

BSYBAC_6
Bacheloroppgave i Sykepleie

Livmorhalskreft og seksuell helse



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet
Bachelor i Sykepleie

(Stavanger, 03.01.2023)

1593 & 1652

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

Sammendrag

Bakgrunn

I 2021 fikk 345 kvinner livmorhalskreft i Norge (Kreftregisteret, u.å.). Forskning viser at denne pasientgruppen ofte ikke er tilfreds med informasjonen de får, omhandlende endringer som kan oppstå i den seksuelle helsen etter gjennomgått behandling for livmorhalskreft (Jerpseth, 2017, s. 141; Gilbert & Ussher, 2016). Forskningen viser også at kvinner ofte er lite fornøyd med sykepleierne sin holdning til å ta opp temaet seksuell helse eller seksuelle problemer (Jerpseth, 2017, s. 141). Gjennom økt kunnskap rettet mot temaet seksuell helse og sykepleierens rolle, ønsker vi å bidra med at holdninger rundt seksualitet endres til økt åpenhet og tillit mellom sykepleier og kvinnen under samtalene.

Hensikt

Hensikten med oppgaven er å få frem viktigheten med god informasjon rundt seksuell helse hos kvinner som har gjennomgått behandling for livmorhalskreft. Vi vil finne ut mer om sykepleierne gir god nok informasjon til kvinnene, og om informasjonen er pasientrettet og inneholder relevant kunnskap.

Metode

Denne oppgaven er en litteraturstudie som innebærer at vi samler inn data fra ulike forskningsartikler (Friberg, 2017, s. 142). Gjennom å se på andres opplevelse og erfaringer med samtaler rundt seksuell helse etter gjennomgått behandling for livmorhalskreft, vil vi kunne få relevant data til å besvare våre spørsmål. Derfor valgte vi å kun inkludere kvalitative studier i denne oppgaven, da vi vurderer at denne metoden vil svare best mulig på problemformuleringen vår.

Resultater

Resultatene viser at sykepleiere synes det er utfordrende å snakke om seksuell helse med kvinner som har gjennomgått behandling for livmorhalskreft. Grunnen til dette er at de føler på mangel på kunnskap om temaet og kunnskap om samtale rundt temaet med kvinnene. Kvinnene forteller også at de føler at det er mangel på informasjon rundt endringer etter gjennomgått behandling for livmorhalskreft og konsekvensene dette medfører.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	5
1.2 Problemformulering.....	5
1.3 Begrepsforklaring	6
1.4 Hensikten med oppgaven	6
2.0 Teoretisk referanseramme	6
2.1 Livmorhalskreft, behandling og senskader.....	6
2.2 Sykepleierens rolle.....	8
2.3 Seksuell helse	9
2.4 PLISSIT-modellen.....	10
2.5 Travelbee og Menneske-til-menneske-forhold.....	12
3.0 Metode.....	13
3.1 Hva er metode?	13
3.2 Anvendt metode og begrunnelse	14
3.3 Litteratursøk.....	14
3.3.1 Valg av databaser.....	14
3.3.2 Valg av søkeord og søkeprosess	14
3.4 Valg av artikler	15
3.4.1 Analyse	17
4.0 Resultat	17
4.1 Sykepleier syns det er utfordrende å snakke om seksuell helse	17
4.1.1 Mangel på kunnskap om hvordan ta opp temaet seksuell helse	18
4.2 Kvinners ønsker og behov etter gjennomgått behandling for livmorhalskreft	19
4.2.1 Kvinners behov for informasjon, støtte og medfølelse.....	19
5.0 Diskusjon	21

<i>5.1 Metodediskusjon</i>	21
<i>5.2 Resultatdiskusjon</i>	22
5.2.1 Mangel på kunnskap og kvinners behov	22
5.2.2 Sykepleierens ansvar og perspektiv	24
5.2.3 Tilbud om å inkludere partner.....	24
6.0 Anvendelse i praksis / avslutning	25
7.0 Referanse	27
8.0 Vedlegg	30
<i>Vedlegg 1: Søkelogg</i>	30
<i>Vedlegg 2: Litteratormatrise</i>	31

