

Seksualitet i forbindelse med livmorhalskreft

Kandidatnummer: 190 & 171
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 8562
Dato: 19.04.2022



Lovisenberg
diakonale høgskole

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole 19.04.2022
<u>Tittel</u> Seksualitet i forbindelse med livmorhalskreft	
<u>Problemstilling</u> Hvordan kan den didaktiske relasjonsmodellen bidra til økt informasjon og veiledning om kvinners seksualitet etter gjennomgått strålebehandling for livmorhalskreft? <u>Teoretisk perspektiv</u> I teorien presenteres faglitteratur som anses som nødvendig for å kunne besvare vår problemstilling. Det innebærer teori om livmorhalskreft, seksualitet og den didaktiske relasjonsmodellen. Videre blir den didaktiske relasjonsmodellen presentert. Teorien avsluttes med aktuelt lovverk, etiske retningslinjer for sykepleiere og sykepleiers ansvars- og funksjonsområder. <u>Metode</u> Vår bachelor oppgave er en litteraturoppgave som tar for seg faglitteratur og forskningsartikler for å besvare vår problemstilling. I metodekapitlet fremlegges en oversikt over fremgangsmåten for litteratursøk, søkestrategi og kildekritikk. <u>Drøfting</u> På bakgrunn av presentert teori, fag- og forskningslitteratur drøftes vår problemstilling. Vi har valgt å drøfte problemstillingen med den didaktiske relasjonsmodellen som mal. Vi drøfter kvinners og sykepleiers holdninger til informasjon om seksualitet. Faktorer som holdninger, mangel på kunnskap og rammer på arbeidsplassen påvirker sykepleierens evne til å ta opp seksualitet med kvinnen. Videre drøftes dette opp mot kvinnens opplevelser og ønske om informasjon. <u>Konklusjon</u> Funn fra forskning og faglitteratur viser at sykepleieren har store utfordringer mot å ta opp seksualitet med kvinnen. Det var avgjørende at sykepleier tok initiativ til samtaler om seksualitet med kvinnen. Videre viser både forskning og faglitteratur at kvinnen har et stort behov for informasjon om hvordan senskader påvirker hennes seksualitet. Det var en viktig faktor at partner også ble inkludert i samtaler. Den didaktiske relasjonsmodellen kan for sykepleieren være ett godt hjelpemiddel for å ta opp seksualitet med kvinnen og hennes partner.	

(Totalt antall ord: 252)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Presentasjon av problemstilling	2
1.2	Begrepsavklaring	2
1.3	Avgrensing og presisering av kontekst	3
2	Teori.....	5
2.1	Livmorhalskreft	5
2.2	Seksualitet.....	6
2.3	Didaktiske relasjonsmodellen	7
2.3.1	Deltakerforutsetninger	7
2.3.2	Rammefaktorer.....	7
2.3.3	Mål.....	8
2.3.4	Innhold.....	8
2.3.5	Metode.....	9
2.3.6	Vurdering.....	9
2.4	Lovverk og retningslinjer.....	9
2.4.1	Helsepersonelloven	9
2.4.2	Pasient- og brukerrettighetsloven.....	10
2.4.3	Yrkesetiske retningslinjer.....	10
2.5	Sykepleierens ansvar- og funksjonsområder	11
3	Metode	12
3.1	Litteratursøk og søkehistorikk	12
3.1.1	Søkeprosess	12
3.1.2	Tabell 1: Viser søkestrategi på anvendt forskning	12
3.2	Kildekritikk	13
4	Resultat.....	15
4.1	Tabell 2: Artikkelmatrise.....	15
5	Drøfting	17
5.1	Deltakerforutsetninger	17
5.2	Rammefaktorer.....	19
5.3	Mål	22
5.4	Innhold.....	23
5.5	Metode	25
5.6	Vurdering	26
6	Avslutning	28
7	Referanseliste	29

1 Innledning

Ifølge kreftregisteret ble det i løpet av året 2020 registrert 328 nye tilfeller av livmorhalskreft i Norge. Forekomsten av livmorhalskreft i Norge er redusert med nærmere 40 prosent de siste 50 årene (Kreftregisteret, u.å.; Kreftregisteret, 2021). I 2015 startet journalisten Thea Steen kampanjen #sjekkdeg, som økte oppmerksomheten rundt livmorhalskreft. Hun døde i 2016 som følge av livmorhalskreften, men gjorde en stor innsats for at andre ikke skulle oppleve det samme. Antall kvinner som har tatt livmorhalsprøver har økt siden kampanjen startet og flere har dermed unngått å få livmorhalskreft (Kreftforeningen u.å.).

Livmorhalskreft blir oftest diagnostisert i fertil alder. Flesteparten er seksuelt aktive når diagnosen finner sted. Behandlingen av livmorhalskreft består ofte av hysterektomi samt fjerning av lymfeknuter i bekkenet, i tillegg til stråling av bekkenet. Denne behandlingen gir mange bivirkninger og ettervirkninger som kan spille inn på selvbilde og ubehag ved samleie, og dermed gjøre seksualitet til et vanskelig tema. I behandlingsforløpet spiller sykepleier en vesentlig rolle. Det er derfor viktig at sykepleiere gir god informasjon og veiledning tidlig i forløpet (Jerpseth, 2016, s. 153-155).

På bakgrunn av dette har vi valgt tema seksualitet i forbindelse med livmorhalskreft, fordi det er et viktig tema som må komme på dagsorden (Gamnes, 2016, s. 373). Forskning viser at kvinner ofte etterspør informasjon og veiledning om seksualitet etter livmorhalskreft (Rassmusson & Thomè, 2008, s. 215). Kvinnehelse synes å være lite vektlagt i helsetjenesten. Forskning bygger ofte på data basert på menn og tar utgangspunkt i menns arbeids- og livssituasjon i samfunnet (Kristoffersen, 2016, s. 41). Kvinner kan ofte føle at de ikke blir tatt på alvor av helsevesenet, dette kan komme av at kvinner og menn snakker annerledes om sykdom (Kristoffersen, 2016, s. 42). I denne sammenheng vil sykepleiers rolle og funksjon med kvinner som har fått diagnosen livmorhalskreft være støttende og hjelpende, da hun ofte vil reagere med en sorgprosess som kan oppleves både sjokkerende og overveldende (Jerpseth, 2016, s. 154).

Sykepleiers rolle vil fremover være å tilpasse informasjon og veiledning etter kvinnen behov, da seksuell lyst er individuelt anliggende. Seksualitet oppleves og håndteres forskjellig fra person til person og avhenger av hvilken livsfase kvinnen befinner seg i (Jerpseth, 2016, s. 155). Derfor kan den didaktiske relasjonsmodellen være et godt hjelpemiddel for å bidra til

pasientsentrert informasjon og veiledning, og bidra til mestring for kvinnen (Tveiten, 2020, s. 91). Skadene som kan oppstå i kjønnsorganene som følge av kreftbehandlingen kan gå utover seksualiteten til kvinnen. Sykepleierens oppgave kan da blant annet være å ta initiativ til samtale med kvinnene og eventuelt partneren hennes om problemstillinger i forbindelse med seksualitet. Dette kan innebære veiledning om at seksualitet kan romme nærhet og intimitet uten samleie (Jerpseth, 2016, s. 155). Sykepleier får også den informerende rollen hvor sykepleier kan informere om ulike typer hjelpemidler som kan brukes etter strålebehandling. Dette for å bedre ettervirkningene som kan oppstå etter behandlingen (Jerpseth, 2016, s. 155). Gamnes (2016, s. 373) forklarer seksualitet på denne måten: «Seksualitet angår alle mennesker, i alle aldre og livssituasjoner». Sykepleier kartlegger ut ifra grunnleggende behov slik som eliminasjon, ernæring og søvn. Seksualitet er på lik linje med disse også et grunnleggende behov som sykepleier må prioritere (Gamnes, 2016, s. 373).

Oppgavens hensikt er å belyse temaet og sykepleierens rolle med informasjon og veiledning i arbeid med kvinner som har gjennomgått strålebehandling for livmorhalskreft. Kvinner kan oppleve seksuell dysfunksjon etter behandlingen, og føler ofte et sterkt behov for informasjon og veiledning. Det er derfor ønskelig å undersøke hvordan den didaktiske relasjonsmodellen kan bidra til økt informasjon og veiledning. Med bakgrunn i dette er vår problemstilling formulert slik:

1.1 Presentasjon av problemstilling

Hvordan kan den didaktiske relasjonsmodellen bidra til økt informasjon og veiledning om kvinners seksualitet etter gjennomgått strålebehandling for livmorhalskreft?

1.2 Begrepsavklaring

Seksualitet:

Seksualitet kan defineres som:

“[...] 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” (World Health Organization, 2006).

Veiledning:

En definisjon på veiledning av pasienter er: “en formell, relasjonell og pedagogisk istandsetting prosess som har til hensikt at mestringskompetansen styrkes gjennom dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier” (Tveiten, 2020, s. 98).

