjoner, roller og reproduksjon. Seksualitet erfares og uttrykkes gjennom både tanker, holdninger, verdier, fantasier, begjær, roller og relasjoner. Seksualitet påvirkes av en interaksjon mellom flere faktorer, blant annet biologiske, fysiologiske, spirituelle, sosiale og kulturelle (WHO, 2022). I denne oppgaven vil vi bruke denne definisjonen for å understreke at seksualitet ikke bare handler om fysiske aspekter, men også påvirkes av en rekke psykososiale aspekter.

Seksuell helse defineres som tilstanden hvor man opplever emosjonelt, fysisk, mentalt og sosialt velvære i relasjon til seksualitet (WHO, 2022).

Allogen stamcelletransplantasjon innebærer at pasienten får stamceller fra en vevsforlikelig donor etter å ha gjennomgått en kraftig cytostatikabehandling (Meyer, 2017, s. 207).

Den undervisende sykepleierfunksjonen omhandler sykepleiers ansvar for å undervise, veilede og informere pasienter og pårørende. Dette skal bidra til at pasienten føler seg trygg, og øke forståelsen og mestringsevnen til pasienten (Nortvedt & Grønseth, 2017, s. 23).

2. Teoretisk grunnlag og modell

2.1 Seksualitet og seksuell helse

Seksualiteten til et menneske innebærer både psykologiske, kroppslige og sosiale aspekter, og rettighetene utviklet av WHO og WAS understreker forståelsen av at seksualitet er en del av de grunnleggende menneskerettighetene (Graugaard et al., 2006, s. 9; Vildalen, 2014, s. 203). Rettighetene omhandler blant annet retten til seksuell nytelse, følelsesmessig seksuelt uttrykk og seksuell helseomsorg. Ifølge WAS er seksuell nytelse og stimulering av egen kropp en kilde til psykisk, fysisk, intellektuell og åndelig velvære. Retten til følelsesmessig seksuelt uttrykk understreker at seksuelle uttrykk er mer enn erotisk nytelse og seksuelle handlinger, men at hver enkelt har rett til å uttrykke sin seksualitet gjennom kommunikasjon, berøring, emosjonelle uttrykk og kjærlighet. WAS understreker også at enhver har rett til seksuell helseomsorg, og at denne skal være tilgjengelig for både forebygging og behandling av seksuelle bekymringer, problemer og lidelser (Vildalen, 2014, s. 203).

Helsetilbudet i spesialisthelsetjenesten for seksuelle funksjons- og samhandlingsvansker har i flere år vært basert på tilfeldigheter, som hvor mye kunnskap den enkelte sykepleieren har på området. Behandlingen som blir gitt handler oftest om reproduksjon hos mennesker i fertil alder, og for seksuelle problemer utover dette har behandlingsalternativene vært minimale (Vildalen, 2014, s. 207).

Sykdom og behandling kan påvirke seksualiteten i varierende grad, og av og til kan seksualiteten bli påvirket i så stor grad at det påvirker relasjoner til andre og den psykiske helsen. Norsk forening for klinisk sexologi jobber stadig for at det offentlige helsevesenet skal ta et større ansvar når det kommer til å ivareta seksuell helse hos pasienter (Vildalen, 2014, s. 208). Seksualiteten til pasienter som har gjennomgått ASCT kan bli påvirket av både cytostatikabehandlingen og selve stamcelletransplantasjonen, samt at en slik behandling kan medføre psykiske plager som har en negativ påvirkning på identitet og seksualitet (Holmes, 2003, s. 12).

2.2 Sykdom, behandling og komplikasjoner

2.2.1 Allogen stamcelletransplantasjon

ASCT ble tidligere omtalt som benmargstransplantasjon før nyere teknikker åpnet opp for å høste stamcellene fra perifert blod (Kallekleiv, 2015, s. 9). Ved hjelp av hematopoietiske vekstfaktorer mobiliseres stamcellene ut i blodbanen, og dette har ført til at donorer ikke trenger å undergå kirurgi for å donere stamceller (Holmes, 2003, s. 13). Diagnoser som kan kreve en slik behandling er maligne blodsykdommer som akutt myelogenisk leukemi, akutt promyelocyt leukemi, akutt lymfatisk leukemi, kronisk myelogen leukemi, kronisk lymfatisk leukemi, kronisk myelomonocytteleukemi og lymfoblastlymfomer hos voksne. Det finnes også noen diagnoser som krever denne behandlingen som ikke er maligne, og dette er myelodysplastiske syndromer og myelofibrose (Helsedirektoratet, 2020).

Behandlingen med ASCT kan deles inn i tre faser; pretransplantasjonsfasen, den akutte fasen og posttransplantasjonsfasen. Pretransplantasjonsfasen innebærer diagnostisering av den behandlingskrevende sykdommen og valg av donor. Den akutte fasen innebærer kondisjonering med cytostatikabehandling for å ødelegge de maligne cellene, selve transplantasjonen og den umiddelbare posttransplantasjonsfasen. Den akutte fasen er den mest kritiske når det kommer til alvorlige komplikasjoner. Den siste fasen, posttransplantasjonsfasen, omhandler senvirkningene av behandlingen og justeringene for å komme tilbake til hverdagen (Holmes, 2003, s. 12-15).

2.2.2 Cytostatikabehandling

Før pasienter skal gjennomgå ASCT må de først gjennom cytostatikabehandling (Rusten, 2017, s. 424). Denne cytostatikabehandlingen har til hensikt å bryte ned den syke benmargen, før ny benmarg fra vevsforlikelig donor blir transplantert (Holmes, 2003, s. 14).

Cytostatikabehandlingen kan ha en direkte konsekvens på seksualiteten til både menn og kvinner. For menn kan det oppstå ereksjonsproblemer og nedsatt fertilitetsevne. Hos kvinner kan cytostatikabehandlingen endre hormonproduksjonen som igjen kan gi menstruasjonsforstyrrelser og nedsatt fertilitet. For begge kjønn er det flere generelle bivirkninger fra behandlingen som kan medvirke til tap av seksuell helse, og noen av disse er hårtap og fatigue (Borg, 2017, s. 35-36).

2.2.3 Graft Versus Host Disease

En av de mest fryktede komplikasjonene etter ASCT er en kraftig GVHD-reaksjon. GVHD står for graft versus host disease, som er en immunologisk reaksjon som kan oppstå etter ASCT, hovedsakelig i akutfasen eller posttransplantasjonsfasen. Graden av GVHD vil variere i stor grad, og hvor kraftig reaksjonen blir avhenger blant annet av hvor lik vevstype donor og mottaker har, hvor mange celler som blir transplantert og pasientens alder. Det vil nesten alltid være en viss GVHD-reaksjon etter transplantasjonen, men den kan i noen tilfeller være så liten at pasienten ikke merker det. I slike tilfeller vil en GVHD-reaksjon være positivt, da den kan beskytte mot tilbakefall av grunnsykdommen (Oslo universitetssykehus, 2020, s.1).

En GVHD-reaksjon kan ramme flere organsystemer i kroppen, blant annet mage-tarm, lever, hud og genitalier (Lehne, 2017, s. 431; Kallekleiv, 2015, s. 12-13). GVHD kan deles inn i to hovedgrupper; akutt og kronisk. Dersom GVHD oppstår i løpet av 3 måneder etter ASCT vil det betegnes som akutt. Dersom det oppstår etter det har gått 3 måneder, vil dette betegnes som kronisk (Oslo universitetssykehus, 2020, s. 1-2).

Kronisk GVHD diagnostiseres og graderes ved hjelp av et skjema som ligger som et vedlegg i prosedyren "Graft versus host disease (GVHD) - diagnostikk og behandling av kronisk" (eHåndboka OUS, 2021). For menn kan GVHD i genitalier føre til sår og sammenvoksninger i forhuden, phimose og sammenvoksning av uretra, noe som kan føre til ereksjonssvikt og vanskeligheter med samleie (eHåndboka OUS, 2021; Oslos universitetssykehus, 2020, s. 3). For kvinner kan GVHD i genitalier medføre tørrhet, sårhet og sammenvoksninger i skjeden og rundt klitoris. Kronisk GVHD i genitalier kan også føre til lichen sclerosus og planus sclerosus (eHåndboka OUS, 2021; Oslos universitetssykehus, 2020, s. 3).

2.3 Den didaktiske relasjonsmodellen i undervisning og veiledning

Den undervisende og veiledende sykepleierfunksjonen innebærer et ansvar for å informere, undervise og veilede pasienter i den helse- og sykdomssituasjonen de befinner seg i. Denne sykepleierfunksjonen skal fremme trygghet og bidra til at pasienten forstår og mestrer konsekvensene av sykdom og behandling (Nortvedt & Grønseth, 2017, s. 23). Det finnes flere modeller som kan anvendes i arbeidet med undervisning og veiledning, og i denne oppgaven har vi valgt å fokusere på hvordan sykepleieren kan anvende den didaktiske relasjonsmodellen i møte med pasienter som har gjennomgått ASCT.