Antall ord: 7981

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I 2021 fikk 345 kvinner livmorhalskreft i Norge (Kreftregisteret, u.å.). Dette er en sykdom som rammer unge kvinner, og i 2021 var det 29 kvinner under 30 år som ble diagnostisert med livmorhalskreft, og i alderen 30-40 år, ble 67 kvinner diagnostisert (Kreftregisteret, u.å.). I 1960-årene ble det i Norge, startet et internasjonalt livmorhals-program for å tidlig oppdage eventuelle celleforandringer i livmorhalsen før det utvikler seg til kreft. Alle kvinner mellom 25-69 år får fremdeles tilbud om å ta celleprøve hvert tredje år (Kristoff, 2019, s.409), og i år 2021 tok hele 428 006 kvinner screeningprøver (Kreftregisteret, 2022, s. 18). Med tanke på at mange kvinner blir diagnostisert med livmorhalskreft årlig, vil trolig flere sykepleiere møte disse kvinnene enten i sykehus, hjemmetjenesten eller andre institusjoner. Derfor er det viktig at sykepleiere har den kunnskapen som trengs for å ivareta denne pasientgruppen på best mulig måte, både i forhold til fysiske og det psykiske aspektet. Under dette kommer alle de grunnleggende behovene og helhetlig omsorg, som også innebærer den seksuelle helsen (Kristoff, 2019, s.409).

Forskning viser at denne pasientgruppen ofte ikke er tilfreds med informasjonen de får omhandlende endringer som kan oppstå i den seksuelle helsen etter gjennomgått behandling for livmorhalskreft (Jerpseth, 2017, s. 141 & Gilbert & Ussher, 2016). Forskningen viser også at kvinner ofte er lite fornøyd med sykepleierne sin holdning til å ta opp temaet seksuell helse eller seksuelle problemer (Jerpseth, 2017, s. 141). Gjennom økt kunnskap rettet mot temaet seksuell helse og sykepleierens rolle, ønsker vi å bidra med at holdninger rundt seksualitet endres til økt åpenhet og tillit mellom sykepleier og kvinnen under samtalen. Oppgaven vil ta for seg PLISSIT-modellen som er et godt hjelpemiddel for sykepleier i hvordan en skal snakke om, og ta opp temaer knyttet til seksuell helse med kvinnen.

1.2 Problemformulering

Kvinner som har gått gjennom behandling for livmorhalskreft kan få utfordringer relatert til den seksuelle helsen (Kristensen, 2019, s. 596). Selv om dette er et problem som mange erfarer, er det et tema som det blir lite snakket om. Grunnen til at det blir lite snakket om kan tenkes å være mangel på kunnskap om hvordan sykepleier skal ta opp temaet seksuell helse med kvinnen. En kan både som sykepleier og pasient syns at det er utfordrende å snakke om den seksuelle helsen, og eventuelle utfordringer som kan oppstå etter gjennomgått behandling

for livmorhalskreft. Samtidig er sykepleier pliktig gjennom lovverket, til å gi informasjon til kvinnen rundt endringer etter gjennomgått behandling, også rettet mot seksualitet (NSF, u.å.). Det er derfor viktig at sykepleier gjennom utdanning og arbeidsplassen får god kunnskap om hvordan snakke om seksuell helse med kvinnene. Gjennom å få mer kunnskap innenfor dette området, kan en skape tryggere rammer og mer åpenhet rundt temaet seksuell helse rettet mot kvinner med livmorhalskreft.

1.3 Begrepsforklaring

Videre gjennom oppgaven kommer vi til å referere til kvinner også når det er snakk om pasienter. Vi bruker også kvinnen selv om artiklene og litteraturen har brukt pasienten, men direkte sitat har vi ikke gjort endringer på i forhold til dette. Vi velger å gjøre det på denne måten for å unngå misforståelser, så vi holder oss til et av begrepene, som blir kvinnen i denne oppgaven. Under avsnittet om Travelbee har vi valgt å bruke pasient isteden for kvinnen da det er slikt Travelbee forklarer menneske-til-menneske-forholdet. Vi valgte derfor å bruke pasient under denne overskriften for å få en ordentlig forståelse av begrepet Travelbee snakker om.

1.4 Hensikten med oppgaven

Hensikten med oppgaven er å belyse viktigheten med god informasjon rundt seksuell helse hos kvinner som har gjennomgått behandling for livmorhalskreft. Videre vil vi finne ut mer om sykepleierne gir god nok informasjon til kvinnen, og om informasjonen er pasientrettet og inneholder relevant kunnskap.