Den didaktiske relasjonsmodellen:

Didaktisk relasjonstenkning er en modell for planlegging, gjennomføring, vurdering og evaluering. Modellen beskriver deltakerforutsetninger, rammefaktorer, mål, innhold, metode og vurdering, i tillegg til relasjonen mellom elementene (Tveiten, 2020, s. 91).

1.3 Avgrensning og presisering av kontekst

Vi velger å ta for oss seksuelt aktive kvinner i alderen 25 - 69 år, da det er i denne aldersgruppen at livmorhalskreft oftest opptrer (Kreftregisteret, 2019). Det kan ta opptil et år før kvinnen ønsker å være mer seksuelle med partner igjen, og kan derfor ha behov for informasjon og veiledning om hvordan kreftbehandlingen kan ha påvirket seksualiteten (Oslo universitetssykehus, 2020; Gjessing & Dahl, 2019, s. 108). Derfor velger vi å ta for oss kvinner som følges opp på gynekologisk kreftpoliklinikk etter behandling for livmorhalskreft (Oslo universitetssykehus, 2020). Videre vil ta for oss sykepleierens ansvars- og funksjonsområder ved denne pasientgruppen, som vil være den informerende, veiledende og støttende rollen. I vår oppgave vil vi derfor fokusere på hvordan vi som sykepleiere kan bruke den didaktiske relasjonsmodellen til å hjelpe kvinner til å få god nok informasjon og veiledning om bivirkninger som kan påvirke deres seksualitet. Grunnet oppgavens omfang avgrenses oppgaven til strålebehandling, da dette ofte er standardbehandling for livmorhalskreft etter det tidligste stadiet. Det er flere fysiologiske endringer som kan oppstå hos kvinnen etter strålebehandling, slik som redusert fertilitet (Jerpset, 2016, s. 154; Kiserud et al., 2019, s. 101). Grunnet omfanget avgrenser vi ytterligere til kvinnens psykososiale perspektiv på endret seksualitet etter strålebehandling. Dette grunnet kvinners holdninger,

forventninger og frykt er en vesentlig faktor som påvirker mekanismer i hjernen. Disse psykologiske faktorene kan forsterke eller hemme de fysiologiske endringene kvinner opplever (Gjessing & Dahl, 2019, s. 109). Vi inkluderer også kvinnens partner i oppgaven, da partner ofte også har et behov om informasjon og veiledning om kvinnens endrede seksualitet (Gjessing & Dahl, 2019, s.118). I oppgaven vil kvinnen bli omtalt som kvinnen, hun eller pasient.

2 Teori

2.1 Livmorhalskreft

Livmorhalskreft (Cancer Cervix) utvikler seg i livmorhalsen i overgang mellom plateepitel og sylinderepitel. Vanligvis oppstår svulsten rundt overgangen ved mormunnåpningen der det flerlagede plateepitelet kler utsiden av livmortappen og går over til enlaget sylinderepitel i cervikalkanalen (Jerpseth, 2016, s. 153). Livmorhalskreft utvikler seg ofte over lang tid. Man ser ofte at de maligne cellene befinner seg som forstadier i epitelet i flere år (Jerpseth, 2016, s. 153). Vanligvis forekommer livmorhalskreft etter infeksjon av Humant Papillomavirus (HPV). HPV forstyrrer celledelingen, noe som kan føre til celleforandringer som kan videreutvikle seg til forstadiet av kreft (Kristoff, 2016, s. 409).

Behandlingen avhenger av hvilket stadium kreften er i, og hvilken type svulst kvinnen har. I det tidligste stadiet er behandlingen konisering. Konisering er et kirurgisk inngrep hvor slimhinnene på livmorhalstappen skjæres vekk. Ved senere stadier er ofte behandlingen intrakavitær stråleterapi i vagina, etterfulgt av kirurgisk behandling. Er det spredning til bekkenet får kvinnen stråleterapi i tillegg. Ved langtkommen kreft og ved residiv etter kirurgisk behandling og eventuelt stråleterapi kan cytostatika redusere størrelsen på svulsten (Jerpseth, 2016, s. 153).

Komplikasjoner avhenger av hvilken behandling som er benyttet. Ved kirurgi hvor vev i bekkenet er fjernet og det har oppstått skader på nerver og redusert lymfedrenasjer, er vanlige komplikasjoner lymfødem, problematikk rundt blæretømming og seksuell dysfunksjon. Ved strålebehandling kan tarmen også utsettes for stråling, og noen kvinner kan oppleve tarmproblematikk. Vagina kan også bli preget av strålebehandlingen og bli trangere og kortere. Dette kan blant annet føre til problemer med samleie og samliv (Kristoff, 2016, s. 410).

Flere opplever senskader etter gjennomgått behandling for livmorhalskreft. Kvinner opplever at livet forandrer seg fysisk, men også psykisk. Det er vanlig å oppleve plager etter behandlingen, men fåtallet opplever alvorlige senskader (kreftforeningen, 2021). Yngre kvinner kan etter gjennomgått strålebehandling i bekkenområdet oppleve å komme i en kunstig fremstilt overgangsalder. Dette grunnet stråling mot eggstokkene som stopper

produksjonen av hormoner. Det kan for mange oppleves belastende psykisk å komme i overgangsalder i ung alder, men hormonbehandling kan hjelpe med de fysiske plagene (kreftforeningen, 2021)

Det er også flere senskader som kan skape problematikk rundt kvinnens seksualfunksjon. Strålebehandlingen kan føre til at skjeden blir tørr, lite elastisk og sammenvoksninger kan forekomme. Skjeden kan også bli mindre følsom og trangere, som ved samleie kan føre til smerter og mindre blødninger (Kreftforeningen, 2021).

2.2 Seksualitet

Seksualitet angår alle mennesker, i alle aldre og livssituasjoner. Det omfatter både fysiske og psykiske, åndelige, sosiale og kulturelle sider ved det å være menneske. Seksualitet kan betraktes som en privatsak, selv om sykdom og behandling har medført forandringer som kan ha en negativ effekt på seksuallivet, og som kan påvirke helse og livskvalitet. Sykepleier har et ansvar for at kvinnens seksuelle behov settes på dagsordenen på lik linje med andre grunnleggende behov (Gamnes, 2016, s. 373). Begrepet seksualitet kan ofte ha en bredere betydning enn kun behovet for seksuelle aktiviteter. Ordet seksualitet kan skilles mellom seksuelle handlinger og seksuell atferd. Seksuelle handlinger vil omhandle kyssing, onanering og samleie, hvor i motsetning til seksuell adferd omhandler flørting, kle seg sensuelt, lese erotiske blader/bøker og date. Seksualitet er et individuelt behov som oppleves og håndteres forskjellig fra person til person, og fra en livsfase til en annen (Gamnes, 2016, s. 374).

Etter gjennomgått strålebehandling for livmorhalskreft kan kvinners testosteronproduksjon avta eller opphøre helt. Dette kan føre til manglende seksuell lyst hos kvinnen, da den manglende testosteronproduksjonen har ført til at deres seksuelle drømmer og fantasier har redusert betydelig. Det kan også ta lengere tid før kvinnen kjenner lyst til seksuelle handlinger (Dahl, 2016, s.109). Det er flere psykososiale perspektiver som kan påvirke kvinnens seksualitet, slik som intimitet og følelsesmessige faktorer. Flere kvinner opplever problematikk knyttet til kroppsbilde, usikkerhet rundt parforholdet, endringer i skjeden og en følelse av skyld og skam. Dette er med på å påvirke kvinnes seksualitet og kvinnens nytelse negativt (Gjessing & Dahl, 2019, s.116-118).

2.3 Didaktiske relasjonsmodellen

For å belyse sykepleierens veiledende funksjon velger vi å ta i bruk den didaktiske relasjonsmodellen. Didaktisk relasjonstenkning er en modell for planlegging, gjennomføring, vurdering og evaluering. Modellen beskriver deltakerforutsetninger, rammefaktorer, mål, innhold, metode og vurdering, i tillegg til relasjonen mellom elementene. Den gir en oversikt over hvilke vurderinger og hensyn som må tas når helsepersonell skal samhandle med kvinner som er behandlet for livmorhalskreft, som ofte er i en sårbar posisjon. Relasjonsmodellen legger til rette for at kvinnen selv kan være medvirkende og en aktiv part i den undervisende og veiledende prosessen (Tveiten, 2020, s. 91).

2.3.1 Deltakerforutsetninger

Ved bruk av den didaktiske relasjonsmodellen er det en fordel at sykepleier vet hvilke kunnskaper kvinnen har om livmorhalskreft og situasjonen hun er i. Dette kan sykepleier finne ut ved hjelp av samtaler med kvinnen. I tillegg er det gunstig å vite hvilket forståelsesgrunnlag hun har. Det er mange kilder kvinnen har tilgang til som kan gi feil informasjon om livmorhalskreft, gjennom blant annet internett og andre mediekkanaler. Det er derfor viktig at sykepleier har gode samtaler med kvinnen på forhånd og etterspør hennes opplevelse og syn på sin situasjon. Ved hjelp av disse samtaleene gir sykepleier mulighet til pasientmedvirkning (Tveiten, 2020, s. 91-92; Dahl, 2016, s.46).

