

## **BSYBAC\_5**

### **Bacheloroppgave i Sykepleie**

Seksuell helse etter behandling av livmorhalskreft

*Hvorfor bør sykepleier gi støtte, informasjon og veiledning til kvinner om seksuell helse etter behandling av livmorhalskreft?*



---

Universitetet  
i Stavanger

**Det helsevitenskapelige fakultet**

**Bachelor i Sykepleie**

**10.05.2021**

*Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet*

<b>Sammendrag/abstrakt</b>	<b>Universitetet i Stavanger</b> <b>Dato: 10.05.2021</b>
<b>Tittel:</b> Seksuell helse etter behandling av livmorhalskreft.	
<b>Bakgrunn:</b> Livmorhalskreft er på verdensbasis den fjerde største kreftformen som rammer kvinner. Kreftsykdom og behandling kan medføre psykiske og fysiske utfordringer som kan få en negativ innvirkning på kvinnens seksuelle helse og seksualliv. I helse- og omsorgstjenesten er det stor taushet rundt temaet seksuell helse, og det er flere sykepleiere som vegrer seg for å snakke om seksualitet med sine kreftpasienter.	
<b>Hensikt:</b> Hensikten med oppgaven er å belyse viktigheten av støtte, informasjon og veiledning i møte med livmorhalskreftpasienter, og om hvordan kvinnen kan ivareta sin egen seksuelle helse etter behandling av livmorhalskreft.	
<b>Metode:</b> Bacheloroppgaven er en litterær oppgave hvor det brukes relevant forsknings- og faglitteratur for å belyse og besvare vår hensikt. Forskningsartiklene som er anvendt i oppgaven har vi funnet gjennom søk i databasene Oria og CINAHL. Gjennom kritisk analyse av artiklene kom det fram relevante resultater som sammen med teori fra anerkjent faglitteratur og egne refleksjoner har blitt til en ny helhet.	
<b>Resultater:</b> Resultatene bygger på hvorfor sykepleier bør gi støtte, informasjon og veiledning til kvinner til om seksuell helse etter behandling av livmorhalskreft. Kvinner har fysiske og seksuelle utfordringer etter behandling av livmorhalskreft, samt unike psykoseksuelle behov. Det er flere faktorer som påvirker mangel på støtte, samtale, informasjon og veiledning. Sjenanse, mangel på kunnskap og barrierer relatert til seksualitet er noen av faktorene.	
<b>Diskusjon:</b> Mangel på samtale, kunnskap, kommunikasjonsferdigheter, sjenanse og barrierer rundt temaet seksualitet er faktorer som påvirker helhetlig ivaretagelse av pasienten. Vi mener at disse faktorene er av betydning for sykepleiers støtte, informasjon og veiledning til kvinnen, ved at overnevnte mangler kan få konsekvenser for livet videre etter behandling av livmorhalskreft. Samtale om seksuell helse og seksuelle problemer mellom helsepersonell og pasient vil være nyttig for alle som har gjennomgått behandling av kreft, uavhengig av om kreften er direkte knyttet til et seksuelt organ.	

## FORORD

*«Under kreftbehandling er du rett og slett en VIP: Very Important Patient. Å redde liv, stå i kampen mellom liv og død, være eller å ikke være, gir status blant helsepersonell, det merker du fort som kreftpasient. Men når du sitter der etter at kampen mot døden er over, med senskader som tørre slimhinner, ødem, manglende sexlyst, fatigue, kognitiv svikt, stiv og ubrukelig kropp, nevropati, hodepine og kroniske smerter, merker du fort at dette ikke er noe leger og sykepleiere er spesielt interessert i. Slike plager gir det ikke status å jobbe med. Med slike senskader har du plutselig blitt en kjedelig kroniker de helst bare vil skyve over til fastlegen. Du er blitt en VUP: Very Undesirable Patient».*

(«Fra VIP til VUP – en kreftpasients fall i status»

av Lene Wikander, Sykepleien, 2018 (8), s. 14).

## Innholdsfortegnelse

<b>1 INNLEDNING .....</b>	<b>5</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	5
1.2 Problemformulering.....	5
1.3 Hensikt med oppgaven.....	6
1.4 Avgrensning.....	6
1.5 Oppgavens oppbygning .....	7
<b>2 TEORI .....</b>	<b>8</b>
2.1 Om livmorhalskreft og behandling .....	8
2.2 Seksualitet.....	9
2.2.1 Konsekvenser av sykdom og behandling for pasientens seksuelle helse.....	9
2.3 Lidelse.....	10
2.4 Sykepleierens rolle i seksuell veiledning .....	11
2.5 Kommunikasjon med pasienten.....	12
2.5.1 <i>PLISSIT-modellen som kommunikasjonsverktøy</i> .....	12
2.6 Lovverk og yrkesetiske retningslinjer.....	13
<b>3 METODE.....</b>	<b>15</b>
3.1 Hva er metode? .....	15
3.2 Anvendt metode og begrunnelse.....	15
3.3 Litteratursøk .....	15
3.3.1 <i>Valg av databaser</i> .....	15
3.3.2 <i>Valg av søkestrategier</i> .....	16
3.3.3 <i>Valg av søkeord</i> .....	16
3.3.4 <i>Sekundærsøking</i> .....	17
3.4 Valg av artikler .....	17
3.4.1 <i>Analyse</i> .....	17
<b>4 RESULTATER .....</b>	<b>20</b>
4.1 Kvinners utfordringer og behov etter behandling av gynekologisk kreft .....	20
4.1.1 <i>Fysiske og seksuelle utfordringer etter behandling av gynekologisk kreft</i> .....	21
4.1.2 <i>Kvinnens unike psykoseksuelle behov</i> .....	21
4.1.3 <i>Behov for støtte, informasjon og veiledning</i> .....	22
4.2 Faktorer som påvirker samtale om seksuell helse.....	24
4.2.1 <i>Sjenanse og mangel på kunnskap</i> .....	24
4.2.2 <i>Barrierer relatert til temaet seksualitet</i> .....	25
<b>5 DISKUSJON .....</b>	<b>26</b>
5.1 Metodediskusjon .....	27
5.2 Resultatdiskusjon .....	28
5.2.1 <i>Kvinnens behov for støtte, informasjon og veiledning</i> .....	28
5.2.2 <i>Samtale om seksuell helse – et tabu</i> .....	31
<b>6 ANVENDELSE AV RESULTATENE I PRAKSIS/AVSLUTNING.....</b>	<b>35</b>
<b>REFERANSER .....</b>	<b>36</b>
<b>VEDLEGG .....</b>	<b>39</b>

6285; 6263

**Antall ord: 10 049**

## 1 INNLEDNING

Seksualitet er et grunnleggende behov og det er en menneskerettighet å kunne ivareta sin egen seksuelle helse. Det er en forutsetning for selvbildet og oppfatningen av oss selv (Jerpseth, 2016, s. 140). God seksuell helse er en sykdomsforebyggende og helsefremmende ressurs, som bedrer menneskers generelle følelse av velvære (Helsedirektoratet, 2020).

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

I helse- og omsorgstjenesten er det i dag stor taushet rundt temaet seksualitet. Seksuell helse oppleves ofte som tabubelagt, spesielt ved sykdom som livmorhalskreft. Vi har bemerket utfordringer knyttet til dette både i praksissammenheng og fra en bekjent. Viktigheten av seksuell helse og å fremme dette temaet vil ha stor betydning for pasienten og sitt forhold til egen sykdom.

Det er flere sykepleiere som vegrer seg for å snakke om seksualitet med sine kreftpasienter. Samtale om seksualitet kan være en utfordring for sykepleiere på grunn av manglende kunnskaper, få retningslinjer og en travel arbeidsplass. I sykepleierutdanningen mener vi det er for lite fokus på seksuell helse. Vi har derfor valgt å fordype oss i temaet seksuell helse etter behandling av livmorhalskreft, ettersom vi begge mener det er et viktig tema. Videre vil vi også se på hvordan en som nyutdannet sykepleier kan bidra til mer åpenhet rundt temaet. Ønsket vårt er å øke vår egen og leserens bevissthet rundt sykepleiernes viktige funksjon i veiledning og informasjon om hvordan en kan ivareta sin egen seksuelle helse etter behandling av livmorhalskreft.

### 1.2 Problemformulering

Livmorhalskreft er på verdensbasis den fjerde største kreftformen som rammer kvinner. Ifølge Kreftregisteret (2021) fikk 368 kvinner i Norge livmorhalskreft i 2019, og årlig får rundt 60 000 kvinner i Europa denne krefttypen. På bakgrunn av denne statistikken kan man anta at de fleste sykepleiere som jobber innen kreftomsorgen vil møte pasienter med livmorhalskreft. Taushet rundt temaet seksuell helse vil resultere i at viktig støtte, informasjon og veiledning ikke blir gitt. Blir man derimot møtt med mer åpenhet kunne dette bidratt til økt forståelse av komplikasjoner og ens fysiske og psykiske endringer (Kreftregisteret, 2021).

Helsepersonells faglige kunnskap om støtte, veiledning og informasjon gir sykepleieren en viktig rolle i møte med pasienter og deres seksuelle helse etter behandling av livmorhalskreft. God informasjon og veiledning til kreftpasienten vil støtte kvinnen i å ivareta sin egen seksuelle helse etter sykdom og behandling. Oppgaven tar for seg viktigheten av informasjon og veiledning etter behandling av livmorhalskreft, der støtte, forståelse, kommunikasjon og åpenhet er viktige substanser i sykepleien.

### 1.3 Hensikt med oppgaven

Hensikten med oppgaven er å belyse viktigheten av støtte, informasjon og veiledning i møte med livmorhalskreftpasienter, og om hvordan kvinnen kan ivareta sin egen seksuelle helse etter behandling av livmorhalskreft. Med slik kunnskap vil man kunne møte pasienten på en bedre måte og utøve helhetlig sykepleie.

### 1.4 Avgrensning

Bacheloroppgaven vår tar for seg kvinner som gjennomgår ulike typer behandling for livmorhalskreft, og dagens kreftbehandling omfatter flere behandlingsformer. Strålebehandling, cytostatikabehandling og kirurgi er eksempler. Behandlingen som gis bestemmes på bakgrunn av pasientens sykdom (Jerpseth, 2016, s. 153). Oppgaven vår inkluderer derfor alle disse tre behandlingsformene. Vi har tatt utgangspunkt i kvinner som ikke har hatt kreft før, og som derfor har et stort behov for støtte, veiledning og informasjon. Sykepleieutøvelsen finner sted i spesialisthelsetjenesten, oftest på en gynekologisk sengepost hvor det er en individuell tilnærming mellom sykepleier og pasient. Behandling av livmorhalskreft kan påvirke kvinnens fertilitet, og er en sentral del av det å være kvinne og kvinnens seksuelle helse. Vi vil ikke gå videre inn på dette temaet av hensyn til oppgavens ordbegrensning.

Vi tar også i bruk PLISSIT-modellen som er en kommunikasjonsmodell. Det er en av flere kommunikasjonsmodeller som det er nyttig for sykepleiere å kjenne til, for å veilede kvinner om seksuell helse (Borg, 2017, s. 127). Vi vil ikke ta for oss flere modeller på bakgrunn av oppgavens omfang og ordbegrensning. Oppgaven legger også vekt på sykepleierens undervisende funksjon, selv om flere av sykepleierens funksjonsområder står sentralt i arbeid rundt kvinner og seksuell helse. Sykepleierens undervisende funksjon inkluderer informasjon, veiledning og undervisning (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016, s. 17).

### 1.5 Oppgavens oppbygning

Teorikapitlet omhandler relevant teoretisk bakgrunnsstoff for oppgavens hensikt. Temaene som inngår i dette kapitlet er livmorhalskreft og behandling, seksualitet, lidelse, sykepleierens rolle i seksuell veiledning, kommunikasjon med pasienten, PLISSIT-modellen, og lovverk. Videre har vi et metodekapittel hvor vi beskriver metoden og presenterer hvilken vi har anvendt, hvordan vi har gått frem i søkeprosessen av våre utvalgte artikler, samt analysen av artiklene. Deretter presenterer og belyser vi resultatene fra artiklene i hoved- og undertema. I diskusjonskapitlet drøftes metoden som er anvendt og resultatene fra artikkelanalysen. Relevant bakgrunnsstoff og egne refleksjoner blir her inkludert. Avslutningsvis kommer anvendelse av resultatene i sykepleiepraksis.