2.0 Teoretisk referanseramme

2.1 Livmorhalskreft, behandling og senskader

Livmorhalskreft har et langsomt utviklingsløp og HPV-viruset har stor medvirkning til denne utviklingen. De fleste kvinner som blir smittet av viruset blir kvitt infeksjonen etter en tid, men hos noen vil viruset påvirke celledelingen, og danne forandring som kan føre til tidlig stadier til kreft (Kristoff, 2019, s.409). Dersom celleprøven viser celleforandringer i et mildt stadium vil det bli fulgt opp med ny celleprøve hvert tolvte måned, for å se om det går over av seg selv eller utvikler seg videre. Det vil bli fulgt opp til prøvene blir normale og HPV-testen er negativ, da går det over igjen til nye innkallelser hvert tredje år (Kristensen, 2019, s. 594).

Behandlingen for livmorhalskreft bestemmes ut fra hvilket stadium sykdommen befinner seg på og hvor svulsten sitter. Behandlingen det velges mellom er kirurgi, cellegift og strålebehandling. Kirurgi kan for eksempel være en konisering, som blir gjort dersom celleprøven har vist høygradige celleforandringer. En konisering innebærer å kirurgisk fjerne en liten bit av livmorhalsen. Operasjonen foregår som regel under lokalbedøvelse på en operasjonsstue og tar kort tid. Dersom celleforandringene har utviklet seg til kreft vil Wertheims operasjon være det vanligste kirurgiske inngrepet å utføre. Livmoren, livmorhalsen og støttevev omkring vil bli operert bort, samt øvre del av skjeden og noen lymfeknuter i bekkenet vil også bli fjernet. Denne operasjonen er aktuell når svulsten er lokalisert i livmorhalsen. Avhengig av operasjonsresultatet kan det være aktuelt med strålebehandling i etterkant av operasjonen. Strålebehandling benyttes også der svulsten har vokst utenfor livmorhalsen også ofte i kombinasjon med cellegift (Kristensen, 2019, s. 595). Strålebehandling skjer både innvendig gjennom radioaktive kilder som plasseres i livmorhalsen og utvendig stråling rettet mot bekken området. Cellegift kan ha ulike formål rettet mot livmorhalskreft: helbredelse, gjøre svulsten mindre før operasjon eller strålebehandling, drepe kreftceller som kan finnes andre steder i kroppen, holde sykdommen i sjakk og minske plager som svulsten forårsaker (Kreftforeningen, 2022).

Rehabilitering i etterkant av behandling kan gi kvinnene en raskere mulighet til å komme tilbake til hverdagen og å få hjelp til å håndtere endringer som følger av sykdommen og behandlingen. Rehabiliteringsperioden og hva kvinnene trenger varierer og er individuelt (Kreftforeningen, 2022).

For flere kvinner kan det å få en kreftdiagnose endre livet og kan oppleves både tungt mentalt så vel som fysisk. Yteevne, energinivået og seksualfunksjonen kan bli redusert og noen kan få senskader. Ikke alle vil få senskader i alvorlig grad, men de aller fleste opplever plager som for eksempel tørrhet og lite elastisitet i skjeden (Kristensen, 2019, s. 596). Etter gjennomgått strålebehandling mot bekkenområdet vil yngre kvinner komme i en kunstig fremstilt overgangsalder. Stråling mot eggstokkene gjør at hormonproduksjonen stanser, dette kan behandles med hormoner som hjelper på de fysiske plagene, men det kan oppleves psykisk belastende for kvinnen. Flere kan oppleve tørrhet og lite elastisitet i skjeden som kan gi smerter under samleie, samt småblødninger. Det er derfor viktig å snakke om samliv og

seksualitet sammen med kvinnen og eventuell partner rundt temaet og utfordringer som kan oppstå. Med en åpen og trygg relasjon vil sykepleieren kunne gi veiledning og råd for både kvinnen og partneren hennes (Kristensen, 2019, s. 596).