2.3.2 Rammefaktorer

Rammefaktorene er situasjonen kvinnen befinner seg i. Det kan være en pårørende som har ekstra behov for undervisning eller det kan være økonomiske forhold, tid, rom og fysiske forhold. Rammefaktorene kan ha positiv eller negativ innvirkning på undervisningen og er derfor viktig å ta med i vurderingen når man planlegger (Tveiten, 2020, s. 92-93). Det er derfor essensielt at sykepleier vurderer rammefaktorene slik at undervisningen blir lagt opp riktig for å hindre forstyrrelser, så kvinnen ikke er trøtt eller sliten av andre avtaler (Tveiten, 2020, s. 168). Partnere ønsker ofte å ta del i undervisningen og veiledningen om seksuell funksjon, for å øke deres kunnskaper om hvordan de kan støtte kvinnen. Samtidig for å få råd om hvordan man kan kommunisere med partner om seksuell funksjon (Vermeer et al, 2016, s. 1685).

2.3.3 Mål

Målet med undervisningen og veiledningen er å formidle kunnskap som kan bidra til økt mestringskompetanse samt kompetanseutvikling til egen sykdom. Innholdet i undervisningen avgjøres ut ifra målet (Tveiten, 2020, s. 93). For å kunne formidle budskapet på en god måte er det hensiktsmessig med god kommunikasjon. Kommunikasjon er en individuell prosess hvor sykepleier må formidle kunnskapen og informasjonen kvinnen har behov for. Det må tilrettelegges ut ifra situasjonen hun befinner seg i, og på en måte som tilrettelegger for at kvinnen er i stand til å ta imot og dra nytte av informasjonen (Eide & Eide, 2017, s. 217). Å tilpasse informasjon til den enkelte krever omtanke. Det er essensielt for samtalen at kvinnen har rom for å høre, forstå og huske det som blir formidlet, men også føler seg ivare tatt i prosessen. Det setter krav til at sykepleier viser omtanke og gjør gode forberedelser (Eide & Eide, 2017, s. 218).

2.3.4 Innhold

Det kan være vanskelig for sykepleier å planlegge innholdet i en undervisning eller veiledning, da innholdet avhenger av kvinnens egne erfaringer og opplevelser. Innholdet i undervisningen blir etablert underveis i samtalen avhengig av behovet. Her vil det være essensielt å bygge på kvinnens egne erfaringer, og sykepleier supplere med fagkunnskaper og tidligere erfaringer. Det er viktig at kvinnen opplever å ha en påvirkning på innholdet, da samtalen kan oppleves mer meningsfull og dermed bidra til å fremme læring, vekst, utvikling og mestring (Tveiten, 2020, s. 94). Informasjonen som skal formidles til kvinnen må porsjoneres med klinisk kjønn ved å vurdere balansen mellom nødvendig informasjon som må gis her og nå, og kvinnens evne til å ta til seg ny og overveldende informasjon. Sykepleiere kan kjenne på en barriere og usikkerhet for å snakke om seksualitet og et ønske om å skåne kvinnen. Dette kan føre til at sykepleieren unngår å snakke om temaet og dermed kan oppleves uklar (Dahl, 2016, s. 45-46; Saunamäki & Engström, 2012, s. 535-536). Kvinnen må få tilstrekkelig med kunnskap for å kunne ta gode avgjørelser og redusere usikkerhet. Det er derfor viktig at sykepleier finner ut og dekker informasjonsbehovet (Dahl, 2016, s.46).

2.3.5 Metode

Sykepleier må vurdere ut ifra kvinnen, hvilken metode som er hensiktsmessig for veiledningen. Noen pasienter kan ha et behov for å kombinere ulike metoder, slik som skriftlig og muntlig informasjon. Det kan være aktuelt gjenta informasjonen, da kvinner som har gjennomgått behandling for kreft i kjønnsorganene ofte kan oppleve det overveldende og ikke klarer å tilegne seg informasjonen som blir gitt. Eksempelvis kan det være aktuelt med illustrasjoner og modeller som metode for å gi et tydeligere bilde av kvinnens anatomi og dermed enklere å informere om aktuelle endringer (Tveiten, 2020, s. 96; Jerpseth, 2016, s. 155).

2.3.6 Vurdering

Etter endt undervisning må sykepleier evaluere om undervisningen som ble gitt var hensiktsmessig. Hvilken kunnskap tilegnet kvinnen seg, hva ønsker kvinnen mer informasjon om og hva kunne vært gjort annerledes. Dette gjøres ved å ha en kort samtale med kvinnen etter endt undervisning (Tveiten, 2020, s. 167-168).

2.4 Lovverk og retningslinjer

2.4.1 Helsepersonelloven

I helsepersonelloven (1999) § 4 forsvarlighet, står det "Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen ellers". Det vil si at som sykepleier skal vi innrette oss etter de faglige kvalifikasjoner vi har og ved behov for ytterligere kvalifikasjoner tilkalle eller henvise videre til nødvendig kvalifisert personell. Loven sier, hvis nødvendig for kvinnen, skal yrkesutøvelsen være i samarbeid og samsvar med annet kvalifisert personell. Kvinner som har rett til en individuell utformet plan har også rett til at helsepersonellet deltar i utformingen av en slik plan.

I helsepersonelloven (1999) §21 hovedregel om taushetsplikt står det skrevet:

«Helsepersonell skal hindre at andre får tilgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av

å være helsepersonell». Det vil si at vi som sykepleiere skal sørge for at opplysninger om kvinnen blir ivaretatt.

2.4.2 Pasient- og brukerrettighetsloven

I Pasient og brukerrettighetsloven (1999) § 3-1, pasientens eller brukerens rett til medvirkning, står det skrevet at pasient og bruker har rett til å medvirke i avgjørelser som omhandler en selv. Kvinnen har rett til å medvirke i avgjørelser om undersøkelser- og behandlingsmetoder, og valg av tilgjengelige tjenesteformer som er forsvarlige i behandlingen. Kvinnen skal være sentral i utformingen av tjenestetilbudet og skal så langt det er mulig utformes i samarbeid med henne.

Under samme lov, § 3-2, pasienten og brukerens rett til informasjon, står det at pasient og bruker har rett til nødvendig informasjon for å få innsikt i sin helsetilstand og for å kunne følge med på helsehjelpen hun mottar. Kvinnen har rett til informasjon om mulige risikoer og bivirkninger av behandlinger hun blir anbefalt. Loven trekker frem forhold som kan ligge til grunn for at sykepleier kan unnvike å gi informasjon, slik som fare for liv og helse hvis informasjonen blir gitt. Loven peker også på at kvinnen har rett til informasjon om skader/konsekvenser som har oppstått av gitt behandling og helse- og omsorgstjenestens plikter til å gi henne informasjon om hvilke rettigheter hun har videre og hvilke tiltak som institusjonene skal iverksette for å unngå at skaden oppstår igjen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2).

2.4.3 Yrkesetiske retningslinjer

De yrkesetiske retningslinjene er basert på ICN's (International Council of Nurses) nasjonale retningslinjer for sykepleiere og tar utgangspunkt i fire grunnleggende ansvarsområder. Som sykepleier skal en jobbe med et utgangspunkt som fremmer helse, forebygger sykdom, gjenoppretter helse og lindrer lidelse. Behovet for sykepleie er individuelt og sykepleier må yte helhetlig omsorg til den enkelte pasientens behov (Norsk sykepleierforbund, 2019). En av de viktigste oppgavene sykepleieren har er å ivareta pasientens grunnleggende fysiske og

psykiske behov, som at kvinnen opplever trygghet og trivsel i samtaler om seksuell helse etter livmorhalskreft (Molven, 2016, s. 136).

De yrkesetiske retningslinjene punkt 2.5, beskriver at sykepleier skal “fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått.” (Norsk sykepleierforbund, 2019). For å oppnå dette er det nødvendig at sykepleier har fagkunnskapen som trengs for å kunne gi god veiledning og informasjon om hvordan seksualiteten til kvinnen blir påvirket. Som sykepleier stilles det krav til faglig forsvarlighet og det kan forventes at sykepleieren tilegner seg den kunnskap og ferdigheter som trengs. I denne samtalen med kvinnen som har gjennomgått behandling for livmorhalskreft må sykepleier ha tilegnet seg kunnskap om livmorhalskreft, hvordan behandlingen kan påvirke hennes seksualitet, hvilke kommunikasjonsferdigheter som er nødvendig og hvordan skape en tillitsfull og trygg relasjon for veiledningen (Molven, 2016, s.136).