Innen pedagogikk er begrepet didaktikk sentralt, og didaktikk viser til vurderingen av undervisningens målgruppe, mål, innhold og metoder (Christiansen, 2020, s. 47). Den didaktiske relasjonsmodellen, tilpasset av Bjørndal og Lieberg, gir en oversikt over seks forhold som danner grunnlaget for tilrettelegging av veiledning og undervisning, og som sykepleier må være bevisst på og ta hensyn til (Christiansen, 2020, s. 49).

Det første forholdet er pasientens forutsetninger for læring og mestring, og dette blir vesentlig når sykepleieren skal tilpasse undervisningen og veiledningen. Pasientens alder, erfaring, kunnskapsnivå, sykdomsfase og tilstand er noen av de faktorene som sykepleieren må ta hensyn til (Christiansen, 2020, s. 50). Det andre punktet er situasjon og kontekst. Dette punktet baserer seg på at ulike situasjoner og kontekster krever ulike tilnærminger (Christiansen, 2020, s. 56). Det tredje forholdet omhandler mål, ønsker og behov. Hva gjelder mål er det viktig at sykepleieren og pasienten formulerer mål sammen basert på pasientens ønsker, behov og verdier (Christiansen, 2020, s. 68-69).

Det fjerde forholdet omhandler innhold, og med dette menes det substansielle innholdet i den veiledningen og undervisningen som gis. Dette betyr at innholdet baserer seg på faglig kompetanse og kunnskap (Christiansen, 2020, s. 71). Det femte forholdet er tilrettelegging og metodikk. Med dette menes de metodiske elementene i selve veiledningen, eksempelvis det å spørre, lytte, støtte, råde og informere. Målet er at pasienten skal være en aktiv deltaker med medvirkning i undervisningen og veiledningen (Christiansen, 2020, s. 77). Det sjette og siste forholdet er prosessvurdering og evaluering. Det å vurdere innebærer ikke bare å kontrollere hva pasienten har lært, men også det å fortløpende vurdere hvor pasienten befinner seg i læringsprosessen, og om det er behov for tilpasninger underveis (Christiansen, 2020, s. 86).

2.4 Sykepleierens kommunikasjonsferdigheter

Det er viktig at sykepleieren har kommunikasjonsferdigheter som gjør undervisningen og veiledningen helsefremmende. Sykepleierens rolle innebærer å ha en hjelpende funksjon ved hjelp av profesjonell kommunikasjon som er faglig velbegrunnet og basert på sykepleiers verdigrunnlag (Eide & Eide, 2017, s. 32). I praksis baserer personorientert kommunikasjon seg på ulike kommunikasjonsferdigheter som kombineres på forskjellige måter, for at kommunikasjonen skal være til hjelp for den enkelte pasientens behov. Eide og Eide har sammenfattet følgende ti punkter med forhold og ferdigheter som påvirker hvorvidt

kommunikasjonen mellom sykepleieren og pasienten oppleves som hjelpende (Eide & Eide, 2017, s. 33).

2.4.1 Tabell 1: Kommunikasjonsferdigheter og forhold

Kommunikasjonsferdigheter og forhold:

1. Å lytte aktivt
2. Å observere og fortolke verbale og nonverbale signaler
3. Å forstå hva de andre opplever som viktig
4. Å anerkjenne den andres helseprosjekt
5. Å stimulere den andres selvbestemmelse og ressurser
6. Å formidle informasjon på en klar og forståelig måte
7. Å strukturere en samtale eller samhandlingssituasjon
8. Å skape alternative perspektiver og åpne for nye handlingsvalg
9. Å forholde seg åpent til vanskelige følelser og eksistensielle spørsmål
10. Å medvirke til gode beslutninger og løsninger- samvalg

2.5 Juridiske og etiske prinsipper

2.5.1 Juridisk ivaretagelse av pasienten

Samtidig som pasienter har rett på nødvendig helsehjelp, har også sykepleieren som helsepersonell en plikt til å gi god, omsorgsfull og forsvarlig helsehjelp (Helsepersonelloven, 1999, §4; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §2-1a). Dette innebærer å gi helsehjelp som ivaretar alle grunnleggende behov. Jf. §4 står det at sykepleiere skal innrette seg etter faglige kvalifikasjoner, og henvise pasienter videre hvis nødvendig (Helsepersonelloven, 1999, §4). I vår kontekst vil dette eksempelvis være et tverrfaglig samarbeid mellom sykepleier og sexolog. Pasienter har også rett på å få informasjon om behandling og eventuelle bivirkninger og senskader som kan oppstå, og sykepleieren har plikt til å gi denne informasjonen (Helsepersonelloven, 1999, §10; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). Pasienten har rett på at informasjonen som gis er tilpasset pasientens forutsetninger for å forstå innholdet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-5). Sykepleieren har taushetsplikt, det vil si at sykepleieren må påse at fortrolige opplysninger om sykdomsforhold og personlige forhold ikke deles med andre (Helsepersonelloven, 1999, §21). Pasienten har rett til å medvirke i

behandlingen, og medvirkningens form skal tilpasses pasientens evne til å forstå informasjonen som gis (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1).

2.5.2 Yrkesetiske retningslinjer

De yrkesetiske retningslinjene (YER) danner grunnlaget for sykepleierens profesjonsetikk, og selv om det er flere retningslinjer som kan knyttes til vår problemstilling, har vi valgt å belyse fem som vi anser som særlig relevante. Sykepleieren har ifølge YER punkt 1.3 et ansvar for å utøve en sykepleie som er faglig, etisk og juridisk forsvarlig. Samtidig skal sykepleieren, i henhold til punkt 1.4, holde seg oppdatert på forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagfelt, og med dette bidra til at nyere kunnskap praktiseres. Ifølge sykepleierens YER punkt 2.1 skal sykepleieren bidra til en praksis som er helsefremmende og forebygger sykdom (Norsk sykepleierforbund, 2019). Dette punktet er viktig da en sentral del av helsefremmende og forebyggende sykepleie gjøres ved bruk av sykepleierens undervisende og veiledende funksjon. Videre i punkt 2.3 står det at sykepleieren skal ivareta pasientenes behov for helhetlig omsorg, noe som underbygger viktigheten av å ta pasientens seksualitet på alvor. I punkt 2.5 står det at sykepleieren skal gi tilstrekkelig informasjon til pasienten og påse at denne blir forstått (Norsk sykepleierforbund, 2019).

2.6 Joyce Travelbees teori om sykepleiens mellommenneskelige aspekter

Vi har valgt å ta utgangspunkt i Joyce Travelbee, heretter omtalt som Travelbee, sin teori om mellommenneskelige aspekter i denne oppgaven. De mellommenneskelige dimensjoner innenfor sykepleiefaget står sentralt i teorien. Travelbee mente at det å forstå interaksjonen mellom pasienten og sykepleieren, og opplevelsene og følelsene dette medfører, er essensielt for å forstå hva sykepleie er. Dette innebærer å se pasientene for de unike individene de er, med sine egne unike livshistorier, opplevelser, behov og erfaringer. Videre påpeker Travelbee viktigheten av å forstå at lidelse er knyttet til det som er viktig og betyr noe for den enkelte, ikke bare det som forventes ved en gitt diagnose eller tilstand (Kirkevold, 1998, s.113-114). Siden seksualitet påvirkes av flere psykososiale og fysiske aspekter, blir en viktig del av undervisningen og veiledningen å anerkjenne at mennesker har unike behov.

3. Metode

I denne delen av oppgaven vil vi beskrive hvordan vi har kommet fram til den kunnskapen vi har brukt for å diskutere og belyse vår problemstilling. Dette innebærer valg av metode, systematisk søk og valg av forskningslitteratur, valg av faglitteratur, kildekritikk og etiske vurderinger.

3.1 Valg av metode

Metoden for oppgaven er, i tråd med skolens retningslinjer, en litteraturstudie. En litteraturstudie baserer seg på eksisterende forskning og kunnskap, og systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder. Å systematisere innebærer å innhente nødvendig litteratur, kritisk gjennomgang av litteraturen og til slutt en skriveprosess for å sammenfatte det hele (Thidemann, 2019, s.77). Hensikten med en litteraturstudie er å gi leseren en god forståelse av den eksisterende kunnskapen som belyser problemstillingen, samt å beskrive hvordan man har innhentet denne kunnskapen (Thidemann, 2019, s.78).

3.2 Valg av forskningslitteratur

3.2.1 Søkehistorikk

I vårt litteratursøk valgte vi primært å bruke CINAHL som database. Dette fordi at CINAHL er en stor internasjonal database som inkluderer mange sykepleiefaglige tidsskrifter, og fordi vi hadde erfaring med bruk av databasen gjennom tidligere oppgaveskriving og kurs fra LDHs bibliotek. I starten hadde vi relativt enkle søk med færre søkeord og kombinasjoner, men dette ga ikke et tilfredstillende resultat. Vi fant derfor ut at vi måtte gjøre mer avanserte søk med flere kombinasjoner av søkeord for å finne relevant forskning. Dette resulterte i de tre ulike søkene vi har beskrevet i tabell 2.

Vi valgte tidlig å ikke avgrense til publiseringsår da vi i begynnelsen av søkene ville få et mer generelt overblikk at hva slags forskning som er gjennomført om temaet over en periode på flere år. Vi endte likevel opp med å velge fem artikler som er publisert mellom 2015-2020, og ansees derfor som relativt nylig publisert forskning.