2.2 Sykepleierens rolle

“Å stå i en relasjon til et annet menneske innebærer at vi selv også påvirkes av den andre personens situasjon” (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s.90). Som sykepleier må en være personlig i møte med menneskene man møter. En må bygge tillit til en man ikke kjenner, og en må forholde seg til både kvinnen og pårørende. Forholdet mellom sykepleieren og kvinnen skal være et profesjonelt hjelpeforhold, og som sykepleier er du forpliktet både etisk og juridisk til å ivareta kvinnene (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s.91). Sykepleierens holdninger og væremåte spiller en viktig rolle for det å etablere en terapeutisk relasjon. Holdningene vi har kommer til syne i konkrete situasjoner og skaper et inntrykk av hvordan vi er som mennesker. Disse viser seg i bruk av kroppen, i stemmen og blikkene sykepleierne gir. Man er selv ansvarlige for våre holdningsmessige reaksjoner, og i samarbeid med andre mennesker må noen av holdningene tilpasses den aktuelle situasjonen (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s.111).

En kvinne trenger å føle seg sett og møtt på en unik måte og som et enkelt individ. Sykepleieren må kunne gi følelsesmessig støtte, ivareta og bry seg om kvinnen. Møter man kvinnen på denne måten vil det skape en god relasjon og kvinnen føler seg sett og møtt. For å kunne uttrykke støtte på en følelsesmessig måte trenger sykepleieren å være til stede, overvåke og følge opp kvinnen. Å være til stede som sykepleier er du der for kvinnen ved å bruke tid hos henne, kontrollerer kvinnen ofte og se hele mennesket. Overvåking og oppfølging blir møtt med at sykepleieren vet hvordan hun/han skal utføre en samtale, forstå og vet når kvinnen trenger mer informasjon og kan ta vurderinger på når andre fagfolk skal tas inn. (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s.115).

I forhold til sykepleierens rolle rundt temaer seksuelliv og seksuelle problemer, er det først og fremst viktig å arbeide ut fra de yrkesetiske retningslinjer (Norsk sykepleieforbund 2011).

Alle helseprofesjoner har regelverk som setter grenser for hva som er rett og galt, som hjelper oss i møte med seksuelle problemstillinger (Gamnes, 2016, s.398). Som enkelt individ vil ens holdninger rundt seksualitet bli påvirket av myter, religion, oppvekstmiljø og hvilken

gruppetilhørighet en er i. Det er viktig å være klar over at andres holdninger kan være annerledes enn sine egne. Før en skal snakke om det intime og seksuell helse bør en selv ha tenkt gjennom hva en mener er vanlig og uvanlig, riktig eller galt. Dette er noe som man ikke bare kan lese seg opp til. Man må ha kunnskap om kommunikasjon, holdninger og etikk knyttet til seksuelle problemstillinger (Gamnes, 2016, s.398). For å kunne ta opp temaer rundt seksuell helse er det viktig at sykepleieren og kvinnen har skapt et godt tillitsforhold og at det er tillatt å ta opp spørsmål og snakke om seksualitet. Hvis den gode og trygge relasjonen er på plass kan sykepleieren være med å veilede og gi råd til kvinnen dersom problemstillingen ikke krever en spesialist. I disse tilfellene trenger sykepleieren kunnskap om hvilke andre tilbud og spesialister som finnes, som nevnt i beskrivelsen av PLISSIT-modellen (Gamnes, 2016, s.399).

2.3 Seksuell helse

Seksualiteten er en del av å være et menneske. Det er et grunnleggende behov og er grunnleggende for oppfatningen av oss selv og selvbildet vårt (Jerpseth, 2017, s.140). Det kan være vanskelig å definere hva seksualitet er da det er et stort og komplekst fenomen. Det finnes allikevel flere definisjoner. (Jerpseth, 2017, s.140). I oppgaven vår har vi valgt å bruke helsedirektoratet sin definisjon på seksuell helse. "Seksuell helse er definert som fysisk, psykisk, emosjonelt og sosialt velvære relatert til seksualitet" (Helsedirektoratet, 2021).