## 2 TEORI

### 2.1 Om livmorhalskreft og behandling

Livmorhalskreft eller cervixcancer er en type kreft som utvikler seg i livmorhalsen. Livmorhalsen forbinder skjede og livmor, og ligger i nedre del av livmoren (Kristoff, 2016, s. 409). Kreftsvulsten oppstår som regel i overgangen rundt mormunnåpningen, og utviklingen av svulsten skjer ofte svært langsomt (Jerpseth, 2016, s. 153). Tidlig seksualdebut og mange seksualpartnere er kjente risikofaktorer for utvikling av livmorhalskreft (Kristensen, 2017, s. 592). Livmorhalskreft er på verdensbasis den fjerde største kreftformen som rammer kvinner, og i 2019 fikk 368 kvinner i Norge livmorhalskreft ifølge Kreftregisteret (2021).

Humant Papillomavirus (HPV) er primært årsaken til utviklingen av livmorhalskreft. HPV type 16 og 18 er forbundet med omkring 60% av tilfellene av livmorhalskreft (Kristensen, 2017, s. 593). Viruset forstyrrer celledelingen og kan føre til celleforandringer i livmorhalsen. Enkelte celleforandringer kan bli normale av seg selv, mens noen kan bli mer alvorlige. Disse kan videreutvikle seg til forstadier til kreft og deretter til kreft (Kristoff, 2016, s. 409).

I tidlig stadium av livmorhalskreft oppstår det sjeldent symptomer. Uregelmessig blødning, blødning i forbindelse med samleie og blodtilblandet utflod er symptomer som oftest fører kvinnen til lege. Symptomer på framskreden livmorhalskreft er anemi, appetittløshet, vekttap, smerter, uremi og tretthet (Kristensen, 2017, s. 593). Prognosen i tidlig stadium uten spredning og gjennomvekst er forholdvis god. Gjennomsnittlig femårsoverlevelse ligger på 73,5% (Kristensen, 2017, s. 596). Livmorhalskreft kan behandles kirurgisk, med kjemoterapi og radioaktive stråler. To eller tre behandlingstyper kombineres ofte, og behandlingsvalget er avhengig av hvilken type svulst det er og dens utbredelse (Jerpseth, 2016, s. 153). Ved celleforandringer som ikke har utviklet seg til kreft er behandlingen konisering, hvor den ytre delen av livmorhalsen blir fjernet enten med kniv, slynge eller laser. Uten behandlingen av disse celleforandringene kunne det potensielt ha ført til videre kreftutvikling. Dersom celleforandringene har utviklet seg til kreft, er behandlingen avhengig av stadielinndeling. Det er nok å fjerne livmor og livmorhalsen dersom det er lokalavansert kreft. Inngrepet blir utvidet dersom det er innvekst i omliggende vev. Det blir da gjort omfattende kirurgi hvor livmor og livmorhals, lymfeknuter og ovariene blir fjernet. I etterkant av dette får pasienten strålebehandling og cytostatika (Kristoff, 2016, s. 410).

## 2.2 Seksualitet

Verdens Helseorganisasjon (WHO) definerte seksualitet som:

*(...) en integrert del av ethvert menneskes personlighet; mann, kvinne og barn. Det er et grunnbehov som utgjør et aspekt av å være menneske, og som ikke kan skilles fra andre livsaspekter. Seksualitet er ikke det samme som samleie eller evnen til å oppnå orgasme, og er heller ikke summen av hele vårt erotiske liv. Alt dette kan være en del av vår seksualitet, men behøver ikke å være det (...)* (WHO, 2006).

Mange har en mening om hva seksualitet er. Dersom en hadde definert seksualitet med forplantningsfunksjon som eneste mål, ville den være svært irrelevant for de fleste kreftpasienter. Som helsepersonell er det viktig å ha en utvidet forståelse av seksualitet hvor en har fokus på at vi alle er seksuelle individer uavhengig av alder og livssituasjon (Borg, 2017, s. 120).

Begrepet seksualitet betyr kjønn, og ordet seksualitet har en bred betydning. Noen påstår at seksuell aktivitet i form av samleie er nødvendig for fysisk og psykisk helse, mens andre påstår at en kan leve et godt liv uten samleie, enten i kortere eller lengre perioder av livet (Gamnes, 2016, s. 374) Hva seksualitet betyr for hvert menneske og innholdet i den enkeltes seksualitet, vil variere mye i løpet av et liv og konstant påvirkes og endres. Av hvert menneske er seksualitet en viktig del, og de individuelle variasjonene vil være store (Gamnes, 2016, s. 377). Seksualitet er en drivkraft vi bærer med oss fra fødsel til død, og er en sentral del av menneskets selvbilde, identitet og livskvalitet. Kreftpasienter kan ha store bekymringer angående kroppsbilde, seksuell lyst, selvaktelse og truet fertilitet (Borg, 2017, s. 121). Kronisk sykdom er noe flere kreftpasienter lever med og innebærer at de og deres partnere trenger støtte og veiledning når det gjelder deres seksuelle helse (Borg, 2017, s. 120).

### *2.2.1 Konsekvenser av sykdom og behandling for pasientens seksuelle helse*

Kreftbehandling kan få store konsekvenser for seksuell helse på alle områder som fysisk, intellektuelt, sosialt og emosjonelt. Seksualitet har et biologisk aspekt og forutsetter fysiologiske prosesser som blodsirkulasjon, hormonproduksjon og nerveforsyning. Kreftbehandlinger som strålebehandling, kirurgiske inngrep, hormonbehandling og kjemoterapi vil ofte forstyrre disse fysiologiske prosessene, og vil nesten alltid få konsekvenser for pasientens seksuelle helse (Borg, 2017, s. 121). Behandlingen hos kvinner

med gynekologisk kreft kan føre til problemer som forkortet skjede, tørrhet og sammenvoksninger i skjeden, inkontinens og nedsatt følsomhet i klitoris. Disse problemene gjør seksuallivet utfordrende og kan gi nedsatt sexlyst, smerter ved samleie og illeluktende væskeansamlinger i skjeden (Borg, 2017, s. 124). Ved kreftbehandling kan det ofte medføre hårtap på hele kroppen, som for mange kan ha negativ betydning og være en konsekvens for deres seksuelle helse. De fysiske forandringene som oppstår ved kreftsykdom og behandling blir ofte en trussel mot eget selvbilde. Opplevelsen av kropp og sinn blir forandret på en måte som gjør det utfordrende for pasienten å forstå at noen kan finne dem attraktiv og verdt å elske. Det kan være lettere å isolere seg og trekke seg tilbake både fysisk og psykisk, enn å forsøke å håndtere sin nye situasjon (Borg, 2017, s. 125).

Psykososiale problemer som vansker i arbeidslivet, isolasjon, relasjonsproblemer og utfordringer med identitet forekommer i stor grad. Kvinner som får behandling for underlivskreft, har også en stor risiko for å oppleve depresjon og angst. Livskvaliteten blir redusert på grunn av problemer som både er av fysisk og psykososial karakter (Jacobsen, 2017, s. 604).

### 2.3 Lidelse

Alle sykepleiere må lære seg å etablere og opprettholde et forhold som er basert på å hjelpe andre mennesker. Gode intensjoner og vennlighet, samt gode kunnskaper og evnen til å anvende det i praksis er viktig i sykepleieomsorgen. Sykepleiere må også evne å bruke seg selv terapeutisk (Travelbee, 2001, s. 21). Basert på dette mener Joyce Travelbee at det er viktig med et menneske-til-menneske-forhold mellom sykepleier og pasient. Hensikten med et slikt forhold er å hjelpe, for så å forebygge og mestre lidelse og sykdom hos individet, familien eller samfunnet (Travelbee, 2001, s. 41). Lidelse defineres som:

*«Tilstand eller opplevelse hos den som lider; utholdelse av eller underkastelse under plage, smerte, tap. En smerte som utholdes eller nød, tap eller skade som påføre»* (Travelbee, 2001, s. 99).

Lidelse er som med sykdom en felles livserfaring som erfares av de fleste mennesker. Sykdom, smerte og lidelse er både åndelige, følelsesmessige og kroppslige erfaringer alle før eller senere i livet vil stå overfor. Lidelsen er en erfaring som gjennomleves og oppleves av individet, og hver enkelt opplever den på sin unike måte (Travelbee, 2001, s. 98).

## 2.4 Sykepleierens rolle i seksuell veiledning

Sykepleierens ansvar- og funksjonsområder omhandler måten sykepleieren ivaretar og tilnærmer seg pasienten på, i alle situasjoner. Funksjonsområdene sykepleieutøvelsen omfatter deles inn i forebyggende, helsefremmende, behandlende, lindrende, rehabiliterende og habiliterende, undervisende, administrative og fagutviklende funksjoner. Disse funksjonene har både indirekte og direkte oppgaver i den kliniske praksisutøvelsen (Kristoffersen et al., 2016, s. 17). Sykepleieren skal fokusere på hvordan en kan skape trygge relasjoner gjennom gode prosesser og rutiner som vil sikre brukermedvirkning i hele behandlingsforløpet (Kristoffersen et al., 2016, s. 17). Flere helsepersonell unngår fremdeles å snakke om temaer rundt seksualitet med sine pasienter og deres partnere. Sykepleieres taushet omkring seksuell helse vil bidra til å opprettholde og styrke fordommene og det tabubelagte temaet. I en undersøkelse blant kreftsykepleiere gjort i Danmark, anga 43% at de var for sjenerte til å ta opp temaer rundt seksualitet, og 28% skyldte på hensynet overfor pasienten. Begrunnelser som kom frem for å ikke ta opp temaet som en del av rutinen var mangel på kunnskap og tid. Som sykepleier bør en være nysgjerrig, åpen og forberedt på at pasienten kan ha andre behov for seksualitet enn det en selv har. Det er derfor viktig å forstå og å være trygg på sin egen seksualitet, som er en forutsetning for å kunne være til støtte for andre med seksuelle problemer. I en svensk studie kom det frem at sykepleierne var klar over at de burde snakke om seksualitet med pasientene sine, men likevel sjelden gjorde det (Borg, 2017, s. 126).

Sykepleiere må finne ut hva pasienten har behov for når det gjelder informasjon og veiledning, gjennom dialog. For å gi tilstrekkelig veiledning kreves det at sykepleieren har kunnskap og emosjonelt engasjement om både de psykiske og de fysiske utfordringene den enkelte pasienten står overfor. Gjennom å vise trygghet, respekt, empati og medfølelse får pasienten rom til å samtale om følelser og seksualitet (Borg, 2017, s. 126). Forutsigbarhet og tilpasset informasjon og veiledning er en forutsetning for at pasienten skal oppleve trygghet og forståelse. Pasienten har da en mulighet til å våge å åpne seg opp om bekymringer og tanker (Eide & Eide, 2012, s. 34). For de aller fleste er seksualitet noe en deler med en annen person, en partner. Seksuell veiledning bør derfor ha som et sentralt mål å få pasienten og dens partner til å snakke åpent sammen om seksualitet. Målet i den seksuelle veiledningen vil være å hjelpe pasienten til å bevare og fremme sin egen seksuelle helse (Borg, 2017, s. 127).

## 2.5 Kommunikasjon med pasienten

Kommunikasjon er det viktigste arbeidsverktøyet sykepleieren har, og er helt grunnleggende for utøvelse av helhetlig sykepleie (Borg, 2017, s. 127). Kunnskap om kommunikasjon er avgjørende for hvordan samtalen mellom sykepleier og pasient forløper (Reitan, 2017, s. 104). Mange kvinner tar ikke initiativ til å snakke om tanker og følelser rundt seksualitet og selvbilde. Det er derfor viktig at sykepleiere tar opp disse temaene, og at kvinnen blir møtt med aksept og åpenhet. Den enkelte kvinnen må få en mulighet til å få satt ord på sin opplevelse av tap og sorg. Det må også formidles at ulike reaksjoner er naturlige og viktige (Jacobsen, 2017, s. 608).

### 2.5.1 *PLISSIT-modellen som kommunikasjonsverktøy*

PLISSIT-modellen er utviklet av den amerikanske psykologen Jack Annon. Modellen har blitt fornsket av sexologene Esben Esther Pirelli Benestad og Elsa Almås (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). PLISSIT-modellen er en av flere kommunikasjonsmodeller som det er nyttig for sykepleiere å kjenne til for å veilede kvinner i spørsmål rundt seksuell helse. PLISSIT står for «Permission, Limited Informasjon, Specific Suggestions og Intensive Therapy», altså tillatelse, begrenset informasjon, konkrete forslag og intensiv terapi, oversatt til norsk (Borg, 2017, s. 127).