Avgrensningen til forskningsartikkel, samt engelsk, norsk, dansk eller svensk språk ble gjort i alle søkene. Videre undersøkte vi om tidsskriftene var fagfelleverdert trinn 1 eller 2 før vi begynte å lese artiklene. Vi leste først artiklens abstrakter for å kunne identifisere hvilke artikler som passet best til våre avgrensninger og inklusjonskriterier, slik de er presentert i

tabell 3. Basert på dette kom vi fram til at 4 av forskningsartiklene kunne belyse og svare på vår problemstilling.

3.2.2 Tabell 2: Litteratursøk

Søke-dato	Søke-nr	Søkeord og kombinasjoner	Antal l treff totalt	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler inkludert
02.12.2021 Cinahl	1	«Bone Marrow Transplantation, Allogeneic» OR «Hematopoietic Stem Cell Transplantation» OR «Allogeneic stem cell transplantation» OR «Graft Versus Host Disease» OR «Host Versus Graft Reaction» OR «Transfusion-Associated Graft Versus Host Disease» OR «GVHD» AND «Sexual Health» OR «Attitude to Sexuality» OR «Sexual Dysfunction, Male» OR «Sexual Dysfunction, Female»	26	Forskningsartikkel Språk: Engelsk Norsk Svensk Dansk	8	8	6	Astarita, S., Caruso, L., Barron, A.M & Rissmiller, P. (2016). Experiences in sexual health among women after hematopoietic stem cell transplantation. <i>Oncology Nursing Forum</i> , 43(6), 754-759. https://doi.org/10.1188/16.ONF.754-759 Booker, R., Walker, L. & Bouchal, S.R. (2019). Sexuality after hematopoietic stem cell transplantation: a mixed method study. <i>European Journal of Oncology</i>

								<i>Nursing</i> , 39 (2019), 10-20. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2019.01.001
02.12.2 021 Cinahl	2	«Allogeneic stem cell transplantation» OR «Bone marrow transplantation, Allogeneic» OR «Hematopoietic Stem Cell Transplantation» AND «Sexuality+» OR «sexuality» OR «Quality of life+» OR «sexual dysfunction, Male +» OR «sexual dysfunction, Female +» OR «Sexual Health»	433	Forskningsartikkel Språk: Engelsk Norsk Svensk Dansk	271	13	9	El-Jawahri, A., Fishman, S.R., Vanderklish, J., Dizon, D.S., Pensak, N., Traeger, L., Greer, J.A., Park, E.R., Markovitz, N., Waldman, L., Hunnewell, C., Saylor, M., Driscoll, J., Li, Z., Spitzer, T.R., McAfee, S., Chen, Y-B. & Temel, J.S. (2018). Pilot Study of a Multimodal Intervention to Enhance Sexual Function in Survivors of Hematopoietic Stem Cell Transplantation. <i>Cancer</i> , 124(11), 2438-2446. https://doi.org/10.1002/cncr.313

								33
03.12.2 021 Cinahl	3	«Plissit» OR «Plissit model» AND «gvhd» OR «Hematopoietic Stem Cell Transplantation» OR «Bone Marrow Transplantation, Allogeneic» OR «Allogeneic hematopoietic stem cell transplantation» OR «Cancer Patients» OR «Cancer survivors» OR «Cancer» OR «Oncology	27	Forsknings artikkel Språk: Engelsk Norsk Svensk Dansk	6	2	1	Winterling, J., Lampic, C. & Wettergren, L. (2020). Fex- talk: a Short Educational Intervention Intended to Enhance Nurses` Readine ss to Discuss Fertility and Sexuality with Cancer Patients. <i>Journal of Cancer Education</i> , 35(3), 538-544. https://doi.org/10.1007/s13187-019-01493-7

3.3 Inklusjonskriterier

I tillegg til avgrensningene vi har satt innledningsvis i oppgaven, brukte vi noen inklusjonskriterier i valget av våre fire forskningsartikler. Disse presenteres i tabell 3. Når vi søkte etter artikler valgte vi å konkretisere søket ved å kun få opp artikler som var på et språk vi kunne lese. Dette for å unngå eventuelle feiltolkninger som kan oppstå gjennom oversettelse. Vi søkte også spesifikt etter forskningsartikler med IMRAD-struktur, og kontrollerte videre at disse var publisert i et fagfelleverdert tidsskrift for å forsikre oss om at funnene var troverdige. Et annet inklusjonskriterie vi hadde var at pasienten måtte være over 18 år. Det gikk derimot ikke an å avgrense til over 18 år, uten å måtte ha en øvrig grense på 65 år. Å søke i aldersgruppen 18-65 år ville ekskludert en av artiklene som også hadde

deltakere eldre enn 65 år. Dette er årsaken til at vi ikke avgrenset spesifikt til alder i selve artikkelsøket, selv om dette inklusjonskriteriet la føringer for valg av artikler.

3.3.1 Tabell 3: Inklusjonskriterier

Inklusjonskriterier

- Pasienter over 18 år
- Språk: norsk, dansk, svensk eller engelsk
- Artikkel publisert i fagfelleurdert tidsskrift
- Forskningsartikkel med IMRAD- struktur

3.4 Valg av faglitteratur

Ved siden av hovedartiklene våre har vi også funnet en del annen litteratur for å svare på problemstillingen vår. Vi har valgt noen masteroppgaver og doktorgradsavhandlinger for å underbygge teoridelen vår, og disse ble funnet i de samme søkene som resulterte i valg av forskningsartikler. Videre har vi brukt bøker som har vært på pensumlister i tidligere fag, og funnet noen bøker på biblioteket på Rikshospitalet og på Høgskolen i Molde.

Vi har også brukt noen nettressurser for å besvare oppgaven, og disse er lovdata.no, Norsk sykepleierforbund, WHO.com og ehåndboken fra OUS.

3.5 Kildekritikk

Vi har i denne oppgaven valgt å gjennomføre litteratursøk i databasen CINAHL. Vi er klar over at søk i andre databaser med andre søkeord og kombinasjoner kunne resultert i andre artikler med resultat som ville belyst problemstillingen vår på en annen måte. Vi valgte likevel å anvende CINAHL da vi fra før av hadde mer erfaring med bruk av denne søkemotoren både gjennom tidligere oppgaveskriving på studiet og kurs i litteratursøk fra LDHs bibliotek. Vi er også klar over at en oversettelse av artikler skrevet på engelsk kan medfølge misforståelser og feil tolkning av innhold i teksten.

For å gjennomføre en kritisk vurdering av de fire forskningsartiklene valgte vi å anvende CASP-skjemaet der vi vurderte hvorvidt vi kunne stole på resultatene, hvilke resultater vi hadde og om disse kunne brukes i vår oppgave. Vi anså resultatene i forskningsartiklene som troverdige i og med at de alle var publisert i tidsskrift som var fagfelleurdert på nivå 1 eller

2. Vi anså forskningsartiklene som relevante for vår oppgave på bakgrunn av flere aspekter, blant annet publiseringsår, opprinnelsesland og metodens relevans.

Vår eldste artikkel ble publisert i 2016, og vår nyeste artikkel ble publisert i 2020. Vi har med andre ord klart å finne relativt nyere forskning for å kunne svare på problemstillingen. Dette er først og fremst viktig for at resultatene skal kunne ha en faglig relevans i dagens praksis. De valgte forskningsartiklene er basert på forskning gjennomført i Sverige, USA og Canada. Selv om to av disse landene ikke er i nær rent geografisk, anser vi resultatene likevel som relevante for vår oppgave. Dette fordi at USA og Canada er land med et mer moderne helsevesen slik som i Norge, selv om det vil eksistere forskjeller.

3.6 Etiske vurderinger

I denne oppgaven er LDHs retningslinjer for oppgaveskriving fulgt, samt kravet til kildehenvisning, referanser og referanselister i henhold til APA 7th. Som en del av begrunnelsen for valg av tema i oppgaven, blir erfaring fra praksis brukt som et argument. I denne argumentasjonen har vi påsett å ivareta all konfidensialitet, samt å omtale praksisstedet på en verdig og respektfull måte.

4. Presentasjon av forskningsresultater

«Hvordan kan undervisning og veiledning om seksualitet bidra til å fremme seksuell helse hos pasienter som har gjennomgått allogen stamcelletransplantasjon?»

4.1.Forskningsresultater

De fire forskningsartiklene vi har valgt inkluderer alle funn og resultater som belyser vår problemstilling på ulike måter. Hver artikkel inkluderer pasientenes egne erfaringer hva gjelder ivaretagelsen av seksuell helse i møte med helsepersonell, samt sykepleiernes egne erfaringer med temaet. Hovedfunnene i artiklene er at kommunikasjon mellom helsepersonell og pasienter om seksualitet påvirker pasientenes seksuelle helse i positiv grad. Herunder undervisning og veiledning i form av alt fra samtalerapi til undervisning i ulike tiltak og intervensjoner. Artiklene konkluderer med at sykepleiere bør prioritere dette temaet kontinuerlig gjennom hele behandlingsforløpet, og at denne pasientgruppen har behov for undervisning og veiledning om seksualitet. Artiklene måler virkningen ulike tiltak og intervensjoner har hatt på pasienter og partneres seksuelle helse, og resultatet av undervisning og veiledning om seksualitet hos denne pasientgruppen. Det konkluderes med at intervensjonene hadde positiv effekt hva gjelder seksuell tilfredshet, tilfredsstillelse, seksuell funksjon, seksuell interesse og mestring av seksuelle forandringer. En av artiklene fokuserer på hvordan sykepleierne kan bli mer forberedt på å veilede og undervise om dette temaet. Artiklene presenteres i tabell 4.