2.5 Sykepleierens ansvar- og funksjonsområder

Sykepleier har spesifikke ansvars- og funksjonsområder som omhandler måten sykepleier tilnærmer seg og ivaretar pasienter på. Dette innebærer oppgaver som blant annet er behandlende, forebyggende, lindrende, undervisende og veiledende. Sykepleier skal arbeide etter de faglige kvalifikasjoner som er regulert i lover, regler og yrkesetiske retningslinjer. Dette gir sykepleiere et ansvar om å gi kvinnen økt kunnskap om sykdommen som igjen kan lede henne til å mestre bivirkninger og senskader av strålebehandling (Nordtvedt & Grønseth, 2016, s. 22-23). Hensikten med undervisning og veiledning er å formidle kunnskap til kvinnen slik at hun har de midler som er nødvendige for å kunne mestre sykdom, bivirkninger og senskader (Tveiten, 2020, s. 155).

3 Metode

Denne oppgaven er utformet som en litteratur oppgave, dette kjennetegnes av at en bruker data hentet ut fra eksisterende fagkunnskap, forskning og teori (Dalland, 2017, s. 207). I tillegg har vi anvendt retningslinjer fra Lovisenberg Diakonale Høyskole. Hensikten med litteraturoppgaven er å belyse ønsket problemstilling med relevant kunnskap for deretter å bruke denne kunnskapen til å drøfte ulike perspektiver.

3.1 Litteratursøk og søkehistorikk

3.1.1 Søkeprosess

Hensikten med søkeprosessen er å finne forskningsartikler som kan være relevant for å belyse vår problemstilling. Vi utførte søk i databasene Cinahl og PubMed, hvor vi fant frem til flere relevante artikler for vår problemstilling. Vi ønsket å finne artikler som hadde søkelys på seksuelle utfordringer kvinner kan oppleve etter gjennomgått strålebehandling for livmorhalskreft og viktigheten med informasjon og veiledning for å belyse tema. Vi ville finne artikler som viste sykepleiers og kvinnens perspektiv og holdninger til å snakke om seksualitet. Videre ønsket vi å sikre at artiklene som ble funnet var fagfelleverdert. Dette gjorde vi ved å søke opp publiseringskanalen artikkelen er publisert i, Norsk senter for forskningsdata. Her fant vi ut at publiseringskanalene til de valgte artiklene alle var fagfelleverdert. Vi har valgt å ekskludere artikler som ikke er skrevet på engelsk, norsk, dansk eller svensk. Vi har i oppgaven brukt både relevant pensumlitteratur og egenvalgt litteratur fra Lovisenberg Diakonale Høgskole. Egenvalgt litteratur ble funnet ved søk i Oria og ble hentet ut på biblioteket på Lovisenberg.

3.1.2 Tabell 1: Viser søkestrategi på anvendt forskning

Nr.	Søkedato	Database	Søkeord	Avgrensning	Treff	Valgt artikkel	Navn
1	16.11.21	Cinahl	“Cervix neoplasms” AND “Sexuality”	Engelsk språk 2018-2022	59	https://doi.org/10.1080/19317611.2021.1919951	Sexual Function and the role of sexual communication in woman diagnosed with cervical cancer: A

							systematic review
2	12.01.22	Cinahl	«Registered Nurses» OR “Nursing Care” AND “Sexuality” AND “Reflection”	Ingen	9	https://doi.org/10.1111/jocn.12155	Registered nurses`reflections on discussing sexuality with patients: responseabilities, doubts and fears.
3	12.01.22	Cinahl	«Sexuality» AND «Knowledge» AND «Genital Neoplasms, Female»	Ingen	56	https://doi.org/10.1007/s11195-008-9097-5	Women`s Wishes and Need for Knowledge Concerning Sexuality and Relationships in Connection with Gynecological Cancer Disease
4	12.01.22	Pubmed	“Female sexual dysfunction” AND “Cervical cancer” AND “Psychosexual support”	Ingen	1	https://doi.org/10.1007/s00520-015-2925-0	Cervical cancer survivors` and partners` experiences with sexual dysfunction and psychosexual support

3.2 Kildekritikk

Litteratur

Vi har i hovedsak benyttet oss av faglitteratur og pensumlitteratur. Dette er sekundærlitteratur hvor forfattere benytter forskning og teorier skrevet av andre, forfatteren kan derfor ha tolket det på en annen måte enn det som er tenkt. Eventuelle feiltolkninger som har forekommet kan da gjenspeiles i vår oppgave. Vi anser likevel valgt litteratur gyldig og relevant på bakgrunn av at det er pensumlitteratur (Dalland, 2017, s. 162). Fagbøkene “Kreftoverlevende” skrevet av Kiserud et al. og “Kreftsykdom” skrevet av Alv A. Dahl er bøker vi har brukt som er utenfor pensumlitteratur, men vi anser dem som gyldige da forfatterne har helsefaglig utdannelse og har skrevet faglitterære bøker tidligere.

Ved bruk av nettsider som litteratur har vi benyttet oss av sykepleierfaglige sider som sykepleien forskning, da det har et tydelig sykepleierfaglig perspektiv og er en troverdig kilde. I tillegg har vi benyttet oss av nettsider som kreftregisteret og kreftforeningen da det er troverdige nettsider som bidrar til å belyse temaet livmorhalskreft.

Forskningsartikler

Vi anser de artiklene vi har brukt i oppgaven som gode forskningsartikler da alle er fagfelleverdert. Forskningsartiklene vi har valgt er fra 2008 - 2021. Artikkelen fra Rasmusson og Thomé er fra 2008 er over 10 år gammel og kan derfor være en svakhet, da informasjonen i artikkelen kan være utdatert. Men vi vurderer forskningen som relevant for vår problemstilling da resultatene i artikkelen blir gjenspeilet i nyere artikler vi har valgt.

Flere av våre artikler har benyttet en kvalitativ metode. Dette anser vi som positivt da en kvalitativ metode har som hensikt å trekke frem målgruppens meninger, opplevelser, erfaringer, tanker, holdninger og forventninger (Dalland, 2017, s. 52). Dette er relevant for vår problemstilling da artiklene trekker frem sykepleieren og kvinnens perspektiv, slik som deres erfaringer og opplevelser med seksualitet etter strålebehandling for livmorhalskreft. Vi har tatt med artikler med både sykepleieperspektiv og pasientperspektiv da vi får flere synspunkter for å belyse problemstillingen vår. Vi har også valgt en forskningsartikkel (Liberacka-Dwojak & Izdebski, 2021) som har benyttet en systematisk gjennomgang av artikler, der forskningen som er benyttet kommer fra forskjellige land. Det er ikke presisert hvilke land artiklene er hentet fra og det kan antas at det kan være kulturelle forskjeller. Dette kan være en svakhet ved artikkelen, men samtidig viser det at temaet er relevant i flere land og viktigheten ved å belyse kvinners seksuelle helse. Vi har i hovedsak forskningsartikler fra Europa, deriblant Sverige, Polen, Nederland og Italia, dette anser vi som positivt da relevansen kan knyttes opp mot det norske helsevesenet. Relevansen styrkes ytterligere da to av artiklene er fra Sverige. En svakhet er at forskningen vi har benyttet har et fokus på gynekologisk kreft generelt og ikke direkte rettet mot livmorhalskreft (Rasmusson & Thomé, 2008). Likevel synes vi at forskningen er relevant, da livmorhalskreft blir nevnt som en av kreftformene og blir nevnt jevnlig i artikkelen. I tillegg nevner forskningen hvordan strålebehandling kan påvirke kvinners seksualitet negativt. Forskningens innhold er med på å belyse vår problemstilling.

4 Resultat

Fellestrekket for valgte de forskningsartiklene er at kvinner opplever mangelfull informasjon og veiledning fra helsepersonell om senskader etter strålebehandling for livmorhalskreft. Kvinner i den valgte forskningen opplevde en seksuell dysfunksjon etter strålebehandling som ført til lavere selvbilde, skam, psykisk stress, frustrasjon, vanskeligheter i forhold og nedsatt seksuell lyst. Forskningen påpeker at sykepleier gir lite informasjon til kvinnen om endringer i seksualfunksjon og partner ikke blir inkludert i informasjon og veiledning. Videre sier forskningen at kvinner ønsket at sykepleieren skulle ta initiativ til samtaler om seksualitet, da kvinnene opplevde at en åpen dialog med sykepleier økte kunnskapen. En av de valgte artiklene har søkelyset på sykepleierens utfordringer for å snakke om seksualitet. Her trekkes fordommer, tabu, manglende kunnskap og mangel på støtte fra kollegaer og ledelse frem som en årsak til at sykepleieren ikke tar initiativ til samtaler med kvinnen.

4.1 Tabell 2: Artikkelmatrikse

Nr.	Forfatter/ Årstall	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Design/ Metode	Funn
1	Magdalena Liberacka-Dwojak & Pawel Izdebski (2021)	Sexual Function and the role of sexual communication in woman diagnosed with cervical cancer: A systematic review	International journal of sexual health	Utforske hvordan kommunikasjon om seksualitet bidrar til å tilpasse seg endringer i seksualiteten	Systematic review: Flest kvantitative artikler, 1 kvalitativ ble brukt.	Livmorhalskreft overlevende opplever en seksuell dysfunksjon. Åpen dialog med helsearbeidere kunne hjelpe, de opplevde å få mer kunnskap, mulige behandlinger og det motiverte kvinner til å være mer åpen med partner om seksuelle utfordringer.