P = Permission: Det første nivået i PLISSIT-modellen handler om å gi pasienten tillatelse og mulighet til å sette ord på sine tanker rundt seksualitet. Pasienten må møtes på en direkte måte, men også med diskresjon og varhet. Enkelte pasienter ønsker ikke å snakke om seksualitet, noe som sykepleiere må akseptere og respektere. I startfasen av behandling for kreftsykdommen opplever mange å ha størst fokus på det å bli frisk, og at den seksuelle helsen og spørsmål omkring dette kommer i andre rekke. Sykepleieren bør likevel motivere til samtaler for å få pasienten til å klare å sette ord på egne seksuelle problemer. Det er viktig å gi tillatelse allerede før behandlingen starter, slik at samtaler rundt seksualitet kan tas opp når pasienten føler seg klar for dette (Borg, 2017, s. 127).

LI = Limited Information: Det andre nivået i modellen går ut på å gi pasienten begrenset informasjon rundt seksualitet, sykdommen og behandlingen. Dette fordi sykepleier har kunnskaper om behandlingen og sykdommen som pasienten som oftest ikke har. Informasjon om kreftsykdom, behandlinger og eventuelle konsekvenser for den seksuelle helsen skal helst bli gitt til pasienten og deres partner sammen. Slik informasjon kan rydde opp i tanker,

følelser og misforståelser rundt sykdommen og behandlingen. Det vil også bidra til større åpenhet og forståelse hos pasienten og partneren, om at nærhet og varme vil være spesielt viktig i denne tøffe perioden av livet. Pasienten kan da føle at det er lettere å si hvordan hun opplever sin egen situasjon, og hva hun tror vil påvirke seksualiteten (Borg, 2017, s. 128).

SS = Specific Suggestions: Nivå nummer tre i modellen har som mål å gi råd for å gjøre pasienten klar til å mestre konkrete situasjoner. I samhandling mellom sykepleier og pasient er det viktig å finne løsninger som fremmer seksuell helse. Dette innebærer spesifikke forslag til løsninger på hvordan et bra seksualliv kan opprettholdes og utvikles (Borg, 2017, s. 129).

IT = Intensive Therapy: Det siste nivået i modellen er bare aktuelt for et fåtall av pasientene, hvor problemene ofte vil være større og mer komplekse. Hensikten med intensiv terapi er å hjelpe pasienten med belastende problemer som ikke kan løses på de lavere trinnene i modellen. Eksempler på dette kan være dypere samlivsproblematikk eller alvorlige psykiske problemer. Sykepleierens rolle på dette trinnet i modellen er å henvise pasienten til spesialist og å motivere pasienten til å gjennomgå behandling. Ikke alle kreftsykepleiere er seksuelle eksperter, derfor finnes det andre godkjente sexologiske rådgivere som kan bistå der en selv ikke føler at en strekker til (Borg, 2017, s. 130).

## 2.6 Lovverk og yrkesetiske retningslinjer

I utøvelsen av sykepleie forutsettes det at hver enkelt sykepleier har kunnskaper om forskrifter og lover. Det er Helsepersonelloven som er gjeldende for alt helsepersonell og dermed sykepleieres profesjonslov. Loven fastslår at rollen til sykepleieren baseres på et selvstendig ansvar bestående av forebyggende, behandlende, helsefremmende og rehabiliterende sykepleietiltak overfor pasienter som har behov for omsorg og pleie (Molven, 2016, s. 17). I Pasient- og brukerrettighetsloven fremstilles i hovedsak pasientenes rettigheter. Loven inneholder rettsregler om de rettigheter pasienter har (Molven, 2016, s. 30). Alle pasienter har en lovfestet rett til å få informasjon om konsekvenser av den behandlingen en får. Det gjelder også konsekvenser som er av betydning for seksuallivet. Sykepleieren har informasjonsplikt og plikten er lovfestet i både Helsepersonelloven §10 og i Pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-2 til 3-4. Denne plikten innebærer å gi informasjon uten at pasienten selv krever å bli informert eller må ta initiativet selv (Gamnes, 2016, s. 401). Pasientens rett til informasjon er særlig relevant for pasienter behandlet for livmorhalskreft,

hvor informasjon om seksuell helse ikke skal være avhengig av om pasientene spør etter det selv (Molven, 2016, s. 163).

Yrkesetikk er også en viktig del av sykepleierens profesjonsutøvelse, og har nedskrevne regler i form av Sykepleierforbundets yrkesetiske retningslinjer (Molven, 2016, s. 70). De yrkesetiske retningslinjene er utarbeidet av Norsk Sykepleierforbund og skal være et supplement til lovverket. Dette for å sikre høy faglig og etisk standard blant sykepleiere. Retningslinjene presenterer sykepleiens grunnlag:

*«Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskes liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene.»* (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

Norsk sykepleierforbund, NSF, presenterer også en rekke retningslinjer som sykepleieren skal følge i sin utøvelse av sykepleie. I denne bacheloroppgaven er hensikten å belyse viktigheten av informasjon og veiledning fra sykepleier. De yrkesetiske retningslinjene presenterer:

*«Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg.»* (Norsk Sykepleierforbund, 2019, 2.3).

### 3 METODE

#### 3.1 Hva er metode?

Metode blir definert som et middel til å løse problemer og er en fremgangsmåte for å komme frem til ny kunnskap. Begrunnelsen for metoden som blir valgt skal bidra til å belyse problemformuleringen på en best mulig måte (Aubert, 1985, Dalland, 2017, s. 51).

#### 3.2 Anvendt metode og begrunnelse

Denne bacheloroppgaven er en litteraturstudie, som bygger på Febe Fribergs «Dags for oppsats». Det innebærer at vi samler inn data ved å sammenskrive resultater fra tidligere publiserte forskningsartikler, som senere i oppgaven blir presentert i en artikkelmatrise. Vi har anvendt relevant faglitteratur og forskningsartikler for å belyse vår problemformulering, og resultatene vi får vil så sammenlignes og drøftes, slik at det dannes en ny forståelse.

Hovedsakelig benytter vi kvantitativ, kvalitativ eller en kombinasjon av disse to metodene i slike studier. Vi har valgt ut fem forskningsartikler, hvor fire av dem er kvalitative studier. Den femte artikkelen regnes som en kvantitativ studie. Kvalitativ forskningsmetode er en fleksibel metode som brukes for å beskrive og utforske menneskers erfaringer og opplevelser. Datainnsamlingen til metoden skjer oftest gjennom observasjon eller intervju hvor funnene presenteres i et beskrivende og utfyllende format med utdrag fra materialet i datainnsamlingen. Dette gjøres for å begrunne hovedtemaene som undersøkes. Kvantitativ forskningsmetode gir data i form av målbare enheter og går mer i bredden, mens kvalitativ metode går mer i dybden for å få frem det særegne (Helsebiblioteket, 2016). Denne fremgangsmåten og disse artiklene vil belyse vår problemformulering på en hensiktsmessig måte, og er grunnlaget for valget av forskningslitteraturen.

#### 3.3 Litteratursøk

##### 3.3.1 Valg av databaser

Under søkeprosessen benyttet vi oss av ulike anerkjente databaser for å finne frem til relevant forskning- og faglitteratur, som vi ville analysere og ta med i denne oppgaven. Databasene vi brukte var Oria og CINAHL.



### 3.3.2 Valg av søkestrategier

Da vi startet å søke innså vi fort at det var helt nødvendig å danne oss en klar strategi og jobbe systematisk i søkeprosessen. Vi valgte derfor å bruke PICO-skjemaet som fungerer som et godt hjelpemiddel. Artikkene som har blitt valgt i denne oppgaven er basert på noen forhåndsbestemte inklusjonskriterier. Disse kriteriene omfattet at artiklene var fagfellevurdert (peer reviewed), og sto i samsvar med den anerkjente IMRAD-strukturen. Artikkene våre skulle heller ikke være eldre enn 10 år gamle. Vi prøvde ulike kombinasjoner av søkeordene, og fikk spesifisert treffene våre i de ulike databasene som er brukt. Dette for å finne mest mulig relevant forskning knyttet opp mot vår hensikt for oppgaven.

### 3.3.3 Valg av søkeord

Da søket ble påbegynt anvendte vi søkeord som «sykepleie», «seksualitet og «livmorhalskreft». Det ble naturlig å bruke engelske søkeord for å utvide søket vårt. Dette på grunn av bruken av databasene Oria og CINAHL. Søkeord som «nurse», «sexuality» og «cervical cancer» ble derfor brukt istedenfor. Her fikk vi mangfoldige treff og innså at vi måtte snevre inn søket vårt en god del. Vi tok derfor i bruk PICO-skjemaet til dette, som nevnt tidligere under søkestrategier. Søkeord som «psychosexual care», «gynaecological cancer», «intimate issues» og «dialogue» ble da brukt i tillegg. Vi kombinerte alle søkeordene med «AND» og endte da opp med færre søk, og avgrenset videre til sykepleiefaglig innhold og kvinner, og endte da opp med få søk som gjorde valget av artikler lettere.

For artikkel nummer en og fem ble følgende kombinasjon av søkeord brukt: «Nurse», «Psychosexual care», «Sexuality» og «Cervical cancer». Vi kombinerte disse søkeordene med «AND», og endte opp med 100 treff. Vi avgrenset så videre til artikler med sykepleiefaglig innhold, seksuelle forstyrrelser og kvinner som ga oss åtte treff. For artikkel nummer to brukte vi flere av de samme søkeordene som «Nurse», «Psychosexual care» og «Sexuality». Vi byttet ut «Cervical cancer» med «Gynaecological cancer», da vi opplevde vanskeligheter ved å søke spesifikt på livmorhalskreft for å få gode nok resultater. Her endte vi opp med fire treff, og av disse fire artiklene endte vi opp med én artikkel med størst relevans for vår oppgave. For artikkel nummer tre og fire prøvde vi oss på litt andre søkeord, men beholdt noen. Vi brukte søkeordene «Sexuality», «Intimate issues», «Dialogue», «Gynaecological cancer» og «Nurse». Vi endte opp med 37 treff, og avgrenset deretter videre til artikler med sykepleiefaglig innhold, seksualitet og kvinner. Søkeordene for samtlige artikler ble brukt i

samarbeid med våre eksklusjonskriterier som alder på artikkel, fagfellevurdert og forskningsartikkel, i tillegg til at vi kombinerte alle søkeordene med «AND».

### *3.3.4 Sekundærsøking*

Vi foretok et sekundærsøk på alle kilder og forfattere etter at artiklene var blitt valgt ut. Dette gjorde vi for å kvalitetssikre at forfatterne av artiklene var kvalifiserte og troverdige forskere, og for å vurdere gyldigheten til forskningsartiklene. De fem artiklene vi har valgt tilfredsstilte disse kravene, og dette ga oss trygghet om at artiklene er vitenskapelig holdbare.

## 3.4 Valg av artikler

Artiklene som har blitt inkludert i denne oppgaven er som tidligere nevnt valgt ut basert på noen forhåndsbestemte inklusjonskriterier. Vi ekskluderte flere artikler med manglende relevans for vår hensikt. Artikkelenes kvalitet i forhold til holdbarhet og gyldighet har også stått sentralt for valg av artikler. Vi vurderte nøye hva forskerne undersøkte, hvilke metode de benyttet seg av og om resultatene stemmer med problemformuleringen vår. Vi undersøkte også tidsskriftene artiklene var publisert i, for å avgjøre om kildene var troverdige og relevante innenfor sykepleiefaget.

### *3.4.1 Analyse*

Analysearbeidet bygger på Fribergs anbefaling om analyse (Friberg, 2012). Helheten av resultatet i artiklene analyseres og deles opp i mindre deler, som igjen skal utgjøre den nye helheten. Artiklene er lest hver for seg flere ganger, med fokus på studiens resultat hvor hovedfunnene ble skrevet ned. Under hovedtemaene kommer mindre funn som bygger opp under hovedfunnene. Gjennom kritisk arbeid med studiene ble både ulikheter og likheter identifisert.

I tabellen under presenterer vi forskningsartiklene vi mener er relevante for å besvare vår problemstilling. Her vil det være en oversikt over titler, tidsskrift, forfattere, tema, hensikt, perspektiv og metode i forskningsartiklene. Artikkelmatriksen inneholder ikke egne tolkninger eller vurderinger.