4.2 Tabell 4: Artikkelmatrise

Nr	Forfatter/årstall	Tittel	Tids-skrift	Hensikt	Metode	Funn
1	Astarita, S., Caruso, L., Barron A.M. & Rissmiller, P. (2016).	«Experiences in sexual health among women after hematopoietic stem cell transplantation».	Oncology Nursing Forum 43(6), 754-759.	Hensikten var å undersøke erfaringene kvinner som har gjennomgått allogene stamcelletransplantasjon har rundt sin seksualitet.	Kvalitativ studie med semistrukturert intervju.	Studien identifiserte 6 hovedaspekter som påvirket den seksuelle helsen hos kvinnene. Disse var endringer i relasjoner, fysiske endringer, følelse av tap, fatigue, endret kroppsbilde og økt behov for undervisning og kunnskap.
2	Booker, R., Walker, L. & Bouchal. (2019).	«Sexuality after hematopoietic stem cell transplantation: a mixed method study».	European Journal of Oncology Nursing, 39 (2019), 10-20.	Denne studien utforsket pasienters erfaringer med seksualitet etter gjennomført stamcelletransplantasjon. I tillegg ble det også undersøkt hvordan kommunikasjon om seksualitet mellom pasient og helsepersonell foregikk.	Denne studien var både kvalitativ og kvantitativ, hvor de kvantitative dataene ble brukt for å supplere de kvalitative funnene. Deltakerne deltok i semistrukturert intervju og fylte ut spørreskjema	Kvalitative funn kunne deles inn i 4 deler: Endring i seksuell funksjon, endret kroppsbilde og endret relasjon til seg selv, endring i relasjoner til andre og erfaringer med kommunikasjon om seksuell helse med

					(FACT-BMT).	helsepersonell. De kvantitative funnene fra FACT-BMT viste lav tilfredshet rundt seksuell helse fra deltakerne, men at interessen for sex fortsatt var til stede mange år etter transplantasjonen. De fleste deltakerne rapporterte også om redusert tilfredshet med egen kropp og uttrykte bekymringer rundt fertilitet.
3	El-Jawahri, A., Fishman, S.R., Vanderklish, J., Dizon, D.S., Pensak, N., Traeger, L., Greer, J.A., Park, E.R., Markovitz, N., Waldman, L., Hunnewell, C., Saylor, M., Driscoll, J., Li, Z., Spitzer, T.R., McAfee,	«Pilot Study of Multimodal Intervention to Enhance Sexual Function in Survivors of Hematopoietic Stem Cell Transplantation».	Cancer 124(11), 2438-2446.	Hensikten med studien var å undersøke effekten av multimodale intervensjoner for å adressere seksuelle dysfunksjoner hos pasienter som har vært gjennom allogen stamcelletransplantasjon.	Kvantitativ metode. Pilotstudien gikk ut på at pasienter som ble inkludert i studien gjennomgikk månedlige samtaler med sykepleier som undersøkte årsaken til seksuell dysfunksjon, underviste og styrket pasientens evne til å adressere bekymringene sine rundt seksuell helse og til slutt implementerte terapeutiske intervensjoner	Funnene fra studien viser effekt i både tilfredstilte, interesse for sex, fysiske funksjoner og smerter. Før studien var 32,6% av pasientene ikke seksuelt aktive, mot 6,5% etter intervensjonen. Dette tyder på god effekt, og pasientene oppga å ha bedre livskvalitet, og mindre depresjon og angst.

	S., Chen, Y-B. & Temel, J.S. (2018).				som var skreddersydd for den enkelte pasient.	
4	Winterling, J., Lampic, C. & Wettergren, L. (2020).	«Fex-Talk: a Short Educational Intervention Intended to Enhance Nurses` Readiness to Discuss Fertility and Sexuality with Cancer Patients».	Journal of Cancer Education, 35(3), 538-544.	Hensikten med denne studien var å evaluere effekten av «Fex-Talk». «Fex-Talk» er en undervisende intervensjon med hensikt om å forberede sykepleiere på å snakke om fertilitet og seksualitet, samt hjelpe sykepleiere å overkomme barrierer knyttet til å snakke om disse temaene.	Kvalitativ metode med bruk av både video med pasienterfaringer, undervisning, rollespill og oppgaver som de enkelte deltakerne skulle gjennomføre på sine respektive arbeidsplasser.	Studien konkluderte med at «Fex-Talk» som intervensjon økte sykepleiernes forståelse for pasientens behov knyttet til seksualitet og fertilitet. Sykepleierne følte også at barrierer knyttet til å snakke om disse temaene ble brutt.

5. Diskusjon

I diskusjonskapitlet skal vi besvare problemstillingen *“Hvordan kan undervisning og veiledning om seksualitet bidra til å fremme seksuell helse hos pasienter som har gjennomgått allogene stamcelletransplantasjon?”* ved bruk av relevant og gjeldende fag- og forskningslitteratur. Vi har valgt å diskutere med utgangspunkt i hvordan sykepleieren kan anvende den didaktiske relasjonsmodellen i undervisningen og veiledningen av pasienter som har gjennomgått ASCT. Herunder vil vi diskutere de seks ulike punktene i modellen. Før vi tar utgangspunkt i den didaktiske relasjonsmodellen, har vi valgt å diskutere hvilke barrierer sykepleieren kan møte knyttet til temaet seksualitet. Vi ønsker å diskutere dette innledningsvis, da vi mener at å identifisere og utfordre disse barrierene er essensielt for at undervisningen og veiledningen skal fremme seksuell helse hos pasienter som har gjennomgått ASCT.

5.1 Å identifisere egne barrierer

I arbeidet med å ivareta pasientens behov knyttet til seksualitet, kan sykepleieren møte en rekke ulike barrierer. Disse vil kunne påvirke hvordan temaet seksualitet blir vektlagt. Barrierer som kan påvirke sykepleieren kan deles inn i indre og ytre barrierer. I denne oppgaven fokuserer vi kun på indre barrierer grunnet oppgavens omfang. Indre barrierer kan innebære sykepleierens egne følelser rundt temaet, manglende kunnskap og frykt for å forårsake emosjonelt stress og ubehag hos pasienten (Winterling et al., 2020, s. 538-539).

5.1.1 Sykepleierens følelser

Sykepleierens egne følelser omkring temaet kan i negativ grad påvirke hvordan sykepleieren snakker om seksualitet med pasienter. I noen tilfeller kan sykepleieren mene at temaet seksualitet er uinteressant eller irrelevant, men i de fleste tilfeller bygger de følelsesmessige indre barrierene på sykepleierens usikkerhet, tilbakeholdenhet og skam (Winterling et al., 2020, s. 543). Dersom sykepleieren føler seg forlegen eller usikker, kan dette i verste fall føre til at sykepleier unngår situasjoner hvor temaet bør bli tatt opp. Ved å unngå å prate om dette temaet, kan det føre til at sykepleieren styrker fordommer om at seksualitet er et endt kapittel for denne pasientgruppen. Det kan også bidra til at myter rundt seksualitet og sykdom opprettholdes ved at temaet og problemstillinger rundt dette ikke blir adressert (Borg, 2017, s. 86).

De vanskeligste følelsesmessige barrierene å møte er sykepleierens følelse av ubehag, usikkerhet og beskjedenhet (Winterling et al., 2020, s. 543). Det er derimot viktig at sykepleieren tør å utfordre disse barrierene ved å ta initiativ til å samtale om seksualitet, selv om dette kan være vanskelig. Forskning viser at noen sykepleiere som har øvd på å snakke om seksualitet gjennom rollespill, etterfulgt av refleksjon og diskusjon, har stått tryggere i slike samtaler i ettertid (Winterling et al., 2020, s. 541). Andre har opplevd rollespill som kunstig og ukomfortabelt, og har da satt mer pris på diskusjon om hvordan man på best mulig måte kan snakke med pasienter om seksualitet (Winterling et al., 2020, s. 542).

I de fleste fagbøker blir bivirkninger og senkomplikasjoner som påvirker seksualiteten knyttet direkte opp mot sykdommer som rammer seksuelle og reproduktive organer (Agger, 2006, s. 263; Borg, 2017, s. 85). Dette kan føre til at sykepleieren tenker at seksualitet er uinteressant eller irrelevant for pasienter som har fått ASCT. Forskningen vi har valgt til denne oppgaven viser derimot at seksualitet er et problemområde for mange som har gjennomgått ASCT. Seksuell dysfunksjon er den vanligste senkomplikasjonen etter behandlingen, og dette rammer omtrent 40% av menn og 60% av kvinner. En bevisstgjøring om at seksualiteten påvirkes av denne behandlingen blir derfor viktig for å kunne utfordre indre barrierer. I forskning har videoer med pasienterfaringer knyttet til seksualitet blitt brukt for å bevisstgjøre sykepleiere om at dette er et viktig tema for pasienter, og dette har gjort at sykepleiere har innsett hvor viktig det er å snakke om seksualitet med pasientene, til tross for at det er ubehagelig (Winterling et al., 2020, s.540-541).