2	Nina Saunamäki & Maria Engström (2012)	Registered nurses` reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears.	Journal of clinical nursing	Beskrive hvordan sykepleier reflekterer over samtaler om seksualitet med pasienter.	Kvalitativ metode. 10 autoriserte sykepleiere fra 3 forskjellige fylkeskommuner i Sverige.	Flere ulike faktorer som ligger til grunn for at sykepleier ikke diskuterer seksualitet slik som manglende kunnskap og at det er et tabu belagt tema.
3	Else-Marie Rasmusson & Bibbi Thomè (2008)	Women`s wishes and need for knowledge concerning sexuality and relationships in connection with gynecological cancer disease	Sexuality and disability	Utforske kvinner ønsker og behov for kunnskap om seksualitet og forhold etter gynekologisk kreft.	Kvalitativ metode. 11 kvinner deltok i studien. Kun svensktalende kvinner for å unngå feiltolkinger.	Kvinnene i studien ønsker at helsepersonell tar initiativ til samtaler om seksualitet og forhold. Det var viktig for kvinnene at sykepleier var imøtekommende og hadde tilstrekkelig med kunnskap.
4	Willemijn M. Vermeer, Rinske M. Bakker, Gemma G. Kenter, Anne M. Stiggelbout & Moniek M. ter Kuile (2015)	Cervical cancer survivors` and partners` experiences with sexual dysfunction and psychosexual support.	Support Care Cancer	Vurdere erfaringer med seksuell dysfunksjon, psykoseksual støtte og psykoseksualhelsebehandling s behov blant livmorhalskref t overlevende og deres partnere.	Kvalitativ studie. 54 kvinner deltok i studien. Partnere ble også intervjuet separat.	Kvinnene opplevde nedsatt seksuell lyst, smerter under samleie, skyldfølelse og sorg i det seksuelle forholdet. Flere av kvinnene unngikk derfor seksuelle handlinger.

5 Drøfting

I denne delen av oppgaven skal vi drøfte hvordan den didaktiske relasjonsmodellen kan bidra til økt informasjon og veiledning for kvinners seksualitet etter gjennomgått strålebehandling for livmorhalskreft. Drøftingens oppbygning vil være basert på den didaktiske relasjonsmodellen. Denne modellen er en dynamisk modell som vil si at de ulike punktene påvirker hverandre. Vi skal ved bruk av den presenterte teorien og resultatene i de valgte forskningsartiklene drøfte punktene i den didaktiske modellen som er: deltakerforutsetninger, ramme faktorer, innhold, mål og vurdering

5.1 Deltakerforutsetninger

Gjennom samvær og samtaler kan sykepleier få et grunnlag til videre undervisning om hva kvinnen vet om sin sykdom fra tidligere og hennes opplevelse, forståelse og behov. Det er også viktig at sykepleier møter kvinnen der hun er (Tveiten, 2020, s. 92).

Forskningen til Rasmusson & Thome (2008, s. 215) påpeker at tidsperspektivet der kvinner ønsket informasjonen og veiledning om seksualitet og seksuelle utfordringer knyttet til behandling varierte fra tiden diagnosen ble stilt frem til oppfølgings timen etter endt behandling. Det er derfor viktig å forsikre seg om at det er det riktige øyeblikket å ta opp problemstillingen. Videre sier forskningen at det er viktig at det er sykepleier som tar opp temaet, for å normalisere deres bekymringer, samt å sikre kvinnens kunnskap på området (Liberacka-Dwojak & Izdebski, 2021, s. 391). Dette belyses ytterligere av Rasmusson & Thomè (2008, s. 208) der kvinner ønsker at sykepleier tar initiativ til å snakke om seksualitet og forhold fordi kvinnene antar at sykepleiere har kunnskap om problematikk som kan oppstå som følge av sykdom og behandling. Dette samsværer ikke med forskningen til Saunamäki og Engström (2012, s. 535) hvor sykepleierne opplevde manglende kunnskap og erfaring på samtaler om seksualitet.

Sett fra et annen synspunkt kan det ofte gå inntil ett år etter at diagnosen er stilt til kvinnen oppsøker informasjon, råd og veiledning angående seksualfunksjon etter gjennomgått kreftbehandling. En av grunnene til dette er at det ofte er behandling, diagnose og prognose som står i fokus for kvinnen først. En ser også en stor forskjell på menn som pasienter og kvinner, der menn oftere tar opp temaet seksualitet ved seksuell dysfunksjon. Det kan henge

sammen med at kvinner tradisjonelt sett ikke skal gi uttrykk for at seksualliv er viktig (Gjessing & Dahl, 2019, s. 108).

Det er også viktig at sykepleier blir kjent med personlighetstypen til kvinnen. Dahl (2016, s. 88) skriver: «Pasienter med høy grad av optimisme tar diagnosen lettere, og optimismen holder seg gjerne stabil over tid. De som har lav optimisme, opplever derimot mer psykisk belastning og dårligere livskvalitet i tiden etter diagnosen.» Dahl er bastant i sin påstand, men ut ifra dette kan en se at personlighet kan være en faktor å ta i betraktning når det skal gis informasjon og veiledning.

Videre er alder en viktig deltakerforutsetning da dette forteller oss noe om oppvekst, miljø og kultur for å ta opp tabubelagte temaer, slik som seksualitet. Det blir nevnt at mange sykepleiere ofte har satte ideer om hvordan kvinnens seksualliv er, uten ha noen informasjon fra henne selv om dette. Sykepleiere kan ofte tenke at eldre pasienter ikke er seksuelt aktive lenger. I tillegg kan man tenke at de er en annen generasjon som ikke snakker like åpent om seksualitet som yngre generasjoner gjør (Saunamäki & Engström, 2012, s 535). Dette blir også omtalt i litteraturen til Dahl (2016, s. 244) hvor sykepleiere i møte med pasienter som er jevnaldrende med sine foreldre kan oppleve det vanskelig å akseptere at pasienten har et seksualliv, og kan oppleves desto mer pinlig å snakke om. En vanlig misoppfatning er at bare yngre mennesker er seksuelt aktive. Når sykepleier møter kvinner som er eldre enn en selv er det lett å trekke paralleller til familiemedlemmer, hvor man tenker at de ikke er seksuelt aktive. Derimot angår seksualitet alle mennesker, i alle aldre og i alle livssituasjoner (Gamnes, 2016, s.373). Dette understrekes ytterligere av de yrkesetiske retningslinjene, punkt 2.3, der det står at sykepleier har ansvar for å ivareta den enkeltes pasients behov for helhetlig omsorg (Norsk sykepleierforbund, 2019).

I dagens samfunn har vi enkelt tilgang til informasjon på internett. I sammenheng med sykdom kan helsepersonell ofte oppleve at kvinnen har mye kunnskap om egen sykdom, men mange av opplysningene kan være ukorrekte. Ikke alle er bevisste på at informasjonen som ligger tilgjengelig på nettet ikke er vitenskapelige og hvilke konsekvenser dette kan ha for deres behandling videre. Det kan oppleves utfordrende å vurdere kildene på en kritisk måte, særlig når det ligger mye forskjellig informasjon lett tilgjengelig (Tveiten, 2020, s. 92). På den ene siden viser studien til Vermeer et al. (2016, s. 1685) at kvinner og partnere som hadde problemer med seksualitet opplevde at nettsider ikke hadde konkret nok informasjon om

seksualitet og dermed ikke var til hjelp for dem. På den andre siden var kvinnene mer positive til en nettside hvis den ble anbefalt av helsepersonell og hadde tilpasset informasjon om seksuelle utfordringer (Vermeer et al., 2016, s. 1685).

I tillegg viser imidlertid samme studie (Vermeer et al., 2016, s. 1685) at to av tre kvinner som deltok og mer enn halvparten av partnere hadde positive erfaringer ved bruk av nettsider for å tilegne seg mer informasjon om livmorhalskreft. Dette på bakgrunn av at det er lett tilgjengelig og hadde mye praktisk informasjon. Nettsidene var funnet frem til både ved eget søk og ved anbefaling fra andre. Dette ble ansett som en nyttig førstegangskilde ved seksuelle bekymringer, men ved mer komplekse bekymringer ble samtaler med helsepersonell til stede foretrukket (Vermeer et al., 2016, s. 1685).

5.2 Rammefaktorer

Det er flere forhold rundt kvinnen som bør inkluderes og tilrettelegges for i forbindelse med informasjon og veiledning. Slike forhold kan være pårørende som har ekstra behov for informasjon, og fysiske forhold som tid og rom. Disse forholdene bør ligge til grunn når det planlegges veiledning (Tveiten, 2020, s.92-93).