Tabell 1:

Tittel, forfattere, årstall	Tema	Hensikt	Perspektiv	Metode
<p><b>Tittel:</b> Sexual health and gynaecological cancer: conceptualizing patient needs and overcoming barriers to seeking and accessing services.</p> <p><b>Forfattere:</b> McCallum, M., Lefebvre, M., Jolicoeur, L., Maheu, C. &amp; Lebel, S.</p> <p><b>Tidsskrift/årstall:</b> Journal of Psychosomatic Obstetrics &amp; Gynaecology, ss, 135-142. (2012).</p>	<p>Seksuell helse og gynekologisk kreft; å tolke pasientens behov og overvinne potensielle barrierer.</p>	<p>Hensikten var å utforske kvinners subjektive erfaringer med seksuell helse som er behandlet for gynekologisk kreft, med fokus på å fylle hullene i dagens litteratur.</p>	<p>Pasienters erfaringer.</p>	<p>Kvalitativ metode.</p>
<p><b>Tittel:</b> Shyness and openness – common ground for dialogue between health personnel and women about sexual and intimate issues after gynaecological cancer.</p> <p><b>Forfattere:</b> Sekse, J. T. R., Råheim, M. &amp; Gjengedal, E.</p> <p><b>Tidsskrift/årstall:</b> Health care for women international, 36(11), 1255-1269. (2015).</p>	<p>Samtale om intimitet og seksualitet.</p>	<p>Utforske beskjedenhets og åpenhet relatert til intimitet og seksualitet hos kreftoverlevende kvinner, og hvordan de opplevde samtaler med helsepersonell om temaet.</p>	<p>Pasienters og helsepersonell sine erfaringer.</p>	<p>Kvalitativ metode.</p>

<p><b>Tittel:</b> Cervical cancer survivors' and partners' experience with sexual dysfunction and psychosexual support.</p> <p><b>Forfattere:</b> Vermeer, W. M., Bakker, R. M., Kenter, G., Stiggelbout, A. M. &amp; Ter Kuile, M. M.</p> <p><b>Tidsskrift/årstall:</b> Supportive care in cancer, 24(4), 1679-1687. (2016).</p>	<p>Livmorhalskreftoverlevende og partners erfaringer med psykoseksuell støtte og psykoseksuelle helsebehov.</p>	<p>Utforske overlevende av livmorhalskreft og deres partners erfaringer med seksuelle dysfunksjoner, psykoseksuelle helsebehov og psykoseksuell støtte.</p>	<p>Pasienters og partners erfaringer.</p>	<p>Kvalitativ metode.</p>
<p><b>Tittel:</b> Sexual issues among cervical cancer survivors: how can we help women seek help?</p> <p><b>Forfattere:</b> Vermeer, W. M., Bakker, R. M., Kenter, G. G., Kroon, C. D. C., Stiggelbout, A. M. &amp; Kuile, M.</p> <p><b>Tidsskrift/årstall:</b> Wiley Online Library. (2014).</p>	<p>Seksuelle problemer og hjelp til å søke hjelp blant overlevende av livmorhalskreft.</p>	<p>Utforske hvordan helsepersonell kan hjelpe overlevende til å søke profesjonell hjelp, informasjon og veiledning om seksuelle utfordringer.</p>	<p>Pasienters og partners erfaringer</p>	<p>Kvantitativ metode.</p>
<p><b>Tittel:</b> Nurses' perceptions of providing psychosexual care for women experiencing gynaecological cancer.</p> <p><b>Forfattere:</b> Williams, N. F., Hauck, Y. L. &amp; Bosco, A. M.</p> <p><b>Tidsskrift/årstall:</b> European Journal of Oncology Nursing, 30, 35-42. (2017).</p>	<p>Sykepleieres oppfatning av tilbud om psykoseksuell omsorg til kvinner med gynekologisk kreft.</p>	<p>Utforske sykepleieres tolkning og syn på tilbudet av psykoseksuell omsorg for kvinner som gjennomgår gynekologisk kreftbehandling, og hvordan dette stemmer overens med sykepleiere verden over.</p>	<p>Sykepleieres erfaringer.</p>	<p>Kvalitativ metode.</p>

## 4 RESULTATER

Gjennom kritisk analyse av forskningsartiklene kom det fram relevante resultater for problemformuleringen i form av to hovedtema og fem undertema, fremstilt i tabell 2. Resultatene bygger på hvorfor sykepleier bør informere og veilede kvinner til å ivareta sin seksuelle helse etter behandling av livmorhalskreft. Dette vil bli videre belyst i underkapitlene som er basert på disse temaene. Sitat fra de ulike artiklene vil bli brukt, for å støtte opp under resultatene i de nye temaene. Det første temaet: «Kvinnens utfordringer og behov etter behandling av livmorhalskreft» beskriver ulike opplevelser som virker inn på en kvinne både kroppslig og psykoseksuelt. Viktigheten av informasjon, veiledning, støtte og det å se hele kvinnen blir også belyst. Tema nummer to: «Faktorer som påvirker samtale om seksuell helse» beskriver utfordringer knyttet til sjenanse, kunnskap og barrierer relatert til samtaler mellom sykepleier og kvinnen.

Tabell 2:

HOVEDTEMA	UNDERTEMA
Kvinnens utfordringer og behov etter behandling av livmorhalskreft	Fysiske og seksuelle utfordringer etter behandling av gynekologisk kreft
	Kvinnens unike psykoseksuelle behov
	Behov for støtte, informasjon og veiledning
Faktorer som påvirker samtale om seksuell helse	Sjenanse og mangel på kunnskap
	Barrierer relatert til temaet seksualitet

### 4.1 Kvinnens utfordringer og behov etter behandling av gynekologisk kreft

Det første hovedtemaet presenterer ulike opplevelser som medvirker til at pasientene ser på seg selv som en endret kvinne i en endret kvinnekropp med unike psykoseksuelle behov. Endringer flere av kvinnene opplevde etter sykdom og kreftbehandling, beskrives på ulike måter i de aktuelle artiklene. Deltakere i studien til McCallum, M., Lefebvre, M., Jolicoeur, L., Maheu, C. & Lebel (2012) beskrev et gjensidig forhold mellom psykologiske, fysiske og mellommenneskelige opplevelser som hadde innvirkning på kvinnens syn på seg selv og deres nåværende seksualitet. Ord som «vaginal scarring», «shortening», «vaginal dryness» og «pain», er bare noen av beskrivelsene som går igjen i studiene.

#### 4.1.1 Fysiske og seksuelle utfordringer etter behandling av gynekologisk kreft

Studien til Sekse, J. T. R., Råheim, M. & Gjengedal, E (2015) omhandler gynekologisk kreftoverlevende kvinner som er i ferd med å tilpasse seg en forandret kvinnekropp. Kvinnene uttrykte et ønske om å snakke med helsepersonell om kroppslige endringer, men hadde et håp om at helsepersonellet ville innlede til disse samtalene. En kvinne i studien til Sekse et al., (2015) beskrev at hun i ensomhet etter behandling for gynekologisk kreft, måtte jobbe seg gjennom kroppsforandringene og de konsekvensene som ville følge for hennes seksuelle liv:

*«(...) I went home (from hospital) and then I began to experience the dryness ... and all the thoughts rolled over: «What is this?» I had to speak harshly to myself and, fortunately, I managed to reason my way to why this happened» (Sekse et al., 2015).*

Kvinnene i studien til McCallum et al., (2012) hadde utfordringer med å godta sine ulike kroppsforandringer. De beskrev en endring i synet på seg selv i forhold til feminitet i seksuelle relasjoner. Dette ble en barriere for å oppnå sunn seksualitet på grunn av en langvarig usikkerhet etter behandling av kreft. Flere av kvinnene mente at de kunne være i stand til å oppnå sunn psykisk seksualitet, om de klarte å godta sine fysiske forandringer som vaginale endringer, smerte, ubehag og bekymringer etter behandling (McCallum et al., 2012). I studien til Vermeer, W. M., Bakker, R. M., Kenter, G., Stiggelbout, A. M. & Ter Kuile, M. M (2016) kommer det frem at omtrent halvparten av deltakerne har opplevd kroppslige forandringer som har ført til usikkerhet. Det har også påvirket følelsen av kvinnelighet og ført til et negativt kroppsbilde. En kvinne i studien beskrev:

*«Well, up to my breasts everything is fine. Everything between my breasts until my knees, that's awful. I consider that sort of a block, and I just don't want to see it or feel it» (Vermeer et al., 2016).*

#### 4.1.2 Kvinners unike psykoseksuelle behov

Seksualitet er et sentralt aspekt ved det å være et menneske, og påvirker enkeltpersoner på unike måter. De berørte organene ved gynekologisk kreft er det en kvinne vanligvis identifiserer seg med, og definerer kvinnelighet. Etter kreftbehandling kan kvinners psykoseksuelle velvære påvirkes negativt ved for eksempel depresjon, lidelse, angst og endringer i oppfatningen av kroppsbilde og feminitet (Sekse et al., 2015). I studien til

Vermeer et al., (2016) kommer det fram at ektefeller eller partnere også har psykoseksuelle behov. Å motta praktisk og betryggende informasjon om seksualitet etter livmorhalskreft vil være verdifullt for både kvinnen og deres partner. Psykoseksuelle vansker som ble mest rapportert blant deltakerne i studien til McCallum et al., (2012) var et endret seksuelt selvkonsept, angst, frykt for avvisning og å bli forlatt av partner. Andre psykoseksuelle utfordringer som ble rapportert var følelser som sorg og tap relatert til fruktbarhet og kvinnelighet (McCallum et al., 2012). En kvinne i studiet beskrev:

*«Your sexuality is so much in your head. It's about how you feel about yourself, and how you feel about your body, and how easily you can completely let yourself go to that other person»* (McCallum et al., 2012).

I studien til Williams ble det funnet manglende klarhet rundt sykepleieres forventninger om å gi psykoseksuell omsorg, hva som bør diskuteres og hvem sitt ansvar det er (Williams, N. F., Hauck Y. L. & Bosco, A. M. 2017). Kvinner har unike behov og egenskaper, inkludert språk, kulturell bakgrunn og seksuell historie. I studien til Williams et al., (2017) kommer det frem at sykepleiere beskrev ulike utfordringer når disse egenskapene skilte seg fra sine egne egenskaper. En sykepleier i studiet beskrev:

*«There are certain cultures where I, you know might not feel as confident to broach the subject ... because I don't have necessarily the same understanding of their culture as within the western world»* (Williams et al., 2017).

Sykepleieren må individuelt tilpasse kvinnens unike psykoseksuelle behov basert på deres personlige egenskaper og respons. Viktigheten av et tillitsfullt forhold mellom begge partene, beskrev sykepleierne som nøkkelen til å samtale om psykoseksuelle spørsmål (Williams et al., 2017).

*«I think every case is different. You cannot have a set thing that you're going to say to every person because it doesn't work out like that»* (Williams et al., 2017).

#### 4.1.3 Behov for støtte, informasjon og veiledning

Kvinnene i studien til Sekse et al., (2015) opplevde å være alene i prosessen med å håndtere endringer knyttet til seksualitet og intimitet. Problemet hadde knapt blitt gitt uttrykk for. Uten

informasjon om kroppslige forandringer og eventuelle konsekvenser for seksualliv, kan føre til vanskeligheter med å forsonse seg med en ny livssituasjon. Det var flere kvinner som ikke hadde mottatt informasjon eller veiledning om seksualitet og intimitet etter gynekologisk kreft. Ikke alle hadde et seksuelt aktivt liv, men følte likevel et behov for kunnskap og informasjon om kroppslige endringer. Det ble formidlet en følelse av sårbarhet og krenkelse på grunn av mangel på informasjon om kroppslige endringer, som fikk konsekvenser for deres seksuelle liv og intimitet. De trengte å bli møtt med åpenhet i sjenansen, og de var avhengige av at helsepersonellet kunne ta initiativ til slike samtaler, aktivt ta opp problemet og være gode lyttere i dialogen (Sekse et al., 2015). Flere kvinner i studien til Williams et al., (2017) uttrykte et behov og et ønske om at helsepersonell skulle gi tilstrekkelig støtte og informasjon relatert til psykoseksuelle problemer. For å utøve helhetlig sykepleie og psykoseksuell omsorg må en formidle all nødvendig informasjon som fysisk og psykisk påvirker den berørte kvinnen. Sykepleierne i studiet til Williams et al., (2017) beskrev:

*«I'm always surprised at usually how comfortable women are to talk about it and perhaps that's an indication of their need» (Williams et al., 2017).*

Det ble formidlet at omsorgstilbudet og informasjonen relatert til seksualitet bør starte før behandlingen og fortsette under behandlingsforløpet (Vermeer, W. M., Bakker, R. M., Kenter, G. G., Kroon, C. D. C., Stiggelbout, A. M. & Kuile, M. 2014). Av de 541 kvinnene som deltok i Vermeer et al., (2014) sin studie mente bare 39% at helsepersonell hadde tilstrekkelig informert dem om mulige konsekvenser etter kreftbehandlingen relatert til seksualitet. Så få som 26% av kvinnene mente at sykepleierne hadde nok tid til å snakke med dem om deres seksuelle utfordringer. Halvparten rapporterte at de hadde et behov for profesjonell veiledning og informasjon rundt sine seksuelle bekymringer. Flertallet av kvinnene i studien til McCallum et al., (2012) beskrev et behov for mer inngående informasjonstjenester, som for eksempel informasjon om effekten av behandlingen, håndtering av vaginale endringer og når samleie blir trygt. Ønske om å få muligheten til å stille spørsmål og å bli tilbudt passende tjenester var stort. Alle mennesker er forskjellige, og dette innebærer at noen ville satt pris på én-til-én-tid med helsepersonell, mens andre ville vært fornøyd med skriftlig informasjon (McCallum et al., 2012). Viktigheten av informasjon og veiledning etter sykehusopphold er av stor betydning for de aller fleste. Å spørre kreftoverlevende kvinner om deres ideer med hensyn til fremtidens psykoseksuelle støttetjenester vil være verdifullt for å identifisere hva som fungerer og ikke. Dette vil være nyttig på veien til forsoning (Vermeer et al., 2016).