5.1.2 Behovet for kunnskap

Flere sykepleiere har gitt uttrykk for at de unngår å snakke om seksualitet med pasienter fordi de føler at de ikke har nok kunnskap og ferdigheter rundt dette temaet. Sykepleiere kan derimot ha en tendens til å stille for høye krav til egen kunnskap og profesjonalitet, og er redde for å overskride egen faglig kompetanse (Borg, 2017, s. 86; Graugaard et al., 2006, s.21). Manglende kunnskaper og ferdigheter vil i denne sammenhengen innebære kunnskaper om seksualitet på en generell basis, hvordan behandlingen påvirker seksualiteten, temaets betydning hos pasienten og hvordan man som sykepleier kan hjelpe pasienten med slike utfordringer.

Selv om man som sykepleier har lært om grunnleggende kommunikasjon og generell veiledning under studiet, er det en mangel på opplæring om hvordan man skal undervise og

veilede om seksualitet (Vildalen, 2014, s. 209; Winterling et al., 2020, s. 539-540). Dette kan bidra til å underbygge frykten for at man ikke innehar nok kunnskap til å snakke om dette temaet med pasienter. Flere sykepleiere har gitt uttrykk for at de ikke var klar over viktigheten av temaet for pasientene, og at dette bidro til at temaet ikke ble prioritert. Økt kunnskap bidro til at disse sykepleierne forstod at seksualitet også var viktig for denne pasientgruppen (Winterling et al., 2020, s. 539-540). Det at de ikke var klar over hvor viktig dette er for pasientene, kan komme av at de ikke har en bred forståelse for hva seksualitet er. I noen tilfeller blir seksualitet definert som en forplantningsfunksjon, men med denne definisjonen vil viktigheten av seksualitet forsvinne for en stor gruppe pasienter. Det er derfor viktig at sykepleieren har en bredere forståelse for hva seksualitet er, og er innforstått med at mennesker er seksuelle vesener uavhengig av alder og livssituasjon (Borg, 2017, s. 84).

Når man skal undervise og veilede pasienter om seksualitet må man som sykepleier ha kunnskap om både de fysiske og psykiske utfordringene pasienten møter som følge av dette (Borg, 2017, s. 86-87). I forskningen identifiseres derimot et behov for mer kunnskap for at sykepleierne skal kunne forstå seksuelle utfordringer knyttet til sykdom og behandling, og sykepleiere mener at dette vil gjøre de mer komfortable med å snakke om seksualitet. Dette gjelder både kunnskap om fysiologi og anatomi, men også hvordan sykdom og behandling påvirker dette hos pasienter. Andre har derimot, etter å ha fått et innblikk i pasienterfaringer, innsett at de ikke har behov for omfattende kunnskap for å kunne snakke om seksualitet med pasienter (Winterling et al., 2020, s. 541). Sykepleieren har selv et ansvar for å holde seg oppdatert om forskning, utvikling og ny kunnskap, og for å påse at egen praksis er faglig forsvarlig (Helsepersonelloven, 1999, §4; Norsk sykepleierforbund, 2019).

En av sykepleierne i forskningen innså at det å adressere problemene knyttet til seksualitet ville i seg selv utgjøre en forskjell, selv om man kanskje ikke sitter med alle svarene. Forskerne stiller derfor spørsmål til hvorvidt økt kunnskap alene vil kunne hjelpe sykepleiere med å overkomme indre barrierer (Winterling et al., 2020, s. 541). Selv om ønsket om mer informasjon er legitimt, viser det seg at undervisning og veiledning om seksualitet ofte gjennomføres med få og beskjedne midler (El-Jawahri et al., 2018, s. 2444; Graugaard et al., 2006, s. 21).

5.1.3 Frykt for å krenke pasientens grenser og bluferdighet

Den siste indre barrieren identifisert i forskning og faglitteratur går ut på at sykepleieren har en overdreven respekt for temaet, og unngår temaet av hensyn til pasienten, da de er redde for å skape emosjonelt stress og ubehag hos pasienten (Borg, 2017, s. 86; Winterling et al., 2020, s. 539-540). Først og fremst er sykepleieren redd for å bruke et språk som kan være uforståelig og som krenker pasientens bluferdighet (Borg, 2017, s. 86; Graugaard et al., 2006, s. 21). Språket i seksuell veiledning er noe flere sykepleiere føler seg ukomfortable med, og de ønsker ikke å overskride sine egne eller pasientens grenser. I tillegg kan språket være vanskelig å forstå, og ord som libido og masturbasjon kan være ukjente for pasienten. Det er dermed viktig at man tilpasser ordlyden til person og situasjon (Borg, 2017, s. 86).

For å unngå en ordlyd som kan krenke pasientens bluferdighet, kan det lønne seg å prate om seksualitet på en åpen og generell måte. Eksempelvis kan man starte samtalen med *“Jeg vet fra andre pasienter med din sykdom, at det kan oppstå seksuelle problemer. Er dette noe du har opplevd?”* (Graugaard et al., 2006, s. 21). Med dette åpner man opp for at pasienten selv kan fortelle om sin opplevelse, og på den måten sette standarden for ordlyden og hva de ønsker å prate om. På denne måten trenger ikke sykepleieren å være redd for å overskride pasientens grenser. Det å starte en samtale på denne måten kan også bidra til å desensibilisere temaet for både sykepleieren og pasienten (Winterling et al., 2020, s. 543). I tillegg har pasienter som er inneliggende på sykehus generelt en høyere terskel for å få bluferdigheten krenket, og bare det å sette problemer knyttet til seksualitet på agendaen vil kunne være mer helsefremmende enn skadelig (Graugaard et al., 2006, s. 21).

5.2 Den didaktiske relasjonsmodellen i undervisningen og veiledningen

En viktig del av sykepleie er ifølge Travelbee å etablere en mellommenneskelig relasjon, og denne relasjonen baserer seg på en rekke erfaringer mellom sykepleieren og pasienten.

Relasjonen har som mål å oppnå at pasienten får dekket sine behov for sykepleie (Kirkevold, 1998, s. 116). Dette legger føringer for at sykepleieren må ta utgangspunkt i pasientens behov for helhetlig omsorg i planleggingen av undervisningen og veiledningen om seksualitet. Et slikt utgangspunkt vil føre til at undervisningen og veiledningen blir helsefremmende, og at pasienten føler seg ivaretatt. Ved å bruke den didaktiske relasjonsmodellen, kan sykepleieren få pasientens behov i fokus.

5.2.1 Pasientens forutsetninger

I arbeidet med planlegging av undervisningen og veiledningen, må sykepleieren ta pasientens forutsetninger for læring og mestring i betraktning. Det er flere aspekter som kan påvirke hvilke forutsetninger pasienten har for å mestre og lære om sin egen sykdomssituasjon.

Pasientens kunnskapsnivå påvirker hvor detaljert og avansert undervisningen og veiledningen kan være, og hvilket språk som bør brukes (Christiansen, 2020, s. 50).

Forskning viser at flere pasienter som har gjennomgått ASCT, ikke har diskutert seksualitet og bivirkninger knyttet til dette med sykepleiere gjennom behandlingsperioden. Når de har nevnt problemstillingen, har de opplevd å ikke bli hørt (Astarita et al., 2016, s. 755; Booker et al., 2019, s. 16). Manglende kommunikasjon fra helsepersonell gjenspeiles også i annen forskning, der pasienter som har gjennomgått ASCT i flere studier har uttrykt at de opplever lite kommunikasjon om seksualitet fra helsepersonell, og at de hadde ønsket mer undervisning og veiledning om hvordan behandlingen kan påvirke dette (Booker et al., 2019, s. 16; Winterling et al., 2020, s. 538). Kommunikasjon mellom sykepleiere og pasienter spiller derimot en stor rolle for den seksuelle helsen hos denne pasientgruppen, og mangel på dette påvirker denne pasientgruppens forutsetninger for læring og mestring (Astarita et al., 2016, s. 755). Dette underbygger viktigheten av at sykepleieren undersøker hvilke kunnskaper pasienten har fra før, og hva pasienten har behov for, og tilpasser undervisningen og veiledningen deretter.

Pasientens sykdomstilstand påvirker også forutsetningene for læring. Pasienter som har gjennomgått ASCT opplever ofte fatigue i etterkant, noe som kan gi nedsatt konsentrasjonsevne og redusert hukommelse. Dette påvirker hvor mye informasjon som kan gis på en gang, men også hvordan man opptrer. Dette kombinert med bruk av smertestillende kan føre til en tretthet som gjør det utfordrende for pasienten å ta imot informasjon (Astarita et al., 2016, s. 757; Schjølberg, 2017, s. 124). Det ovennevnte har også hjemmel i pasient- og brukerrettighetsloven §3-5, der det står at informasjonen skal tilpasses pasientens forutsetninger, og sykepleieren skal sikre seg at innholdet og betydningen er forstått (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-5).