Flere kvinner opplevde å ha partner til stede under samtalene som en trygghet. I studien til Rasmusson & Thomè (2008, s. 215) forteller kvinnene om deres erfaringer ved å inkludere partner i undervisninger og samtaler. Kvinner som hadde god kommunikasjon i sitt forhold, opplevde det positivt å snakke med partner om den endrede seksualiteten og opplevde det enklere utforske den nye seksuelle tilværelsen. De uttrykte det som uproblematisk å ta opp seksuelle utfordringer med hverandre uten sykepleier som initiativtaker. Derimot opplevde flere kvinner det vanskelig å snakke om seksualitet med partner uten at helsepersonell tok initiativ til samtalen og ga informasjon til begge samtidig (Rasmusson & Thomè, 2008, s. 215). Dette funnet samsvarer med pensumlitteratur som belyser viktigheten ved at sykepleier bør ta initiativ til å snakke med kvinnen og eventuelt med partner om bivirkninger og seksuelle problemer som kan oppstå etter strålebehandling. Det er avgjørende at sykepleier tilrettelegger for at kvinnen kan fortelle om hennes opplevelse av den endrende seksuelle tilværelsen og hvordan hun opplever å være seksuell aktiv etter behandlingen. Dette for at sykepleier skal etablere et grunnlag for videre planlegging av informasjon og veiledning (Jerpseth, 2016, s. 155).

Tilstrekkelig med kunnskap om seksuelle endringer til både kvinnen og partner har vist seg å være viktig for å unngå negative konsekvenser i parforholdet. På den ene siden opplevde flere kvinner at partner ikke ønsket å snakke om seksualiteten, grunnet usikkerhet på hvordan det ville påvirke henne. Partner ønsket derfor at kvinnen selv skulle ta initiativ til samtalen (Rasmusson & Thomè, 2008, s. 215-216). På den andre siden beskrev noen kvinner at partner opplevde det som vanskelig å ta opp seksualitet da de var engstelige for at kvinnen skulle føle ekstra belastning og derfor burde initiativet komme fra henne. På grunnlag av dette ønsket flere kvinner at partner tok del i undervisningen og fikk informasjon om hvilke kroppslige endringer som kan forekomme og hvordan dette kan påvirke henne (Rasmusson & Thomè, 2008, s. 215-216).

Her kan det trekkes paralleller til de yrkesetiske retningslinjene punkt 3.1 som påpeker at sykepleier har ansvar for at pårørendes rett til informasjon blir ivaretatt (Norsk sykepleierforbund, 2019). Det er viktig for forholdet at både kvinnen og partner får tilstrekkelig med informasjon og veiledning fra sykepleier, om seksuelle endringer og utfordringer som kan oppstå. Dette gjenspeiles i forskningen til Liberacka-Dwojak & Izdebski (2021, s. 390), hvor viktigheten med åpen kommunikasjon med partner om hvordan tilpasse seg seksuelle endringer kommer frem. Kvinnen kan dele informasjon, følelser og tanker angående hennes bekymringer og byrder for å opplyse partner om de endringene hun opplever, med hensikt å tilpasse seksuell aktivitet etter hennes endrede kroppsbilde.

Forskning trekker frem at det er veldokumentert at god kommunikasjon mellom partnere er viktig for å tilpasse seg sykdom. Til tross for dette har publisert forskning sjelden utforsket viktigheten med å prate om seksualitet i forbindelse med livmorhalskreft (Liberacka-Dwojak & Izdebski, 2021, s. 390). Videre i faglitteraturen understrekes det: «Det har vist seg at kvinners problemer, reaksjoner og perspektiv ofte er lite vektlagt i helsetjenesten» (Kristoffersen 2016, s. 41). Det påpekes at samfunnet, deriblant medisinsk forskning, i stor grad er bygget på normer som er utviklet av og for menn. Kvinner opplever også oftere at de ikke blitt tatt på alvor i helsetjenesten (Kristoffersen 2016, s. 41). Dette understreker viktigheten ved at sykepleier er bevist på de forskjellene som er mellom menn og kvinner, og tar kvinners seksuelle helse på alvor.

Likevel følte sykepleiere et ansvar å diskutere seksualitet med kvinnene. Til tross for erfaring med slike samtaler opplevde de overveldende følelser som gjorde det utfordrende og noen ganger umulig å ta opp dette temaet. Dette resulterte i en indre kamp mellom det ansvaret de

har som sykepleier og det de faktisk ønsket å gjøre (Saunamäki & Engström, 2012, s. 535). Sykepleiere opplever flere utfordringer mot å diskutere kvinnens seksualitet. En viktig faktor var tidspress på avdelingen og et stressende arbeidsmiljø med lite tid til å snakke med kvinnene om seksualitet. De følte at et så sårbart tema som seksualitet ikke burde diskuteres med tidspress, men med god tid (Saunamäki & Engström, 2012, s. 535). Seksualitet er et grunnleggende behov og knyttes tett opptil livskvalitet (Gamnes, 2016, s 373; Rasmusson & Thomè, 2008, s. 214), det er derfor essensielt at sykepleier tar seg tid til samtaler med kvinnen på lik linje som andre grunnleggende behov. Forskingen forteller at det er et viktig behov for kvinnene å få informasjon og veiledning om den endrende seksualiteten (Jerpset, 2016, s. 155: Vermeer et al, 2016. s. 1685). Kvinnen har en lovfestet rett i pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3-2 på informasjon om mulige risikoer og bivirkninger ved behandling. Med andre ord har kvinnen rett til at sykepleier prioriterer tid og rom for å informere og veilede henne om seksualitet etter behandling, da endret seksualitet kan sees på som en bivirkning av behandlingen kvinnen mottar.

Sett fra et annet synspunkt viser forskning at sykepleieren ønsker å ta opp seksualitet med kvinnene, men opplever manglede støtte fra sine kollegaer og arbeidsplass (Saunamäki & Engström, 2012, s. 535). Det er da viktig at både kollegaer og ledelse lager rutiner og et miljø som skaper økt åpenhet rundt dette temaet. Dette påpekes også i forskningen til Saunamäki & Engström (2012, s. 535), hvor sykepleierne forteller at gode rutiner og forbedrede retningslinjer på å snakke om seksualitet hadde vært til stor hjelp for å starte opp samtaler med kvinnen. En av rutinene de fleste sykehus har er at man gjerne tar en form for inntakssamtale med pasienter. Det er i et fåtall av disse samtalene tatt opp noen direkte spørsmål om seksualitet, derimot stiller sykepleier gjerne intime spørsmål om eliminasjon, slik som når hadde man avføring sist, og hva slags konsistens (Gamnes, 2016, s. 401). For øvrig kan en inntakssamtale med direkte spørsmål om seksualitet være en god støtte for sykepleiere til å åpne opp for samtaler om seksualitet, i tillegg til at det kan redusere følelsen av at det er et tabubelagt tema.

En annen utfordring sykepleiere påpeker er at flere kvinner er på felles rom. Dette gjør det vanskelig å snakke med kvinnen uten å bryte taushetsplikten, som beskrevet i helsepersonelloven (1999) § 21. I tillegg til å bryte taushetsplikten er seksualitet et sårt og privat tema for mange, som kan gjøre det utfordrende å ha en åpen og ærlig samtale med kvinnen om hennes seksualitet når det er flere i samme rom. Mangelen på enkeltrom som kan

brukes til slike samtaler er en barriere for sykepleierne (Saunamäki & Engström, 2012, s. 535). Dette bør avdelingen ta ansvar for ved å legge til rette for at det er tilgjengelige rom for private samtaler.

5.3 Mål

Hensikten med informasjon og veiledning er at kvinnen skal oppleve kompetanseutvikling og mestring i forbindelse med egen sykdom og hvilke senskader som kan oppstå. Dette er i samsvar med lovverket hvor det beskrives at sykepleier har en pålagt plikt i henhold til pasient og brukerrettighetsloven (1999) §3-2 til å gi pasienten nødvendig informasjon om sin helsetilstand og informasjon om mulige risikoer og bivirkninger av behandlingen hun mottar. Tveiten (2020, s. 92) mener at målet bør være så konkret som mulig, tidfestet og målbart. Jo mer konkret målet er jo bedre grunnlag har sykepleier for å tilrettelegge innholdet i undervisningen og veiledningen, og kvinnen vil ha et bedre grunnlag til å gjøre egne vurderinger og ta valg. En samtale mellom sykepleier, kvinnen og eventuelt partner er et godt grunnlag for å etablere hva målet med informasjonen og veiledning er. Her er det viktig at kvinnen og partnerens tanker og forestillinger om seksualitet og tiden fremover kommer tydelig frem. Hensikten med samtalen vil være å finne frem til hvilket behov kvinnen og partneren har for veiledningen videre (Gamnes, 2016, s. 401).

Sett i lys av dette kan ett mål være at kvinnen og partner kommuniserer godt sammen om seksualitet og dersom kvinnen ikke bor sammen med noen kan målet være at hun er komfortabel med egen seksualitet. Samtlige av valgte forskningsartikler understreker nettopp denne problematikken med dårlig kommunikasjon mellom partnere (Liberacka-Dwojak & Izdebski, 2021, s. 390; Rasmusson & Thomè, 2008, s. 215; Vermeer et al., 2015, s. 1682).