#### 4.2 Faktorer som påvirker samtale om seksuell helse

Mangel på kunnskap, kommunikativ erfaring og sjenanse var grunner til at helsepersonell ikke tok opp temaer rundt seksualitet. Sykepleiere og annet helsepersonell må ikke forbli i sin egen sjenanse, men heller være åpen slik at kvinner blir ivaretatt på en helhetlig måte. Kvinnene kan da være i stand til å bevege seg mot åpenhet i sine egne liv, og å være i stand til å håndtere seksuelle og intime utfordringer i etterkant av gynekologisk kreft (Sekse et al., 2015).

##### 4.2.1 Sjenanse og mangel på kunnskap

I studien til Williams et al., 2017 anerkjente flere sykepleiere en følelse av å ikke ha alle svarene og å være uforberedt på å ta opp kvinners spørsmål og bekymringer.

*«I've thought I won't know what to say if they do say something»* (Williams et al., 2017).

Andre sykepleiere mente at det ikke var nødvendig å ha alle svarene for å kunne diskutere psykoseksuelle spørsmål med pasienten.

*«You don't have to fix it ... I don't have all the answers and I am always learning ... it's ok not to have the answers»* (Williams et al., 2017).

I studien til Sekse et al., (2015) kommer det frem at helsepersonell ikke innledet til dialog med kvinnene, og i noen tilfeller kun svarte på intime spørsmål med korte råd uten invitasjon til videre dialog. Kvinnene i studien opplevde at måten de ble møtt på av sykepleiere førte til mer ensomhet, skam og sjenanse relatert til intimitet og deres seksuelle problemer. Dersom sykepleierne hadde forberedt kvinnene på endringene som kunne skje, hadde det vært lettere for dem å takle. Behovet for informasjon og forståelse av deres endrede kropp ble ikke satt ord på. Dette på grunn av sjenanse (Sekse et al., 2015). Noen sykepleiere i studiet til Williams et al., (2017) uttrykte flauhet, manglende kunnskap, erfaringer og ressurser for å gi psykoseksuell støtte. I studien ble det identifisert at det er manglende kunnskap og opplæring knyttet til seksualitet. En sykepleier beskrev at enkelte kvinner ble henvist til spesialisert seksuell helseomsorg for å videreføre ansvaret i stedet for å forsøke å løse det selv. Det ble også beskrevet at sykepleierne synes det var utfordrende å vite hva de skulle si og hvordan å innlede til samtale (Williams et al., 2017).

«*I find it easier when the patient asks first*» (Williams et al., 2017).

#### 4.2.2 Barrierer relatert til temaet seksualitet

Kvinnene i studien til McCallum et al., (2012) identifiserte fire temaer som motvirket dem fra å be om hjelp relatert til seksualitet. Disse fire var forventninger og stigma, følelsesmessig unngåelse, praktiske barrierer og sjenanse. Temaet forventninger og stigma var relatert til seksuell helse som et tabubelagt emne. I forhold til sjenanse følte mange av kvinnene at det ville være flaut å diskutere seksuell helse med helsepersonell, og særlig med jevnaldrende. Noen kvinner antydte til og med at å diskutere seksualitet med venner og romantiske partnere var unormalt. Omtrent en tredjedel av deltakerne i Vermeer et al., (2016) sin studie opplevde ikke barrierer for å søke hjelp, mens andre deltakere var motvillige til å søke hjelp fordi de følte at de burde løse sine egne seksuelle problemer og bekymringer. Flere anså det også som tabu å snakke om sine seksuelle bekymringer. Ifølge flertallet av kvinnene ønsket de å involvere partner og at partner skulle lære hvordan de kunne støtte kvinnen. En kvinne var mer skeptisk til partnerinvolvering fordi det ville være vanskelig å diskutere seksuelle bekymringer med partner. På grunn av ubehaget ved å diskutere disse tabubelagte temaene er det spesielt viktig at helsepersonell innleder til samtaler og diskusjoner.

«*I could have asked her then, 'What is this going to mean to me, sexually?' but I didn't. It was the first time I met her, and maybe because I was older and I would think that maybe she wouldn't know how to respond to someone my age, about sexuality. Maybe it would be uncomfortable for her*» (McCallum et al., 2012).

Sykepleiere i studien til Williams et al., (2017) diskuterte innflytelsen av kvinnens og sykepleierens alder i samtale om psykoseksuelle spørsmål. Noen følte at aldersforskjellen kunne være en barriere:

«*if you're 21 you're talking who's you know 60 (sic) it's like talking to your mum or your grandma about stuff and that's difficult*» (Williams et al., 2017).

En annen barriere som ble identifisert var om det ble mindre sannsynlig for kvinnen å diskutere psykoseksuelle problemer med en behandler av det motsatte kjønn. En sykepleier fra samme studie følte imidlertid at hennes yngre alder gjorde det mer akseptabelt å diskutere psykoseksuelle spørsmål (Williams et al., 2017).

*«The perception that maybe it's more appropriate to talk with someone younger or they won't be as embarrassed because they assume that everyone talks about it all the time anyway» (Williams et al., 2017).*

Det finnes en direkte sammenheng mellom sykepleieres seksuelle antagelser og holdninger knyttet til barrierer. Dette blir ofte dannet på grunn av samfunnet og kan forhindre sykepleiere i å tilfredsstille behovet for å tilby seksuell helsehjelp (Williams et al., 2017).

*«Why wouldn't we talk about something as important as this?» (Williams et al., 2017).*

Sykepleieres verdier, erfaringer og selvbevissthet rundt seksualitet påvirker hvordan de tar opp slike temaer. Dette kan ha konsekvenser for kvinnene, da de ofte har et ønske om at sykepleier skal ta dette opp (Williams et al., 2017).

*«I mean my own childhood experience was you never talked about sex so that overflows into this because I think oh no, no, no I can't talk to her about it» (Williams et al., 2017).*

De som fikk muligheten til å samtale med helsepersonell om seksuelle endringer etter behandling av gynekologisk kreft, forbedret sin seksuelle tilpasning betydelig, og hadde lettere for å forsone seg med en ny livssituasjon (Sekse et al., 2015).

## 5 DISKUSJON

Gjennom utallige søk, kritisk analyse av de valgte artiklene og en sammenfatning av de nye resultatene, er oppgavens hensikt blitt belyst. Hensikten var å belyse viktigheten av støtte, informasjon og veiledning fra sykepleier, om hvordan kvinnen kan ivareta sin egen seksuelle helse etter behandling av livmorhalskreft.

Diskusjonsdelen i denne bacheloroppgaven er todelt; den ene delen består av en metodediskusjon der vi diskuterer metoden vi har brukt. Den andre delen består av en resultatdiskusjon. I resultatdiskusjonen drøfter vi resultatene ut fra oppgavens problemformulering og hensikt, og sammenfatter dem med både teori og refleksjon.

### 5.1 Metodediskusjon

Valg av metode tar utgangspunkt i hensikten til oppgaven. Metoden vi valgte i denne bacheloroppgaven er en kvalitativ litteraturbasert studie, som bygger på Febe Fribergs «Dags for oppsats». Å finne vitenskapelige artikler som belyste viktigheten av støtte, informasjon og veiledning fra sykepleier, om hvordan kvinnen kan ivareta sin egen seksuelle helse etter behandling av livmorhalskreft, viste seg å være noe utfordrende. Noen av forfatterne i de valgte artiklene gav uttrykk for at det fantes lite forskning på området, og at det er et stort behov for videre studier. Årsaker til at det er lite forskning på området er uvisst, men kan ha flere sammenhenger med rekruttering av pasienter, et for personlig tema og tabubelagt område.

Søkene ble gjort i databasene Oria og Cinahl, hvor en både kan finne sykepleievitenskapelig, biomedisinsk og medisinsk forskning. Under søking for å finne vitenskapelige artikler valgte vi «peer reviewed». I startfasen av søket brukte vi ord som «Nurse», «Psychosexual care», «Sexuality» og «Cervical cancer». Disse ordene ga utallige treff, og flere søk ble gjort med nye søkeord og avgrensinger. Dette førte til at utvalget ble betraktelig redusert. Vi satt til slutt igjen med 5 artikler med innhold som var relevant til oppgavens hensikt. Artiklene skulle være i størst mulig grad kvalitative og de ble kritisk vurdert ved hjelp av Fribergs bok. De valgte artiklene belyste ulike sider som var relatert til hensikten vår. Artiklene ble nøye gjennomgått, delt opp og satt sammen til en ny forståelse. Vi valgte å organisere den nye forståelsen i ulike hovedtemaer og undertemaer, som er i tråd med Friberg (2017) sin

analysemodell. Det er godt mulig at andre som hadde analysert artiklene, ville ha kommet frem til en annen forståelse enn hva vi har.

De valgte artiklene var skrevet på engelsk og dette medførte at vi måtte oversette dem til norsk. Grunnet oversettelsesferdigheter kan det ha påvirket forståelsen av innholdet i artiklene, men artiklene har blitt lest flere ganger i et håp om å unngå tap av viktig informasjon. Reliabiliteten er noe utfordrende, da det er snakk om subjektive opplevelser som varierer hos den enkelte person. Ved å anvende denne metoden har vi fått økt kunnskap omkring temaet vårt. Vi har lært nye begreper, diskutert utfordringer og fått et større og mer komplekst bilde. Dette har gitt oss svar på flere spørsmål vi har hatt, og studiene gjenspeiler det vi har undersøkt i bacheloroppgaven vår.

## 5.2 Resultatdiskusjon

Resultater fra de ulike artiklene har blitt analysert nøye og er systematisert i to hovedtema som igjen har fem undertema. Hensikten med oppgaven var å belyse viktigheten av støtte, informasjon og veiledning fra sykepleier, om hvordan kvinnen kan ivareta sin egen seksuelle helse etter behandling av livmorhalskreft. Vi synes også det var viktig å få frem hvilke behov kvinnene hadde i forhold til dette, slik at en som sykepleier kan stå godt rustet til å møte denne pasientgruppen på en mer ivaretakende måte. Funn fra resultatene har gitt unik kunnskap og innsikt om viktige erfaringer hos kvinner etter behandling av livmorhalskreft. Dette vil danne et grunnlag for å kunne møte disse kvinnene på en bedre måte. I analysen av artiklene ble resultatene delt inn i hovedtemaer og undertemaer for å oversiktlig fremstille dataen på. I resultatdiskusjonen deler vi drøftingen i to deler som baserer seg på temaene fra analysen. Kapittel 5.2.1 baserer seg på temaet «kvinnens utfordringer og behov etter behandling av livmorhalskreft» og kapittel 5.2.2. baseres på «faktorer som påvirker samtale om seksuell helse». Vi vil understreke at noe av det som blir tatt opp i de to delene av resultatdiskusjonen kan overlappe hverandre, og er ikke rangert etter viktighetsgrad.

### 5.2.1 Kvinnens behov for støtte, informasjon og veiledning

Anerkjent faglitteratur som vi har anvendt i denne bacheloroppgaven, belyser hvorfor informasjon og samtaler om seksuell helse mellom sykepleier og pasient er et viktig fundament i behandlingsforløpet. Dessuten finnes det gode forklaringer på hvorfor sykepleiere skal informere og diskutere seksuell helse, men det kommer ikke godt frem

hvordan dette kan gjøres. Sykepleieres taushet rundt seksuell helse vil være med på å styrke fordommene og det tabubelagte temaet. Vi har redegjort for sykepleierens rolle i seksuell veiledning, kommunikasjon med pasienten og kvinnens behov for informasjon og veiledning om fysiske, psykiske og seksuelle utfordringer etter behandling av livmorhalskreft. Dette er noe som klart kommer frem i litteraturen. Det som derimot ikke redegjøres for i like stor grad i anerkjent faglitteratur er hvordan sykepleieren kan dekke kvinnens behov for informasjon og veiledning relatert til senskader etter sykdom og behandling, og hvorfor det er utfordrende.