5.2.2 Situasjon og kontekst

Når sykepleieren skal planlegge undervisningen og veiledningen om seksualitet, er det viktig å sørge for at konteksten ivaretar pasientens behov for privatliv. I tillegg har sykepleieren

taushetsplikt, og det er viktig at undervisningen og veiledningens kontekst bevarer pasientens juridiske rettigheter (Helsepersonelloven, 1999, §21). Dette er derimot utfordrende når pasienten er inneliggende på sykehus med mangel på private rom hvor slike samtaler kan finne sted. Dette kan være en stor praktisk utfordring i arbeidshverdagen (Winterling et al., 2020, s.539).

Videre må sykepleieren påse at det er tilstrekkelig tid for å gjennomføre undervisningen og veiledningen for å unngå at det blir en forhastet samtale. Dette er også viktig for at pasienten skal få muligheten til å dele egne erfaringer og føle seg hørt. Sykepleieren påvirkes derimot av en travel arbeidshverdag, der mangel på tid er en hindring for å snakke om seksualitet med pasienten (Graugaard et al., 2006, s. 21; Winterling et al., 2020, s. 542). I tillegg er flere sykepleiere usikre på hvordan de skal planlegge gjennomføringen av slike samtaler i arbeidshverdagen, da det ikke er en del av deres vante rutiner (Winterling et al., 2020, s. 542). Det er også viktig at sykepleieren finner en tid som passer for pasienten. Eksempelvis kan tilstedeværelse av pårørende være en utfordring for gjennomføringen av slike samtaler (Winterling et al., 2020, s. 539). Samtaler med partneren til stede må planlegges etter hva som passer for sykepleieren, pasienten og partneren, mens samtale mellom sykepleieren og pasienten må finne sted når pasienten ikke har pårørende til stede.

Overordnet kan det også være utfordrende for sykepleieren å vite når i behandlingsforløpet undervisningen og veiledningen om seksualitet skal tilbys. Ved diagnosetidspunktet opplever veldig mange pasienter en sjokktilstand, og de har mye å ta innover seg. Seksualitet kan da komme i andre rekke, og de opplever det å bli frisk som viktigst (Borg, 2017, s. 87). Sykepleieren har derimot en plikt til å informere den som har krav på det, og pasienten har rett på å informeres om det som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og behandlingen som gis. Herunder også mulige risikoer og bivirkninger (Helsepersonelloven, 1999, §10; Pasient - og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). I en av studiene kom det fram at pasientene ønsket at informasjonen burde bli gitt så tidlig som mulig etter endt transplantasjon, og at dette temaet burde bli tatt opp og kartlagt jevnlig etter dette (El-Jawahri et al., 2018, s. 2443-2444). Flere pasienter og pårørende mener at seksualitet er en så viktig del av livet, at det bør bli adressert rutinemessig (Booker et al., 2019, s. 16). Det kan tyde på at ønsket tidspunkt for informasjon varierer fra pasient til pasient, og ved å forsiktig nevne dette på et tidlig stadium, kan sykepleieren få en pekepinn på hva som er riktig tidspunkt for

den enkelte. Å tidlig adressere temaet vil kunne åpne opp for en dialog på et senere tidspunkt (Borg, 2017, s. 87).

5.2.3 Mål, ønsker og behov

Ifølge lovverk har pasienten rett til å medvirke i egen behandling (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). Dette underbygger viktigheten av at det er pasientens ønsker og behov som bør danne grunnlaget for målet med undervisningen og veiledningen. Det er derimot viktig at sykepleieren og pasienten kommer fram til realistiske mål sammen, da sykepleieren har et ansvar for å påse at disse målene både er realistiske og forsvarlige i lys av fagkunnskap (Norsk sykepleierforbund, 2019). Dette er også viktig for at sykepleieren og pasienten skal kunne få en felles forståelse for hva som er formålet med undervisningen og veiledningen (Christiansen, 2020, s.69).

I følge Travelbees sykepleieteori om mellommenneskelige aspekter skal sykepleieren ta tak i alle problemer som kan virke forstyrrende i pasientens helse og velvære, og anerkjenne at disse er legitime (Kirkevold, 1998, s. 121). Dette underbygges også i sykepleierens YER da sykepleieren har et ansvar for å ivareta pasientens behov for helhetlig omsorg (Norsk sykepleierforbund, 2019). For å kunne ivareta pasientens behov for helhetlig omsorg, blir det derfor viktig å forstå at seksuell dysfunksjon etter ASCT ofte har flere etiologier, og undervisningen og veiledningen må være personsentrert og individuelt tilpasset (El-Jawahri et al., 2018, s. 2439). Seksuell dysfunksjon kan presentere seg som både biologiske, fysiologiske, psykologiske, mellommenneskelige og sosiale problemer, og det er derfor viktig å på forhånd kartlegge pasientens situasjon, slik at undervisningen og veiledningen kan tilpasses pasientens ønsker og behov på en god og helsefremmende måte (Astarita et al., 2016, s. 122; El-Jawahri et al., 2018, s. 2439).

Pasienter som har gjennomgått ASCT har i ettertid rapportert om varierende problemer knyttet til seksualitet. Disse problemene er blant annet endret selvbilde, endringer i relasjoner, nedsatt libido og fysiske senkomplikasjoner fra behandlingen (Astarita et al., 2016, s. 756; Booker et al., 2019, s. 12). Pasientens behov for undervisning og veiledning vil være avhengig av hvilke problemer og senkomplikasjoner pasienten opplever i ettertid. Dette vil videre påvirke hvilke mål pasienten og sykepleieren kommer fram til. For pasienter som opplever endret selvbilde kan målet med undervisningen og veiledningen eksempelvis være å godta at kroppen er forandret, men allikevel føle seg vel. Andre opplever fysiske

senkomplikasjoner etter ASCT, og for disse vil målet med undervisningen og veiledningen derimot være annerledes enn for pasienter som opplever endret selvilde. Pasienter kan også endre uttrykk for seksualitet etter behandling, og dette vil kunne påvirke hvilke ønsker, behov og mål de har etter ASCT (Booker et al., 2019, s. 12).

5.2.4 Innholdet i undervisningen og veiledningen

Innholdet i undervisningen og veiledningen må tilpasses hvilke behov og målsettinger pasienten har. Som nevnt tidligere vil behovene for undervisning og veiledning basere seg på hvilke problemer pasienten opplever knyttet til seksualitet. Sykepleieren har et etisk ansvar for å utøve en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom (Norsk sykepleierforbund, 2019).

Fysiske senkomplikasjoner

Pasienter som opplever fysiske senkomplikasjoner etter gjennomgått ASCT, vil kunne ha behov for undervisning og veiledning om hjelpemidler som er tilgjengelige. Fysiske senkomplikasjoner kan innebære erektil dysfunksjon, smerter ved samleie og genital GVHD (El-Jawahri et al., 2018, s. 2442). Det er derimot ikke bare undervisning og veiledning om hjelpemidler som kan være helsefremmende for pasienter som opplever senkomplikasjoner knyttet til seksualitet. Pasienter oppgir også at det å få dele sine bekymringer rundt sin seksualitet bidrar til at de blir anerkjent som et seksuelt vesen, uten at kommunikasjonen nødvendigvis må rette seg mot tiltak og resultater (Winterling et al., 2020, s. 543).

For menn kan erektil dysfunksjon bli et stort problem etter behandlingen, og dette kan komme av cytostatikabehandlingen, transplantasjonen eller GVHD. Flere pasienter har oppgitt å få problemer med både ereksjon, ejakulasjon og strukturelle endringer i penis, noe som hindrer de i å gjennomføre samleie (Booker et al., 2019, s. 14). Et kjent hjelpemiddel for ereksjonsproblemer er administrering av medikamenter mot erektil dysfunksjon (El-Jawahri et al., 2018, s. 2442). Sykepleieren kan informere om at slike medikamenter kan hjelpe, samt undervise i riktig administrering. Dette har vist seg å bedre ereksjonen hos denne pasientgruppen. Mange pasienter erfarer derimot at bruken av dette fjerner spontaniteten av samleie, og på denne måten fører til nedsatt seksuell lyst (Booker et al., 2019, s. 14). Det finnes derimot også andre hjelpemidler man kan informere om hvis pasienten opplever dette. Forskning viser at bruk av penisring har vært helsefremmende for pasienter med

ereksjonsproblemer. En viktig sykepleieoppgave blir da å undervise og veilede pasienten i bruk av dette hjelpemidlet (El-Jawahri et al., 2018, s. 2442).