Videre er kommunikasjon er en viktig faktor i formidling av informasjon og dermed viktig å ta i betraktning. Sykepleier må tilrettelegge ut ifra situasjonen kvinnen befinner seg i, og på en slik måte at hun er i stand til å ta imot og dra nytte av informasjonen. Dette stiller krav til at sykepleier yter omtanke til kvinnen og tar seg tid til å høre, forstå og huske det kvinnen formidler. Kommunikasjon er en individuell prosess hvor sykepleier skal formidle kunnskap og informasjon som kvinnen har behov for (Eide & Eide, 2017, s. 217-218). Et delmål kan derfor være at kvinnen føler seg ivaretatt og har forstått informasjonen som er formidlet.

I tillegg har kvinnen i henhold til pasient- og brukerrettighetsloven (1999) §3-1, rett til medvirkning i avgjørelser som omhandler undersøkelser og behandlinger. På bakgrunn av denne loven burde hovedmålet være at kvinnen opplever tilstrekkelig med kunnskap og føler seg trygg med egen seksualitet. For øvrig må sykepleier legge til rette for at den undervisningen man skal gi har en helsemessig betydning for kvinnen, slik at hun opplever mestringskompetanse når det gjelder sykdom og helse (Tveiten, 2020, s. 167).

5.4 Innhold

Innholdet i undervisningen etableres ut ifra deltagerforutsetning, rammefaktorer og avklart mål. Etter disse samtalene med kvinnen har sykepleier blitt bedre kjent med kvinnens egne erfaringer, opplevelser og behov. Dette gir sykepleier mulighet til å supplere med relevant fagkunnskap og egne erfaringer. Det er nødvendig å gi kvinnen mulighet til å ha en påvirkning på innholdet, da det kan virke mer meningsfullt for henne (Tveiten, 2020, s. 94). Imidlertid er det viktig at informasjonen som skal formidles prioriteres etter hva som er viktig å få frem nå og hva som kan formidles senere. Det kan være overveldende for kvinnen å få mye informasjon på en gang. Derfor er det viktig å finne en god balanse mellom tilstrekkelig informasjon og overveldende informasjon, slik at kvinnen opplever mestring (Dahl, 2016, s. 45-46).

Det er viktig at innholdet i undervisningen har søkelyset på kvinnens tanker og forestillinger om seksualiteten i tiden fremover. Det kan være til fordel å ta partnerens synspunkter i betraktning. For noen kvinner er det til stor hjelp å bare ha sykepleier lyttende til stede for å klare å uttrykke følelsene hun sitter inne med. For at innholdet i undervisningen skal bli relevant for kvinnen er det viktig at den blir basert på kvinnens behov og hva hun trenger bistand til i tiden fremover (Gamnes, 2016, s.401).

Videre søker kvinnen og hennes pårørende ofte informasjon om hennes sykdom, derunder årsaksforhold, diagnose, behandling, prognose og psykososiale forhold. Kvinnens følelse av seksualitet kan være svekket etter behandling av livmorhalskreft. Innholdet i veiledningen til kvinnen og partner må derfor fokusere på flere aspekter enn kun det fysiske samleiet. Kvinnens nedsatte seksuelle interesse og lyst, symptomer på overgangsalder og tørr skjede er vanlig hos kvinner etter livmorhalskreft. Dette vil si at sykepleier må veilede partner til å være

tålmodig og bruke tid på de psykologiske og sosiale aspektene ved seksuallivet (Dahl, 2016, s. 248). Partnerens holdninger og seksuelle behov kan være avgjørende for hvordan en klarer å tilpasse seg den nye seksuelle tilværelsen. Det er viktig at kvinnen og partner snakker sammen og avklarer forventninger til det seksuelle samlivet videre. God kommunikasjon i forholdet om seksuelle utfordringer er det viktigste verktøyet en har i et forhold og desto mer viktig ved seksuelle utfordringer (Gjessing & Dahl, 2019, s.125).

Internett er en stor kilde til feilinformasjon, det kan derfor være gunstig at sykepleier gir kvinnen gode kilder på internett som; Kreftforeningen, American Cancer Society og National Cancer Institute. Det er avgjørende at denne informasjonen, knyttet til livmorhalskreft og seksualitet, kommer fra helsepersonell. Dette for å sikre at det er riktig informasjon som blir gitt og for å sørge for at vi gir kvinnen og pårørende et grunnlag til å ta avgjørelser, samt redusere usikkerhet (Dahl, 2016, s. 46). Derimot viser forskningen til Saunamäki og Engström (2012, s. 535) at flere sykepleiere ikke følte de hadde tilstrekkelig med kunnskap om hvordan kvinnens seksualitet ble påvirket av strålebehandling for livmorhalskreft. Sykepleiere opplevde også manglende erfaring med å snakke om temaet. Dette førte i stor grad til at sykepleierne unngikk å snakke det. Som sykepleier skal en jobbe faglig forsvarlig som beskrevet i helsepersonelloven (1999) §4. Hvis sykepleier opplever at kvinnens behov for informasjon og veiledning overskrider ens egen kompetanse på området er sykepleier pliktet til å innhente ytterligere kvalifikasjoner fra nødvendig kvalifisert helsepersonell, slik som annen sykepleier, gynekolog eller sexolog.

I tillegg påpeker Gamnes (2016, s. 398) at i arbeid med seksuelle utfordringer er det spesielt viktig å opptre profesjonelt og jobbe etter de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere. I møte med kvinner med seksuelle utfordringer kan sykepleierens yrkesmessige og personlige etikk bli utfordret. Seksualitet er en av de mest private områdene hos et menneske og dermed et område som fåtallet får slippe inn til. Derfor er det grunnleggende at sykepleier har kunnskap om sine egne holdninger til seksualitet, men også kvinnenes holdninger. Flere faktorer er med på å påvirke ens holdninger til seksualitet slik som myter, religion, oppvekstmiljø og gruppetilhørighet (Gamnes, 2016, s. 398). Forskningen viser at sykepleiere ofte opplevde en usikkerhet ved å snakke om seksualitet og dermed ikke tok opp temaet med kvinnen eller med kollegaer. Sykepleieren ønsket ikke å invadere kvinnens privatliv og være respektløse (Saunamäki & Engström, 2013, s. 536). Til tross for egne holdninger er det viktig å ta i betraktning at sykepleier styres av yrkesetiske retningslinjer. Sykepleier skal utføre sitt

arbeid i samsvar med retningslinjene og har selv et ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig. Som sykepleier skal vi bidra til etisk refleksjon i vårt arbeid (Norsk sykepleierforbund, 2019). Det vil si at vi som sykepleiere, i møte med kvinner som har seksuelle utfordringer, har plikt til å opptre faglig og etisk forsvarlig og ved usikkerhet reflektere over de etiske utfordringene man opplever.

5.5 Metode

Valg av metode bestemmes ut ifra forholdene nevnt ovenfor. Sykepleieren må ut ifra samtaler om ønsket mål og innholdet i undervisningen bestemme hvilken metode som vil være mest hensiktsmessig. Ved informasjon og veiledning er det ofte behov for flere metoder, da det ofte ikke er tilstrekkelig med kun en metode for å oppnå målet (Tveiten, 2020, s. 96). I faglitteraturen til Jerpseth (2016, s. 155) står det at informasjon bør gis både muntlig og skriftlig, og gjerne gjentas flere ganger. Dette samsvarer med kvinnens ønsker og behov i forskningen til Rasmusson & Thomè (2008, s. 216) hvor kvinnene uttrykte at den beste metoden for å få tilstrekkelig med informasjon var både muntlig og skriftlig. Det var viktig for dem at informasjonen kom fra kompetent helsepersonell (Rasmusson & Thomè, 2008, s. 216). Dessuten er kvinnen i en sårbar livssituasjon når hun får diagnosen livmorhalskreft og skal gjennomgå behandling. Det er mye informasjon som skal formidles om diagnosen, behandling, komplikasjoner og senskader (Jerpseth, 2016, s. 154). Mye informasjon på kort tid kan oppleves overveldende og derfor kan det være vanskelig å ta til seg alt som skal bearbeides (Vermeer et al., 2015, s. 1685). Ut ifra dette kan en kombinasjon mellom muntlig og skriftlig informasjon gi kvinnen mulighet til å hente opp informasjonen hun fikk formidlet muntlig, når hun selv har overskudd og behov for gjenoppfriskning.

Tidspunktet kvinnen mottok informasjon om senskader etter strålebehandling varierte (Rasmusson & Thomè, 2008, s.215). Dette har resultert i at flere kvinner hadde vanskeligheter med å huske informasjonen de mottok og noen kvinner husker ikke at de hadde fått noe i det hele tatt. Kvinnene som mottok informasjon om senskader og hvordan dette kunne påvirke deres seksualitet samtidig som de gjennomgikk behandling for livmorhalskreft, sier de ikke var fokuserte på deres seksualitet under behandlingen og restitusjon. Til tross for dette satte de pris på at de hadde fått noe informasjon (Vermeer et al.,

2015, s. 1682). Dette kan understreke behovet for å få noe skriftlig informasjon i tillegg til den muntlige som blir gitt.