Et hovedfunn i litteraturstudiene er at kvinner ikke opplever støtte, informasjon og veiledning etter behandling av livmorhalskreft, som er av stor betydning for kvinnene. I studien til Sekse et al., (2015) formidlet kvinnene en følelse av krenkelse og sårbarhet grunnet mangel på informasjon om kroppslige endringer med konsekvenser for deres intimitet og seksuelle liv. En kvinne fra samme studiet beskrev at hun i ensomhet måtte jobbe seg gjennom kroppsforandringene og konsekvensene for seksuallivet etter behandling av livmorhalskreft. Enkelte kvinner fra studiet til McCallum et al., (2012) formidlet vansker som angst, et endret seksuelt selvkonsept, frykt for avvisning og å bli forlatt av partner som følge av mangel på støtte og informasjon. Dersom pasienten ikke mottar tilstrekkelig informasjon om konsekvenser av behandling og sykdom, får ikke pasienten medvirke på riktig grunnlag. Dette strider mot de yrkesetiske retningslinjene. Manglende informasjon strider med punkt 2.3, i form av at sykepleier skal ivareta den enkelte pasient sitt behov for helhetlig omsorg (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Mange kvinner synes det er vanskelig å ta initiativ til å snakke om sine følelser og tanker rundt seksualitet, og nettopp derfor er det viktig at sykepleiere tar opp disse temaene. Kvinnene blir da møtt med åpenhet og aksept, som fører til at den enkelte får mulighet til å få satt ord på sine opplevelser og erfaringer (Jacobsen, 2017, s. 608). Et resultat som vi forventet å finne i forkant av analysen, var pasienters manglende opplevelse av støtte og informasjon relatert til seksualitet etter behandling av livmorhalskreft. Denne antakelsen var basert på egen erfaring fra praksis, forelesning på sykepleiestudiet og sykepleiefaglige nyhetsartikler. Det vi derimot ikke hadde forventet å finne var hvor store konsekvenser mangel på samtale og informasjon hadde å si for flertallet av kvinnene i samtlige studier. Ettersom konsekvensene er så store for den enkelte kvinne, kan man ikke unngå samtale om det. Med dette mener vi at sykepleieren på en enkel måte kunne redusert flere av konsekvensene, dersom kvinnene ble møtt med åpenhet og tilbud om samtale.

Dersom en velger å utdanne seg som sykepleier baserer det seg på å hjelpe andre mennesker. Evnen til å anvende kunnskap og å ha gode intensjoner er viktig i sykepleieomsorgen. Joyce Travelbee mener det er viktig med et menneske-til-menneske-forhold mellom pasient og sykepleier. Et slikt forhold går ut på å hjelpe, forebygge og mestre sykdom og lidelse hos individet (Travelbee, 2001, s. 41). Flere sykepleiere beskrev at nøkkelen til å samtale om seksuell helse, er et tillitsfullt forhold mellom pasient og sykepleier (Williams et al., 2017). Anvendelse av god kunnskap er viktig, men i forhold til resultatene fra samtlige artikler er det betydelig mangel på kunnskap relatert til seksualitet. Teorien forteller hva en bør gjøre som sykepleier, men artiklene viser at dette ikke blir tilstrekkelig utført i praksis. Et menneske-til-menneske-forhold mellom sykepleier og pasient vil være av stor betydning for å utøve tilstrekkelig omsorg. Pasienten vil da føle seg forstått, akseptert og ivaretatt, og er helt grunnleggende for god sykepleie. Det er ikke forventet at hver og en skal være ekspert på området, men en skal likevel møte den enkeltes seksuelle behov med anerkjennelse og forståelse. Seksualitet bør bli en selvsagt del av hverdagen til sykepleiere.

Funksjonsområdene i sykepleieutøvelsen blir delt inn i helsefremmende og forebyggende, lindrende, behandlende, undervisende, rehabiliterende og habiliterende, administrative og fagutviklende funksjoner. Sykepleierens undervisende funksjon er funksjonsområdet som er mest sentralt for vår problemformulering. Denne funksjonen innebærer at sykepleier har et ansvar til å informere, undervise og veilede pasienten (Kristoffersen et al., 2016, s. 17). For å kartlegge pasientens behov for støtte, informasjon og veiledning er det nødvendig med en dialog. Forutsigbarhet er en forutsetning for at pasienten skal føle seg trygg til å åpne seg opp om sine bekymringer og tanker (Eide & Eide, 2012, s. 34). En forutsetning for å være til støtte for andre mennesker og deres seksualitet, er å forstå og å være trygg på sin egen seksualitet (Borg, 2017, s. 126). For å utøve helhetlig sykepleie og å gi psykoseksuell omsorg må en formidle all nødvendig informasjon som fysisk og psykisk påvirker den berørte kvinnen (Williams et al., 2017). Seksualitet er noe de fleste deler med en annen person, en partner. Seksuell støtte, informasjon og veiledning bør være et sentralt mål for å få pasienten og eventuelt partner til å snakke sammen om seksualitet (Borg, 2017, s. 127). Flertallet av kvinnene i studien til Vermeer et al., (2016) ønsket at partner skulle være involvert, og at de skulle lære hvordan de kunne støtte kvinnen. Ettersom flere av kvinnene opplevde at det var tabubelagt og ubehagelig å snakke om sine seksuelle bekymringer, var det ønskelig at helsepersonell innledet til disse samtalene. Sykepleier må derfor ha innsikt i pasientens betydning av seksualitet, for så å være til hjelp på dette området når pasienten er klar for det

(Borg, 2017, s. 127). God seksuell veiledning og informasjon vil si at sykepleieren har god innsikt i hva seksuell helse er, og hvilke ettervirkninger som kan følge av kreft og behandling.

I studien til Sekse et al., (2015) kom det frem at det ble vanskelig å forson seg med en ny livssituasjon, når kvinnene ikke mottok informasjon om eventuelle konsekvenser for seksualliv og kroppslige forandringer. Ikke alle kvinnene hadde et seksuelt aktivt liv, men følte likevel et behov for informasjon og kunnskap om kroppslige endringer, seksualitet og intimitet (Sekse et al., 2015). Ved endringer av kroppen knyttet til seksualitet, kan en si at det ligger en slags skam over sin egen kropp, som ikke lenger fungerer som forventet.

Sykepleieren står ansvarlig for å ta opp seksuell helse med pasienter. Støtte, informasjon og veiledning skal bidra til å styrke pasientens forståelse og aksept, samt å lære strategier for å kunne forson seg med sin nye livssituasjon.

### *5.2.2 Samtale om seksuell helse – et tabu*

Et annet hovedfunn fra forskningsartiklene er hvor vanskelig det er å snakke om endringer, utfordringer og konsekvenser på grunn av sykdom og behandling, relatert til temaet seksuell helse. I faglitteraturen blir det ikke i stor grad redegjort for hvorfor det er så tabubelagt, hvorfor sykepleiere vegrer seg for å snakke om temaet og hvorfor pasientene ofte ikke tør å ta opp temaet selv. Samtlige av valgte artikler viser til betydelige mangler på samtale om seksuell helse med pasienter behandlet for livmorhalskreft. Kvinnene i studiet til Sekse et al., (2015) ønsket å snakke med helsepersonell om kroppslige endringer og seksualitet, men hadde håpet at helsepersonellet ville innlede til disse samtalene. Initiativ til samtale og å vite hva en skal si, ble i studien til Williams et al., (2017) identifisert som en utfordring blant sykepleierne. De anerkjente en følelse av å ikke ha alle svarene, og følte seg uforberedt på å ta opp kvinners bekymringer og spørsmål (Williams et al., 2017). Det ble beskrevet som vanskelig for sykepleiere å vite hvordan en skal bringe temaet på banen. Flere helsepersonell unngår å snakke om temaer rundt seksualitet med sine pasienter og deres partnere.

Sykepleieres taushet omkring seksualitet og seksuell helse vil være med på å opprettholde og styrke fordommene og det tabubelagte temaet (Borg, 2017, s. 126). På den ene siden påpeker studien til Vermeer et al., (2014) at kvinner unnlot å ta opp temaet seksualitet på grunn av flauhet og skam, samtidig som at kvinnene i Sekse et al., (2015) sin studie følte at mangel på kunnskap hos helsepersonell var årsaken til at de selv ikke våget å ta opp temaet i frykt av fordommer og stigmatisering. Det finnes ingen unnskyldning for å ikke ta opp temaet seksuell



helse med pasienter. Som sykepleier har en nødvendigvis ikke alle svar, men det betyr ikke at en ikke skal bringe temaet på banen.

Flere kvinner lever med konsekvenser som sykdom og behandling har påført dem. Livskvaliteten blir redusert på grunn av utfordringer og konsekvenser av både psykososial og fysisk karakter. Temaet seksualitet er for svært mange et tabubelagt område. Pasienter opplever det ofte vanskelig å snakke om fordi det i flere tilfeller forbindes med både skam og skyld. Det er en forutsetning at sykepleier viser åpenhet og trygghet rundt temaet, og inviterer til samtale for at pasienten skal kunne snakke om sin egen seksualitet (Jacobsen, 2017, s. 604). Ifølge studiet til Williams et al., (2017) påvirker sykepleieres tidligere erfaringer, verdier og selvbevissthet rundt seksualitet, hvordan de tar opp slike temaer. Dette har igjen konsekvenser for kvinnene, da de har et ønske om at sykepleierne skal innlede til samtale. I henhold til Helsepersonelloven §10 har sykepleier en plikt til å gi informasjon som er nødvendig for at pasienten skal få innsikt i sin helsetilstand og hvilken helsehjelp som gis. Denne informasjonen er også noe pasienten har en lovpålagt rett til i følge Pasient- og brukerrettighetsloven §3-2. Sykepleier kan med dette ikke velge bort denne plikten grunnet sjenanse, mangel på kunnskap og barrierer. Tausheten bekrefter sjenansen og tilbakeholdenheten, som igjen viser til hvorfor det er et tabu i samfunnet. Pasientene har sine barrierer som hindrer dem i å ta opp temaet seksualitet relatert til sykdom og behandling. I tillegg har sykepleieren både faglige og personlige barrierer som hindrer dem i å innlede til samtale om seksuell helse med pasienter. Alle mennesker har grunnleggende behov, og daglig spør man som sykepleier om hygiene, ernæring, eliminasjon, smerte, søvn og hvile. Hvorfor faller det ikke like naturlig å spør pasienter om seksualitet på lik linje som eksemplene nevnt over? Noe vi også har reflektert over er hvorfor det ikke er like vesentlig å spør om seksualitet når pasientgruppen behandles for livmorhalskreft.

Det viktigste verktøyet sykepleieren har er kommunikasjon, noe som er helt avgjørende for hvordan samtale mellom sykepleier og pasient forløper. Flere kvinner opplever det utfordrende å ta opp tanker og følelser rundt seksualitet. Det er derfor viktig at sykepleieren tar opp dette temaet (Jacobsen, 2017, s. 608). Som nevnt i punkt 2.5.1 er PLISSIT-modellen en kommunikasjonsmodell som er nyttig for sykepleiere å kjenne til for å veilede kvinner i spørsmål rundt seksuell helse. PLISSIT står for «Permission, Limited Informasjon, Specific Suggestions og Intensive Therapy», altså tillatelse, begrenset informasjon, konkrete forslag og intensiv terapi, oversatt til norsk (Borg, 2017, s. 127). Modellen kan være et utgangspunkt for

å skape en god struktur på veiledningen mellom pasient og sykepleier. Veiledning med modellen i fokus kan bidra til å kartlegge de fysiske, psykiske og eksistensielle utfordringene etter kreftbehandling. Den kan også bidra til å avdekke seksuelle behov (Gamnes, 2016, s. 88).