For kvinner kan behandlingen føre til store plager knyttet til seksualitet. Flere kvinner oppgir å få store smerter ved samleie, noe som kan komme av nedsatt lubrikasjon, GVHD og vaginisme. Smertene disse kvinnene opplever blir en barriere både for deres egen opphisselse, men også for partnerne deres (Astarita et al., 2016, s. 757). Undervisning og veiledning om glidemiddel, vaginal østrogen og topisk bedøvelse har vist seg å være helsefremmende for denne pasientgruppen (El-Jawahri et al., 2018, s. 2443). Ved alvorlig GVHD i genitalier vil det for kvinner medføre en risiko for sammenvoksninger av skjeden (El-Jawahri et al., 2018, s. 2443). GVHD i genitalier er veldig ofte underrapportert, og det gis lite informasjon om behandling for dette. Dette kommer av at GVHD i genitalier kan utvikle seg langsomt, og symptomer kan ofte ikke merkes før det har utviklet seg til en alvorlig GVHD. Det anses derfor som nødvendig å implementere jevnlig gynekologiske undersøkelser for å kunne oppdage dette på et tidligere stadium. I tillegg er det viktig å informere kvinnelige pasienter om hvilke endringer som kan oppstå dersom GVHD affekterer genitaliene, slik at de selv kan gjennomføre selvundersøkelser for å oppdage dette på et tidlig stadium (Booker et al., 2019, s. 16). For kvinner som opplever GVHD i genitalier vil undervisning og veiledning vedrørende bruk av dilator og glidemiddel være helsefremmende, da dilatorer kan forebygge sammenvoksninger, og glidemiddel hjelper mot nedsatt lubrikasjon (El-Jawahri et al., 2018, s. 2442).

Relasjoner, selvbilde og seksuell lyst

Ifølge Travelbee kan lidelse oppstå når mennesker opplever tap, nedsatt egenverd og følelsen av å være adskilt fra andre (Kirkevold, 1998, s. 114). Det kan være en rekke aspekter som i ettertid påvirker denne pasientgruppens relasjoner, både til seg selv og partneren.

Behandlingen kan endre deres seksuelle identitet og relasjon til seg selv, og mange opplever at kroppen endres i så stor grad at det påvirker selvbildet (Booker et al., 2019, s. 14). Hårtap, tap av muskelmasse, vektendring, ødemer og hudproblemer er noen av de fysiske endringene som kan påvirke pasientens selvbilde og seksuelle identitet (Astarita et al., 2016, s. 755; Booker et al., 2019, s. 14-15). Behandlingen kan også medføre tap av et viktig aspekt ved parforholdet, og savnet fra livet før sykdommen og sexlysten man en gang hadde kan etterlate

seg et tomrom man ikke er forberedt på (Astarita et al., 2016, s. 757). Dette kan også gjøre det utfordrende for enslige pasienter å danne nye intime relasjoner (Booker et al., 2019, s. 15).

Flere pasienter rapporterer at deres frykt for patogener og cytostatikautskillelse påvirker de i stor grad etter transplantasjonen. Det kommer fram at flere pasienter er redde for intimitet og nærhet i tiden etter endt behandling, og det kan tyde på at manglende informasjon og kommunikasjon har bidratt til å forsterke denne frykten. En pasient med leukemi var redd for å klemme mannen sin, da hun trodde dette kunne utsette henne for smittefare. En sykepleier som var deltaker i studien innså dermed at seksualitet er et tema som bør prioriteres mer i sykepleien; *“Å ikke tørre og klemme ektemannen din er virkelig resultatet av en sykepleie som ikke prioriterer seksualitet”* (Winterling et al., 2020, s. 541). Ifølge YER og gjeldende lovverk er sykepleieren pliktig til å informere pasienten om deres tilstand, men også pliktig til å påse at denne informasjonen er forstått (Norsk sykepleierforbund, 2019; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-5). Det blir derfor viktig at sykepleieren informerer om cytostatikautskillelse og faren for infeksjoner på en måte som ikke skaper frykt og redsel hos pasienten, og som således påvirker pasientens relasjoner i negativ grad.

Flere pasienter opplever bivirkninger som hindrer de i å delta i penetrerende samleie. I tillegg opplever flere pasienter at nedsatt libido og tap av seksuell interesse påvirker deres relasjon til partneren i stor grad (Booker et al., 2019, s. 12). Det er derfor viktig at sykepleieren informerer pasienten og partneren om at seksualitet har flere aspekter enn kun penetrerende samleie, og på denne måten skape et alternativ perspektiv på hva seksualitet innebærer (Eide & Eide, 2017, s. 33). Flere pasienter har erfart at deres uttrykk for seksualitet har endret seg etter behandling, og at det å se på seksualitet som mer enn penetrerende samleie har bidratt positivt i relasjonen til partneren (Astarita et al., 2016, s. 756; Booker et al., 2019, s. 12).

5.2.5 Metodikk og tilrettelegging

Som sykepleier bør man være åpen og vise initiativ til å samtale og undervise om seksualitet, og et av de viktigste verktøyene en sykepleier innehar er ifølge Travelbee kommunikasjon (Kirkevold, 1998, s. 118-119). Kommunikasjon er en forutsetning for å kunne oppnå målet pasienten og sykepleieren sammen har satt for undervisningen og veiledningen (Kirkevold, 1998, s. 119). Metodiske elementer som bidrar til at undervisningen og veiledningen blir helsefremmende kan oppsummeres som ti ferdigheter innen kommunikasjon (Christiansen,

2020, s. 77; Eide & Eide, 2017, s. 33). Her vil vi drøfte hvordan disse ferdighetene kan implementeres i undervisningen og veiledningen for å fremme pasientens seksuelle helse.

Å lytte og observere

Ifølge Travelbee skjer kommunikasjon kontinuerlig, og er en prosess som går ut på å dele tanker og følelser mellom sykepleieren og pasienten (Kirkevold, 1998, s. 118-119). Å kommunisere er en formålsstyrt prosess bestående av både verbale og nonverbale aspekter, som etablerer et menneske-til-menneske-forhold mellom pasienten og sykepleieren (Kirkevold, 1998, s. 119). Ved å stille åpne, generelle og sirkulerende spørsmål kan dette åpne opp for at pasienten kan dele sine erfaringer (Eide & Eide, 2017, s. 118; Graugaard, 2006, s. 21). Et eksempel på slike spørsmål er: *“Det er ikke uvanlig at behandlingen du har gjennomgått påvirker en persons sexliv og relasjoner, ihvertfall en stund. Hvordan har dette vært for deg? Er det noe du har tenkt på?”* (Winterling et al., 2020, s. 539). Dette gir sykepleieren mulighet til å lytte til pasientens tanker rundt sin egen seksualitet og seksuelle helse, og åpner opp for at sykepleieren kan få bedre innblikk i pasientens perspektiv.

Å anerkjenne pasientens perspektiv

Hensikten med personorientert kommunikasjon er å finne frem til og oppfylle pasientens behov (Kirkevold, 1998, s. 119). I personorientert kommunikasjon ser man ikke på pasienten som bare en pasient, men som en hel person med egne ønsker, mål og verdier (Eide & Eide, 2017, s. 16). Dette påpekes også av Travelbee, som mente at å ikke se pasienten som et eget individ forsterker stereotyper knyttet til diagnoser (Kirkevold, 1998, s. 114). Dette underbygger viktigheten av anerkjenne pasientens perspektiv, da det allerede er stadfestet at pasienter som har gjennomgått ASCT kan få en stor variasjon av senkomplikasjoner knyttet til seksualitet, og ikke alle opplever det samme.

Stimulering av pasientens selvbestemmelse, ressurser og medvirkning

Å gi pasienten tilstrekkelig informasjon er noe sykepleieren er pliktig til å gjøre, og dette framkommer også i YER (Norsk sykepleierforbund, 2019; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). Med dette bidrar sykepleieren til å stimulere pasientens selvbestemmelse og ressurser. Dette fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser og medvirke i egen behandling. Undervisningen og veiledningen skal så langt det lar seg gjøre utformes i samarbeid med pasienten, og pasientens evne til å forstå informasjonen som gis avgjør graden

av medvirkning (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). Det er derfor viktig at sykepleier bruker sine kommunikasjonsferdigheter til å formidle informasjon til pasienten, slik at pasienten, gjennom aktiv deltakelse, får ivaretatt sin rett til medvirkning i undervisningen og veiledningen.

Sykepleierens væremåte

Empati er viktig, og gjennom medfølelse kan sykepleieren gi pasienten tillit og trygghet som gjør det lettere å snakke om seksualitet (Eide & Eide, 2017, s. 39; Kirkevold, 1998, s. 117). Ved å være åpen og nysgjerrig, kan sykepleieren trygge pasienten på at dette er et samtaletema som det er greit å snakke om. Det er derimot viktig at sykepleieren unngår moralisering, og respekterer pasientens grenser i undervisning og veiledning om seksualitet (Graugaard, 2006, s. 23). Tidligere i diskusjonskapitlet har sykepleierens indre barrierer blitt diskutert. Disse vil også påvirke sykepleierens væremåte i møte med pasienter som har gjennomgått ASCT som har senvirkninger knyttet til seksualitet.

5.2.6 Prosessvurdering og evaluering

Det er viktig at sykepleieren er klar over at den didaktiske relasjonsmodellen ikke er en lineær prosess, og at man underveis i prosessen vurderer og evaluerer undervisningen og veiledningen som blir gitt. Dette skal gjøres i samarbeid med pasienten, og åpner opp for justeringer underveis dersom det er behov for dette (Christiansen, 2020, s.86).