Sett fra et annet synspunkt kan det være utfordrende for sykepleier å formidle den helsefaglige informasjonen på en enkel og strukturert måte til kvinnen. Mye informasjon kan oppleves uforståelig og vanskelig for kvinnen og det er derfor viktig at sykepleier utarbeider en metode for å gi informasjonen til kvinnen på en forståelig måte. Sykepleier bør derfor tenke over hvordan en formidler informasjon slik som bruk av dagligspråk, aktiv lytting når kvinnen forteller, nok tid til diskusjon, få henne til å gjengi informasjonen som er gitt, oppmuntre henne til å stille spørsmål og ha et rolig tempo (Dahl, 2016, s. 46-47).

Illustrasjoner og modeller, slik som plansjer, tegninger og anatomiske modeller, bidrar til å enkelt forklare kvinnen om anatomiske- og fysiologiske endringer som kan oppstå. Kvinner har ofte lite kunnskap om egen anatomi og det kan derfor bidra til å skape en større forståelse av informasjonen som blir gitt (Jerpseth, 2020, s.155: Dahl, 2016, s. 47). Videre er det viktig at sykepleier gir kvinnen en mulighet til å forstå den informasjonen som er gitt, ved å gi kvinnen ro og tid uten å komme videre forklaringer og modifikasjoner (Dahl, 2016, s. 47).

5.6 Vurdering

Etter endt undervisning er det avgjørende at sykepleier får et overblikk over hva kvinnene har fått med seg eller forstått av undervisningen. Veiledningen oppleves mer komplekst når kvinnen er syk, dette er fordi kvinnen gjerne opplever et økt behov for kunnskap, men sykdommen gjør at læreforutsetningen hennes er redusert. Av hensyn til dette må man finne ut hvor det nye kunnskapsnivået til kvinnen er for å kunne planlegge videre veiledning på en adekvat måte. Dette kan gjøres ved at sykepleier stiller spørsmål til kvinnen, og eventuelt partner, for å avdekke om hun eller partner har behov for ytterligere informasjon. Ved en slik samtale er det viktig at kvinnen føler seg respektert og får en følelse av likeverd. Det er derfor viktig at sykepleier stiller kontroll spørsmål på en måte som ivaretar kvinnens følelse av likeverd, slik som «fortell med egne ord, hva synes du er viktig?». Et slikt spørsmål åpner opp for at kvinnen med egne ord kan forklare hva hun opplevde som viktig med undervisning og kan eventuelt avdekke informasjon som ikke er formidlet og forstått (Tveiten, 2020, s. 167-168). Dette belyses ytterligere av Dahl (2016, s. 47) som skriver at sykepleier kan forsikre seg om at informasjonen er forstått ved å stille kontrollspørsmål til det som er blitt sagt. På denne

måten kan sykepleier få et innblikk i hva kvinnen har tatt til seg av informasjon og hva som fortsatt er uklart.

Likevel viser forskning at noen kvinner enten ikke hadde fått informasjon om senskader eller ikke husket at de hadde fått det (Vermeer et al., 2015, s. 1682). Med utgangspunkt i dette kan en se viktigheten ved å vurdere hvilken kunnskap kvinnen sitter igjen med etter informasjon og veiledning for å avdekke det kvinnen ikke har forstått eller klart å tilegne seg. Sett i lys av de yrkesetiske retningslinjene punkt 2.5 står det skrevet: «Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått» (Norsk sykepleierforbund, 2019). Dette omhandler pliktetikken og viser tydelig sykepleierens plikt til å gi kvinnen tilstrekkelig informasjon, samtidig må sykepleier forsikre at informasjonen er mottatt og forstått.

6 Avslutning

Hensikten med denne bachelor oppgaven har vært å utforske hvordan den didaktiske relasjonsmodellen kan bidra til økt informasjon og veiledning om seksualitet etter strålebehandling for livmorhalskreft.

Oppsummert kan en se at det er stor variasjon når kvinner ønsket informasjon og veiledning, og det var avgjørende at sykepleieren tok initiativ til samtalen, for å skape en åpen dialog med kvinnen om temaet. Faglitteratur og forskning viste at kvinner har et stort behov for informasjon om senskader og hvordan dette påvirker hennes seksualitet. Forskingen viser at det kunne være til stor fordel at partner ble inkludert i samtaler, da de ofte har behov for informasjon og veiledning om endringene kvinnen opplever. Kvinnen opplevde det som positivt da dette kunne føre til bedret kommunikasjon i forholdet om endringene hun opplevde. Dette er faktorer som er med å påvirke informasjonen og veiledningen som blir gitt. Forskingen viste at sykepleier har flere utfordringer i samtalen om seksualitet med kvinnen, hvor holdninger, mangel på kunnskap og rutiner, samt støtte fra avdelingen kommer frem som hindringer til at informasjon og undervisning ikke blir gitt.

Avslutningsvis kan en se at den didaktiske relasjonsmodellen kan være et strukturert hjelpemiddel for planlegging og gjennomføring av informasjon og veiledning for sykepleier, og kan bidra til økt trygghet i samtalen om seksualitet med kvinnen. Ved bruk av den didaktiske relasjonsmodellen kommer kvinnens behov, opplevelse og mål i fokus for informasjon og veiledning og dette kan igjen føre til økt kunnskap og mestring hos kvinnen.

7 Referanseliste

- Dahl, A. A. (2016). *Kreftsykdom: Psykologiske og sosiale perspektiver*. Cappelen Damm Akademisk.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Gamnes, S. (2016). Seksualitet og helse. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Grunnleggende behov* (3. utg., bind 2, s. 373-405). Gyldendal akademisk.
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.
<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Heyn, L. (2015). Kommunikasjon - menneskets grunnleggende behov for å forstå og bli forstått. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., s. 363 - 398). Cappelen Damm Akademisk.
- Heyn, L. G. (2018). Hvordan tilegne seg kommunikasjonsferdigheter?. I L. G. Heyn (Red.). *Klinisk kommunikasjonen i sykepleie* (s. 13- 31). Gyldendal Akademisk.
- Jerpseth, H. (2016). Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.). *Klinisk sykepleie* (5. utg., bind 2, s. 133-168). Gyldendal akademisk.
- Gjessing, R. & Dahl, A. A. (2019). Problemer med seksualitet. I C. E. Kiserud, A. A Dahl & S. D. Fosså (Red.). *Kreftoverlevende: Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv* (3. utg., s. 104-126). Gyldendal.
- Kiserud, C. E., Brydøy, M. & Fosså, S. D. (2019). Kjønnshormoner og fruktbarhet. I C. E. Kiserud, A. A Dahl & S. D. Fosså (Red.). *Kreftoverlevende: Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv* (3. utg., s. 95-103). Gyldendal.
- Kreftforeningen. (2021, 30. september). Livmorhalskreft. <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/livmorhalskreft/#etter-behandling>
- Kristoff, A. (2016). Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.). *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 401-418). Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016). Helse og sykdom – utvikling og begreper. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G.H. Grimsbø (Red.). *Grunnleggende sykepleie* (3. utg., bind 1, s. 29-87). Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Liberacka-Dwojak, M. & Izdebski, P. (2021). Sexual function and the role of sexual communication in woman diagnosed with cervical cancer: A systematic review. *International journal of sexual health*, 33(3), 385-395.
<https://doi.org/10.1080/19317611.2021.1919951>
- Nordtvedt, P. & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie - funksjon, ansvar og kompetanse. I D.- G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.). *Klinisk sykepleie* (5. utg., bind 1, s.17- 39). Gyldendal akademisk.
- Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 05. Januar 2022 fra <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Oslo universitetssykehus. (2021. 03. november). *Strålebehandling på radiumhospitalet*.
<https://oslo-universitetssykehus.no/behandlinger/stralebehandling?sted=radiumhospitalet>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Rasmusson, E.-M. & Thomè, B. (2008). Women`s wishes and need for knowledge concerning sexuality and relationships in connection with gynecological cancer disease. *Sexuality and disability*, 26(207), 207-218. <https://doi.org/10.1007/s11195-008-9097-5>
- Saunamäki, N. & Engström, M. (2012). Registered nurses` reflections on discussing sexuality with patients: Responsibilities, doubts and fears. *Journal of clinical nursing*, 23(3-4), 531-540. <https://doi.org/10.1111/jocn.12155>
- Tveiten, S. (2020). *Helsepedagogikk: Helsekompetanse og brukermedvirkning* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Vermeer, W. M., Bakker, R. M., Kenter, G. G., Stiggelbout, A. M. & Kuile, M. M. t. (2015). Cervical cancer survivors` and partners` experiences with sexual dysfunction and psychosexual support. *Support cancer care*, 24, 1679-1687.
<https://doi.org/10.1007/s00520-015-2925-0>
- World Health Organization. (2006). *Sexual and reproductive health*.
https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/