Det første nivået i PLISSIT-modellen kalles «Permission» og går ut på å gi pasienten mulighet og tillatelse til å sette ord på og å snakke om sine tanker rundt seksualitet. På dette nivået skal sykepleieren møte pasienten på en direkte måte, men også med varhet. Sykepleieren bør forsøke å motivere til samtaler som omhandler seksualitet, slik at pasienten kan snakke når hun føler seg klar for dette (Borg, 2017, s. 127). I studien til McCallum et al., (2012) var ønske om å få muligheten til å stille spørsmål og å bli tilbudt passende tjenester stort. Helsepersonell innledet sjeldent til dialog med kvinnene, og i noen tilfeller svarte sykepleiere kun på intime spørsmål uten invitasjon til videre dialog (Sekse et al., 2014). Det andre nivået i modellen kalles «Limited Information» og handler om å gi pasienten begrenset informasjon rundt sykdom, behandling og seksualitet. Denne informasjonen kan redusere misforståelser angående sykdom og behandling, og hjelpe pasienten med å få orden i tanker og følelser. På dette nivået i modellen kan pasienten utdype hvordan hun opplever situasjonen sin og hva hun tror vil påvirke seksualiteten (Borg, 2017, s. 128). Poenget med dette nivået av PLISSIT-modellen er at sykepleier skal vise at pasientens opplevelser er normale. Sykepleieren bør derfor informere og veilede pasienten rundt fysiske forandringer som smerte, ubehag og vaginale endringer (McCallum et al., 2012). Nivå nummer tre i modellen heter «Specific Suggestions» og har som mål å gi råd slik at pasientene føler seg klar for å mestre konkrete situasjoner. Dette innebærer spesifikke forslag til løsninger på hvordan et seksualliv kan opprettholdes og utvikles (Borg, 2017, s. 129).

Kvinnene som fikk muligheten til å ha en dialog med helsepersonell om seksuelle endringer etter behandling av livmorhalskreft, forbedret sin seksuelle tilpasning betydelig. De hadde også lettere for å forsones seg med en ny livssituasjon, i motsetning til de kvinnene som ikke fikk muligheten til dette (Sekse et al., 2015). På alle de forskjellige nivåene i PLISSIT-modellen er det flere faktorer som skal være til hjelp for sykepleieren i samtale med pasient rundt temaet seksualitet etter behandling. Slik vi forstår modellen er den et veldig godt hjelpemiddel for sykepleieren og oppleves som enkel å anvende. Samtlige artikler nevner ikke bruk av denne modellen, selv om de aller fleste uttrykker behov for å snakke om temaet.

Dersom modellen hadde blitt anvendt i praksis, ville det vært en mulighet for annerledes resultater og at kvinnene ble ivaretatt tilstrekkelig.

Vi oppsummerer dermed at mangel på samtale, kunnskaper, kommunikasjonsferdigheter, sjenanse og barrierer rundt temaet seksualitet er faktorer som påvirker betydelig helhetlig ivaretagelse av pasienten. Vi mener at disse faktorene er av betydning for sykepleiers støtte, informasjon og veiledning til kvinnen, ved at overnevnte mangler kan få konsekvenser for livet videre etter behandling av livmorhalskreft. Samtale om seksuell helse og seksuelle utfordringer mellom helsepersonell og pasient vil være nyttig for alle som har gjennomgått behandling av kreft. Betydningen av sykepleierens støtte og informasjon kan bidra til å bevisstgjøre pasienten slik at hun kan ivareta sin egen seksuelle helse. For å skape en trygg og nødvendig samtale mellom sykepleier og pasient forutsettes det å ha en god relasjon mellom partene, økt kunnskap om temaet og at sykepleieren er villig til å tre ut av sin egen komfortsone for å kunne utøve helhetlig omsorg.

## 6 ANVENDELSE AV RESULTATENE I PRAKSIS/AVSLUTNING

Vi vil trekke frem hensikten med bacheloroppgaven nok en gang: å belyse viktigheten av informasjon og veiledning fra sykepleier, om hvordan kvinnen kan ivareta sin egen seksuelle helse etter behandling av livmorhalskreft. Etter arbeidet med denne litteraturbaserte oppgaven har vi fått ny kunnskap om hvor viktig støtte, informasjon og veiledning om seksuell helse er for kvinnen etter behandling av livmorhalskreft. Vi opplever det som nødvendig å løfte temaet seksuell helse i sykepleieutdanningen. Dette fordi det vil være viktig med kunnskap om seksuell helse, seksuelle utfordringer og hvordan dette oppleves for kvinnen, for å kunne møte pasienten med respekt, åpenhet og ydmykhet. Alle mennesker har som tidligere nevnt grunnleggende behov som skal bli tilfredsstillt. Det grunnleggende behovet for seksualitet er like viktig å få dekket som behovene for eliminasjon, søvn og hvile. Under samtaler med pasienter før, under og etter behandling, bør temaet seksualitet sidestilles med alle andre viktige tema man belyser under sykdomsforløp og behandling. Avdelinger der seksualitet kan relateres til pasienters sykdoms- og behandlingsforløp bør vurdere å implementere tydelige rutiner på hvordan dette kan ivaretas på lik linje som andre viktige områder innenfor sykepleieomsorgen. Nødvendigheten av god samtale mellom sykepleier og den kvinnelige kreftpasienten om hennes seksualitet må fremheves og erkjennes gjennom hele behandlingsperioden. Det skal ikke være slik at kvinnen selvstendig må oppdage seksuelle utfordringer, erkjenne dem, for så å forsone seg med sine utfordringer i ensomhet og stillhet. Disse kvinnene har i praksis nok å stri med fra før gjennom sitt sykdomsforløp og vanskelig kreftbehandling. Som snart nyutdannede sykepleiere vil vi særlig ta med oss viktigheten av å være bevisst på våre egne holdninger rundt seksualitet.

Alt i alt kan man konkludere med at støtte, informasjon og veiledning om seksualitet relatert til sykdom og behandling bør være en sentral del av det å utøve sykepleie. Sykepleiere må ikke forbli i sin egen sjenanse, men utfordres og oppfordres til åpen, inviterende og forståelsesfull dialog slik at kvinner som mottar kreftbehandling ivaretas på en helhetlig måte.

## REFERANSER

- Borg, T. (2017). Seksualitet. I A.M. Reitan & T.Kr. Schjølberg (Red.). *Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling* (4. Utg. s. 120-131). Oslo: Cappelen Damm.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, H & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Friberg, F. (Red). (2017). *Dags for oppsats*. (3. utgave). Lund: Studentlitteratur AB.
- Gamnes, S. (2016). Nærhet og seksualitet. Kristoffersen, N. J., Nortvedt. F., Skaug, E.-A & Grimsbø. G. H (Red.). *Grunnleggende sykepleie bind 2* (3.utg., 3.opplag s. 373-407). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Helsebiblioteket (2016, 03. juni). *PICO*. Lokalisert på:  
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>
- Helsedirektoratet (2020, 30. juni). *Seksuell helse – Lokalt folkehelsearbeid*. Lokalisert på:  
<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lokale-folkehelseiltak-veiviser-for-kommunen/seksuell-helse-lokalt-folkehelsearbeid>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell. (LOV-1999-07-02-64). Lokalisert på:  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Jacobsen, A. M. L. (2017). Sykepleieutfordringer ved kreft i kvinnelige kjønnsorganer. I A.M. Reitan & T.Kr. Schjølberg (Red.). *Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling* (4. Utg. s. 604-613). Oslo: Cappelen Damm.
- Jerpseth, H. (2016). Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. H. Almås, D. – G. Stubberud og R. Grønseth (Red.) *Klinisk sykepleie 2* (5.utg. s.133-168). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kreftregisteret. (2021, 22. februar). *Livmorhalskreft*. Lokalisert på:  
<https://www.kreftregisteret.no/Temasider/kreftformer/Livmorhalskreft/>

Kristensen, G. (2017). Kreft i kvinnelige kjønnsorganer. I A.M. Reitan & T.Kr. Schjølberg (Red.). *Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling* (4. Utg. s. 588-603). Oslo: Cappelen Damm.

Kristoff, A (2016). Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer. Ørn, Stein., Mjell, J. & Bach-Gansmo, E (Red.) *Sykdom og behandling* (2. utg. s. 401-417). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E. A & Grimsbø. G. H. (2016). Om sykepleie. Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A & Grimsbø. G. H (Red.). *Grunnleggende sykepleie bind 1* (3. utg., 3. opplag s.15-27). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

McCallum, M., Lefebvre, M., Jolicoeur, L., Maheu, C. & Lebel, S. (2012). Sexual health and gynaecological cancer: conceptualizing patient needs and overcoming barriers to seeking and accessing services. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynaecology*, ss, 135-142. DOI: 10.3109/0167482X.2012.709291.

Molven, O. (2016). *Sykepleie og jus* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Norsk sykepleieforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. NSF. Lokalisert på: <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient og brukerrettigheter. (LOV-1999-07-02-63). Lokalisert på: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Reitan, A. M. (2017). Klinisk kommunikasjon. I A.M. Reitan & T.Kr. Schjølberg (Red.). *Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling* (4. Utg. s. 104-118). Oslo: Cappelen Damm.

Sekse, J. T. R., Råheim, M. & Gjengedal, E. (2015). Shyness and openness – common ground for dialogue between health personnel and women about sexual and intimate issues after gynaecological cancer. *Health care for women international*, 36(11), 1255-1269. DOI: 10.1080/07399332.2014.989436.

Sykepleien. (2018). *Fra VIP til VUP – en kreftpasients fall i status*. Lokalisert på: <https://sykepleien.no/meninger/innsjutt/2018/11/fra-vip-til-vup-en-kreftpasients-fall-i-status>

Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Vermeer, W. M., Bakker, R. M., Kenter, G. G., Kroon, C. D. C., Stiggelbout, A. M. & Kuile, M. (2014). Sexual issues among cervical cancer survivors: how can we help women seek help? *Wiley Online Library*. DOI: 10.1002/pon.3663.

Vermeer, W. M., Bakker, R. M., Kenter, G., Stiggelbout, A. M. & Ter Kuile, M. M. (2016). Cervical cancer survivors' and partners' experience with sexual dysfunction and psychosexual support. *Supportive care in cancer*, 24(4), 1679-1687. DOI: 10.1007/s00520-015-2925-0.

Williams, N. F., Hauck Y. L. & Bosco, A. M. (2017).

Nurses' perceptions of providing psychosexual care for women experiencing gynaecological cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 30, 35-42. DOI: 10.1016/j.ejon.2017.07.006

World Health Organization. (2019). *Sexual health*. WHO. Lokalisert på:

<https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research/key-areas-of-work/sexual-health/defining-sexual-health>

## VEDLEGG

Vedlegg 1, tabell 3, oversiktstabell over valgte artikler:

<b>ARTIKKEL 1</b>	
Artikkelens tittel	Sexual health and gynaecological cancer: conceptualizing patient needs and overcoming barriers to seeking and accessing services.
Tidsskrift/årstall	Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynaecology, ss, 135-142. (2012).
Forfattere	McCallum, M., Lefebvre, M., Jolicoeur, L., Maheu, C. & Lebel, S.
Perspektiv	Pasienters erfaringer.
Problem	For å forstå pasientens oppfatning av sunn seksualitet, og for å øke effektiviteten av å kartlegge og håndtere pasientens behov, må potensielle barrierer håndteres og vurderes.
Hensikt/formål	Hensikten var å utforske kvinners subjektive erfaringer med seksuell helse som er behandlet for gynekologisk kreft, med fokus på å fylle hullene i dagens litteratur. Studiens mål var å få en beskrivelse av seksuell helse definert av kvinnen selv. Dette for å oppnå en klarere forståelse av ønskede tjenester blant denne pasientgruppen, og å identifisere eventuelle barrierer for deltakelse med fokus på seksualitet.
Metode (utvalg, analyse, mm)	Kvalitativ metode. Femten kvinner takket ja til å delta i et en-til-en semistrukturert intervju, som besto av fire hovedspørsmål. Alderen på deltakerne varierte fra 26 til 71 år, med et gjennomsnitt på 52 år. Ti av kvinnene var gift eller i et seriøst forhold, og fem var single eller enker. Datainnsamlingen og analysen var basert på retningslinjer til fortolkende beskrivelser. Intervjuene ble tatt opp og transkribert, og deltakeruttalelsene ble kodet tematisk ved hjelp av et dataanalyseprogram. Denne kvalitative tilnærmingen tar sikte på å skape en sammensetning av hovedtemaene. Samlet sett fører denne typen datainnsamling og analyse til beskrivelse og forståelse av praktisk kunnskap fra flere unike menneskelige erfaringer.