Forskning viser at pasienter som har fått undervisning og veiledning har følt seg mer støttet og forberedt gjennom sykdoms- og behandlingsperioden. Økt kunnskap har også ført til at de har følt mindre skyld for endringer som har oppstått knyttet til seksualitet (Astarita et al., 2016, s. 758). Videre viser forskning at de som har diskutert seksualitet har hatt færre problemer knyttet til dette temaet (Astarita et al., 2016, s. 755). Pasienter som ikke har fått undervisning og veiledning knyttet til seksualitet under behandlingsforløpet har derimot følt seg lite forberedt på plagene som har oppstått, og mener at økt undervisning og veiledning ville vært positivt (Astarita et al., 2016, s. 755).

6. Avslutning

Det kommer tydelig fram i relevant fag- og forskningslitteratur at pasienter som har gjennomgått ASCT opplever store utfordringer knyttet til seksualitet, som videre påvirker deres seksuelle helse. Disse utfordringene kan oppstå som følge av både cytostatikabehandlingen og selve transplantasjonen, og kan presentere seg som fysiske og biologiske endringer, endringer i relasjoner og endringer i selvbylde. Til tross for disse utfordringene, opplever flere pasienter at kommunikasjonen mellom pasienter og sykepleiere er mangelfull. Det kommer også fram at pasienter har et stort behov for undervisning og veiledning knyttet til problemer relatert til seksualitet. På bakgrunn av dette, ønsket vi å undersøke hvordan undervisning og veiledning om seksualitet kan bidra til å fremme seksuell helse hos pasienter som har gjennomgått ASCT. For at undervisningen og veiledningen til denne pasientgruppen skal være helsefremmende, er det essensielt at sykepleieren identifiserer og utfordrer sine egne barrierer knyttet til det å snakke om seksualitet.

Ved bruk av den didaktiske relasjonsmodellen og profesjonelle kommunikasjonsferdigheter kan sykepleieren planlegge undervisningen og veiledningen ut i fra pasientenes behov. Sykepleieren må tilpasse undervisningen og veiledningen ut i fra hvilke forutsetninger pasientene har, både hva gjelder kunnskapsnivå og sykdomstilstand. Travelbee påpeker viktigheten av å anerkjenne pasientene som et individ, med individuelle mål, ønsker og behov. Dette er særlig viktig for denne pasientgruppen, da problemer knyttet til seksualitet ofte har flere etiologier. Innholdet i undervisningen og veiledningen må tilpasses målene, ønskene og behovene til hver enkelt pasient, og undervisningen og veiledningen må ivareta pasientene både etisk og juridisk. Hvordan sykepleieren opptrer i møte med pasienter som har problemer knyttet til seksualitet, er særdeles viktig for at det skal være et helsefremmende møte. Egenskaper som åpenhet, nysgjerrighet og respekt står høyt, samtidig som moralisering og indre barrierer kan hindre undervisningen og veiledningen fra å virke helsefremmende for pasienter som har gjennomgått ASCT. Ved å gi pasientene muligheten til å dele sine tanker og erfaringer knyttet til seksualitet etter ASCT, blir pasientene anerkjent som seksuelle vesen. For mange virker denne anerkjennelsen helsefremmende i seg selv.

Forskningslitteraturen vi har valgt i denne oppgaven viser at tilstrekkelig undervisning og veiledning om seksualitet har bidratt til at pasienter har følt mindre skyld for endringene som har oppstått, de har følt seg mer forberedt på tiden etter ASCT og følt seg mer støttet i

perioden etter behandling. Videre ser vi et behov for mer forskning på dette området, samt implementering av kartleggingsverktøy, tydeligere rutiner og retningslinjer for å lettere oppdage problemer knyttet til seksualitet hos denne pasientgruppen.

7. Referanseliste

- Agger, N.P. (2006). Kræft og seksualitet. I C. Graugaard., B. Møhl. & P. Hertoft (Red.), *Krop, sykdom og seksualitet* (1. utg., s. 261-278). Hans Reitzel Forlag.
- Astarita, S., Caruso, L., Barron, A.M & Rissmiller, P. (2016). Experiences in sexual health among women after hematopoietic stem cell transplantation. *Oncology Nursing Forum*, 43(6), 754-759.
<https://doi.org/10.1188/16.ONF.754-759>
- Booker, R., Walker, L. & Bouchal, S.R. (2019). Sexuality after hematopoietic stem cell transplantation: a mixed method study. *European Journal of Oncology Nursing*, 39 (2019), 10-20.
<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2019.01.001>
- Borg, T. (2017). Seksualitet. I A. M Reitan & T.K. Scjølberg (Red.), *Kreftsykepleie* (2. Utg., s. 84-89). Akribe Forlag.
- Christiansen, B. (2020). Didaktiske perspektiver på helseveiledning. I B. Christiansen (Red.), *Helseveiledning* (2.Utg., s. 47-77). Gyldendal Akademisk.
- Christiansen, B. (2020). Helseveiledning - Hva menes det?. I B. Christiansen (Red.), *Helseveiledning* (2.Utg., s. 13-34). Gyldendal Akademisk.
- Christiansen, B. (2020). Tilrettelegging, metodikk, endringsarbeid. I B. Christiansen (Red.), *Helseveiledning* (2.Utg., s. 77-91). Gyldendal Akademisk.
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: Personorientering, samhandling, etikk*. (3. Utg.). Gyldendal Akademisk.
- El-Jawahri, A., Fishman, S.R., Vanderklish, J., Dizon, D.S., Pensak, N., Traeger, L., Greer, J.A., Park, E.R., Markovitz, N., Waldman, L., Hunnewell, C., Saylor, M., Driscoll, J., Li, Z., Spitzer, T.R., McAfee, S., Chen, Y-B. & Temel, J.S. (2018). Pilot Study of a

Multimodal Intervention to Enhance Sexual Function in Survivors of Hematopoietic Stem Cell Transplantation. *Cancer*, 124(11) , 2438-2446

<https://doi.org/10.1002/cncr.31333>

Eurocet. (2019). HPC-data - aktivitetsåret 2019.

<https://www.helsedirektoratet.no/search?searchquery=%C3%A5rsmeldinger%20allogen>

Graft versus host disease (GVHD): Diagnostikk og behandling av kronisk. (2021, 28. april). I *eHåndboken OUS*. Hentet 21.03.2022 fra <https://ehandboken.ous-hf.no/document/1840>

Graugaard, C., Møhl, B. & Hertoft, P. (2006). Krop, sykdom og seksualitet. I C. Graugaard., B. Møhl. & P. Hertoft (Red.), *Krop, sykdom og seksualitet* (1. utg., s.9-37). Hans Reitzel Forlag.

Helsedirektoratet. (2020). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av maligne blodsykdommer*. (IS-2930).

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>

Holmes, W. (2003). *Sexual health of women following hematopoietic stem cell transplantation* [Doktorgradsavhandling]. University of Connecticut.

Kallekleiv, M. (2015). *Oppsummert forskning på effekten av ko-transplantasjon av mesenkymale stromale celler ved hematopoietisk stamcelletransplantasjon* [Masteroppgave]. Høgskolen i Bergen.

Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier - analyse og evaluering* (2.utg.). Gyldendal Akademisk.

Lehne, R. (2017). Sykepleieutfordringer ved kreft i bloddannende organer og lymfatisk vev. I

- A. M Reitan & T.K. Scjøberg (Red.), *Kreftsykepleie* (2. Utg., s. 428-432). Akribe Forlag.
- Meyer, P. (2019). Blodsykdommer og sykdommer i lymfoide organer. I S. Ørn & E. Bach – Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2.utg., s. 203-212). Gyldendal Akademisk.
- Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*.
<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2017). Klinisk sykepleie - funksjon, ansvar og kompetanse. I D-G, Stubberud., R. Grønseth. & H. Almås (Red.). *Klinisk sykepleie bind 1* (5.utg., s.17-37). Gyldendal Akademisk
- Oslo universitetssykehus. (2020). *Informasjon om graft-versus-host-disease (GVHD) ved alloge stamcelletransplantasjon*. [Brosjyre]. <https://ehandboken.ous-hf.no/document/8184f>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient - og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20bruker>
- Rusten, L. (2017). Kreft i bloddannende organer og lymfatisk vev. I A. M Reitan & T.K. Scjøberg (Red.), *Kreftsykepleie* (2. Utg., s. 418-427). Akribe Forlag.
- Schjøberg, T.K. (2017). Endret kroppsbilde. I A.M Reitan & T.K. Scjøberg (Red.), *Kreftsykepleie* (2. Utg., s. 90-99). Akribe Forlag.
- Schjøberg, T.K. (2017). Fatigue. I A. M Reitan & T.K. Scjøberg (Red.), *Kreftsykepleie* (2. Utg., s. 124-131). Akribe Forlag.
- Thidemann, I-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk skriving* (2.Utg.). Universitetsforlaget.
- Vildalen, S. (2014) *Seksualitetens betydning for utvikling og relasjoner: med utgangspunkt i*

Thore Langfeldts tenkning og arbeid (1.Utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Winterling, J., Lampic, C. & Wettergren, L., (2020). Fex-talk: a Short Educational Intervention Intended to Enhance Nurses`Readiness to Discuss Fertility and Sexuality with Cancer Patients. *Journal of Cancer Education*, 35(3), 538-544.
<https://doi.org/10.1007/s13187-019-01493-7>

World Health Organization. (2022, 14. Mars). *Sexual health: definitions*.
https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_2