Resultater	<p>Definisjoner av sunn seksualitet inkluderte i dette studiet et endret kroppsbilde, seksuelt selvbilde, følelsesmessig intimitet og seksuell respons fra seg selv og partner. Uoppfylte seksuelle behov ble rapportert når kvinners nåværende seksuelle opplevelser ikke samsvarte med deres subjektive oppfatning av sunn seksualitet. De aller fleste kvinnene ønsket informasjonstjenester gitt en-til-en, eller gjennom skriftlig materiale. De yngre kvinnene benyttet seg sjeldent av ulike tjenester på grunn av praktiske barrierer og følelsesmessig unngåelse. De eldre kvinnene rapporterte derimot at stigma og sjenanse var noen av årsakene til at de unnlot å diskutere seksualitet med helsepersonell.</p> <p>Flere av deltakerne beskrev et gjensidig forhold mellom fysiske, psykologiske og mellommenneskelige opplevelser som hadde innvirkning på deres seksualitet og syn på seg selv.</p>
<b>ARTIKKEL 2</b>	
Artikkelens tittel	Shyness and openness – common ground for dialogue between health personnel and women about sexual and intimate issues after gynaecological cancer.
Tidsskrift/årstall	Health care for women international, 36(11), 1255-1269. (2015).
Forfattere	Sekse, J. T. R., Råheim, M. & Gjengedal, E.
Perspektiv	Pasienters erfaringer.
Problem	Antall overlevende etter gynekologisk kreft øker på grunn av mer effektiv og bedre behandling. Denne økningen av kreftoverlevende skaper et behov for mer kunnskap om seksuelle og intime problemer, samt god livskvalitet og bivirkninger etter gynekologisk kreft.
Hensikt/formål	Utforske beskjedenhet og åpenhet relatert til intimitet og seksualitet hos kreftoverlevende kvinner, og hvordan de opplevde samtaler med helsepersonell om temaet. Hensikten var å finne ut hvordan kvinnene beskrev deres måter å håndtere seksuelle endringer og intimitet på, og hvordan dialog med helsepersonell om slike temaer ble gjennomført. Dette bør være av interesse internasjonalt for alt helsepersonell som er involvert med kvinner som har overlevd gynekologisk kreft, og som er i ferd med å tilpasse seg en forandret kvinnekropp.

Metode (utvalg, analyse, mm)	<p>Kvalitativ tilnærming med individuelle dybdeintervjuer av 16 kreftoverlevende kvinner.</p> <p>Studien er forankret i et livsperspektiv og er basert på en fenomenologisk tilnærming. 32 kvinner ble invitert til å delta, og 16 aksepterte. Kvinnene i studien var mellom 39 og 66 år, med et gjennomsnitt på 56 år. Alle bodde sammen med en ektefelle, og de fleste hadde ett eller flere barn, og anså seg som ferdig med fødsel. Alle kvinnene hadde blitt operert, tretten hadde fjernet livmoren og eggstokkene, to hadde bare fjernet livmoren og en hadde fjernet livmoren og en eggstokk. Fem av kvinnene hadde fått tilleggsbehandling.</p> <p>Intervjuene ble spilt inn og transkribert ordrett. Analysen ble utført i samarbeid med alle forfatterne, og etter transkriberingen ble hver tekst lest nøye for å få en generell forståelse. Her ble viktige ord og emner lagt merke til og markert. Tre kjernetemaer med undertemaer dukket opp med fokus på kvinners beskrivelser av håndtering av endringer knyttet til seksualitet og intimitet.</p>
Resultater	<p>Resultatene viser at kvinner som har overlevd gynekologisk kreft og helsepersonell deler et felles grunnlag som mennesker ettersom at sjenanse og åpenhet er grunnleggende menneskelige fenomener. Kvinnene ønsket å snakke med helsepersonell om deres endrede kvinnelige kropper, og hvilken innvirkning kreft ville ha på deres seksuelle liv og forhold. De fleste kvinnene ønsket imidlertid at helsepersonell skulle ta initiativ til slike samtaler og aktivt ta opp temaet.</p> <p>I funnene avsløres det også at helsepersonellet sjelden innledet dialog med kvinnene om seksualitet. Mangelen på dialog og veiledning så ut til å forsterke kvinnenens sjenanse. Selv om helsepersonell ikke innledet til dialog med kvinnene, viser studien at de i noen tilfeller svarte kort kvinners intime spørsmål uten noen videre invitasjon.</p> <p>Det ble formidlet en følelse av sårbarhet og krenkelse på grunn av mangel på informasjon rundt kroppslige endringer med konsekvenser for kvinnenens seksuelle liv og intimitet.</p>

<b>ARTIKKEL 3</b>	
Artikkelens tittel	Cervical cancer survivors' and partners' experience with sexual dysfunction and psychosexual support.
Tidsskrift/årstall	Supportive care in cancer, 24(4), 1679-1687. (2016).
Forfattere	Vermeer, W. M., Bakker, R. M., Kenter, G., Stiggelbout, A. M. & Ter Kuile, M. M.
Perspektiv	Pasienters og partneres erfaringer.
Problem	Mange pasienter og partnere opplever et behov for psykoseksuell støtte, men den gitte informasjonen og omsorgen er generelt begrenset. Psykoseksuell støtte bør gå utover aspekter som seksuell nød, partnerperspektiv og relasjonstilfredshet. I tillegg bør det bli tilbudt mer praktisk og betryggende informasjon om seksualitet etter behandling av livmorhalskreft. Dette vil være verdifullt både for pasienten, men også deres partnere.
Hensikt/formål	Utforske overlevende av livmorhalskreft og deres partneres erfaringer med seksuelle dysfunksjoner, psykoseksuelle helsebehov og psykoseksuell støtte.
Metode (utvalg, analyse, mm)	Kvalitativ metode. Semistrukturerte intervjuer ble gjennomført med kreftoverlevende og deres partnere. En målrettet prøvetakingsstrategi ble brukt med sikte på å rekruttere omtrent 30 deltakere som hadde overlevd livmorhalskreft. Alle deltakerne med partner ble bedt om å be partneren sin om å delta. Av de 30 deltakerne var det 26 med partner, hvor 12 partnerne valgte å delta. De mest nevnte årsakene til å ikke delta var at emnet ble for intimt eller skremmende.  En-til-en intervjuer ble utført enten i et privat rom på sykehuset eller hjemme hos deltakeren. Det ble valgt å gjennomføre intervjuene med deltaker og partner hver for seg, for å gjøre det lettere å snakke fritt om ulike opplevelser. Alle intervjuene ble tatt opp og transkribert ordrett. Temaer som ble diskutert var virkningen av kreftbehandling relatert til seksuell funksjon, informasjon og omsorgstilbud og psykoseksuelle helsebehov.

Resultater	<p>Å betrakte seksualitet som et tabu hindret flere deltakere i å søke hjelp. De fleste deltakerne rapporterte at de ble spurt om sin seksuelle funksjon, selv om oppmerksomheten for seksuell funksjon ofte var begrenset og medisinsk orientert. Mange deltakere ønsket informasjon om konsekvenser etter behandling av livmorhalskreft, praktiske råd og forsikring om hva som er normale opplevelser.</p> <p>Omtrent halvparten av deltakerne hadde fått kroppslige endringer som hadde ført til et negativt kroppsbilde og usikkerhet. Mer enn halvparten av deltakerne opplevde en nedgang av interesse for sex etter behandling.</p> <p>Noe som ville være nyttig på veien til forsoning for kvinnen er å spørre dem om deres ideer med hensyn til fremtidens psykoseksuelle støttetjenester, som vil være verdifullt for å identifisere hva som fungerer og ikke.</p>
<b>ARTIKKEL 4</b>	
Artikkelens tittel	Sexual issues among cervical cancer survivors: how can we help women seek help?
Tidsskrift/årstall	Wiley Online Library. (2014).
Forfattere	Vermeer, W. M., Bakker, R. M., Kenter, G. G., Kroon, C. D. C., Stiggelbout, A. M. & Kuile, M.
Perspektiv	Pasienters og partners erfaringer.
Problem	Mange livmorhalskreftoverlevende har psykoseksuelle helsebehov, selv om få oppsøker profesjonell hjelp. Kvinner og deres partnere bør få tilgang til seksuelle helsetjenester.
Hensikt/formål	Utforske hvordan helsepersonell kan hjelpe overlevende til å søke profesjonell hjelp, informasjon og veiledning om seksuelle utfordringer. Mange kvinner er blitt behandlet for livmorhalskreft rapportere om seksuelle plager og nød. Det er viktig å kartlegge kvinnenes og deres partners seksuelle helsebehov.

Metode (utvalg, analyse, mm)	<p>Kvantitativ metode. 541 av 770 responderte på invitasjon til studien, og 343 av dem fullførte et spørsmålsskjema i tillegg.</p> <p>En tverrsnittsundersøkelsesstudiet ble utført i en kohort av kvinner som har hatt livmorhalskreft. Gjennomsnittsalderen på kvinnene var 49 år, og deres partners gjennomsnittsalder var 51 år. Spørsmålene gjaldt profesjonelle helsebehov og preferanser angående seksuelle helsetjenester.</p> <p>Den hyppigst nevnte årsaken til å ikke delta var at temaet var opprørende og intimt.</p>
Resultater	<p>61% av mente at helsepersonell ikke hadde tilstrekkelig informert kvinnene om mulige konsekvenser etter kreftbehandling relatert til seksualitet. Så få som 26% av kvinnene mente at helsepersonell hadde nok tid til å snakke med dem om deres seksuelle utfordringer. De fleste kvinnene anså også at det var ønskelig at partner var involvert gjennom hele forløpet. Et stort flertall av kvinnene og deres partnere hadde satt pris på å motta informasjon om seksualitet og livmorhalskreft. Behovet for psykoseksuell støtte bør starte før behandling til mer enn et år etter behandling.</p>
<b>ARTIKKEL 5</b>	
Artikkelens tittel	Nurses' perceptions of providing psychosexual care for women experiencing gynaecological cancer.
Tidsskrift/årstall	European Journal of Oncology Nursing, 30, 35-42. (2017).
Forfattere	Williams, N. F., Hauck Y. L. & Bosco, A. M.
Perspektiv	Sykepleieres erfaringer.
Problem	<p>Det er faktorer som påvirker tilbudet sykepleieren gir om psykoseksuell omsorg, og det varierer mellom sykepleiere. Kvinner har uttrykt et ønske om at helsepersonell skal gi informasjon, støtte og omsorg knyttet til psykoseksuelle problemer. Sykepleiere har en støttende og terapeutisk rolle for pasienter og det er helt avgjørende for å kunne utøve helhetlig omsorg. Til tross for dette, er tilbudet om psykoseksuell omsorg og støtte dårlig adressert av helsepersonell.</p>

Hensikt/formål	Utforske sykepleieres tolkning og syn på tilbudet av psykoseksuell omsorg for kvinner som gjennomgår gynekologisk kreftbehandling, og hvordan dette stemmer overens med sykepleiere verden over.
Metode (utvalg, analyse, mm)	<p>Kvalitativ tilnærming ble valgt for å få innsikt i sykepleieres perspektiver og deres virkelighet rundt å gi psykoseksuell omsorg. 17 kvinnelige sykepleiere deltok i en-til-en intervjuer. De ble bedt om å beskrive deres oppfatninger og identifisere faktorer som letter eller utfordrer psykoseksuell omsorg.</p> <p>Kvalitativ metode er hensiktsmessig når man undersøker sykepleieres oppfatninger som fokuserer på individers erfaringer. Gynekologiske sykepleiere som både jobber på poliklinikk og gynekologiavdeling ble invitert til å delta.</p> <p>Semistrukturerte intervjuer ble valgt som datainnsamling, for å maksimere mengden og kvaliteten på informasjonen som ble formidlet. Intervjuene ble registrert digitalt og transkribert for analyse. Temaene som kom frem ble forkortet til koder, og etter hvert som nye ideer dukket opp i dataene, ble nye koder generert. Dataanalysen avdekket fem temaer som identifiserte elementene som påvirket tilbudet av psykoseksuell omsorg.</p>
Resultater	<p>Det ble funnet manglende klarhet rundt sykepleieres forventninger om å gi psykoseksuell omsorg, hvem sitt ansvar det er og hva som skal diskuteres. Viktigheten av et tillitsfullt forhold mellom sykepleier og pasient, var ifølge sykepleierne nøkkelen til å ha en dialog om psykoseksuelle spørsmål. Flere av kvinnene uttrykte et behov og ønske om at helsepersonell skulle gi tilstrekkelig informasjon og støtte relatert til psykoseksuelle problemer.</p> <p>Anbefalte strategier for å forbedre tjenestetilbudet inkluderer retningslinjer for å integrere vurdering av psykoseksuelle spørsmål som standardomsorg og implementere utdanningsprogrammer som fokuserer på å forbedre sykepleiernes tillit og kommunikasjonsevner. I studien ble det identifisert at manglende kunnskap, opplæring, erfaringer og ressurser var noen av årsakene for at sykepleier ikke ga tilstrekkelig psykoseksuell støtte knyttet til seksualitet.</p>