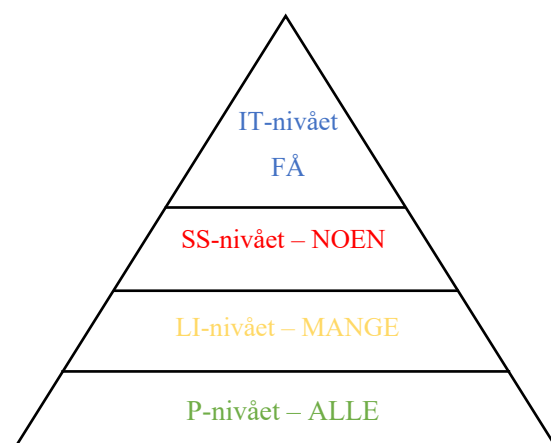
Som sykepleier er det viktig med åpenhet, støtte og tilgjengelighet ovenfor kvinnene som har gjennomgått behandling for livmorhalskreft. Samtidig viser, som nevnt, forskning at kvinnene ofte er lite fornøyd med sykepleierne sin holdning til å ta opp temaet seksuell helse eller seksuelle problemer (Jerpseth, 2017, s. 141). I en studie gjennomført av Gilbert & Ussher (2016) fant de at det var misnøye med sykepleier sin manglede vilje til å snakke om seksuell helse. Dette kan indikere at sykepleieres evne til å ta opp temaer omhandlerende seksuell helse har forbedringspotensial. Samtidig, er det viktig at kvinnen kan legge premissene for hvor åpen hun ønsker å være rundt seksuell helse, men at sykepleier legger opp til at kvinnen kan åpne seg opp, stille spørsmål og få den informasjonen hun trenger og har rett på (Jerpseth, 2017, s. 141). Som sykepleier er man pliktig til å informere om endringer som kan skje i den seksuelle helsen etter gjennomgått behandling av livmorhalskreft. I de yrkesetiske retningslinjer står det «sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg» (NSF, u.å.). Helhetlig omsorg handler også om å gi den informasjonen

kvinnen har rett på. I pasient – og brukerrettighetsloven § 3-2: «Pasienten skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger» (Pasient - og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2). Dette innebærer også at sykepleiere er pliktig til å informere om endringer som kan oppstå i den seksuelle helsen til kvinnen.

Sykepleierne har i oppgave å veilede og undervise kvinnene som har behov for det. De har også i oppgave å informere om eventuelle hjelpemidler og hvordan de brukes (Jerpseth, 2017, s.141). Som sykepleier kan man synes at det er et utfordrende tema å snakke om. Man kan være redd for å trække feil og trå over kvinnens grenser. Men for kvinnene er det viktig å få den informasjonen hun trenger og da kan PLISSIT-modellen være et fint hjelpemiddel å ta i bruk. PLISSIT-modellen er en nyttig og god veileder å bruke når en skal snakke med kvinnene om seksuell helse.

2.4 PLISSIT-modellen

PLISSIT-modellen er en modell som beskriver ulike nivåer en kan snakke om og behandle seksuelle problemer på. Modellen ble presentert av Jack Annon i 1976, men ble bearbeidet sammen med Robinson i 1978 (Gamnes, 2016, s.399). PLISSIT står for Permission, Limited Information, Specific Suggestions, Intensive Therapy. (Tillatelse, begrenset informasjon, spesifikke forslag og intensiv terapi). PLISSIT-modellen er et godt utgangspunkt når en skal arbeide med seksualitet og seksuelle problemstillinger. Modellen fremstiller 4 nivåer som er basert på informasjonsbehov (se figur 1.). Det første nivået er for alle, og videre opp i nivåene blir informasjonen mer spesifikk og mer rettet mot færre personer. På det øverste nivået er det kun noen få som befinner seg. Det vil si at det bare er de aller færreste som trenger eksperthjelp og at de fleste kan få hjelp og veiledning av mange forskjellige profesjoner med en viss grad av kunnskap om sexologi og samlivsrådgivning, for eksempel sykepleiere (Gamnes, 2016, s.399).



Figur 1: PLISSIT-modellen

P-nivået – Permission/tillatelse:

Et nivå for alle, der det gis rom for å snakke om seksualitet i sin alminnelighet. Sykepleieren må være villig til å snakke om seksuell helse, om det er å informere eller å bare lytte til kvinnen. Hun trenger kanskje tid til å reflektere over sin situasjon etter gjennomgått for eksempel operasjon som fjerner livmoren, men som sykepleier vil det være galt og unngått å stille spørsmål knyttet rundt utfordringer rettet mot samliv og seksualitet (Borg, 2019, s. 127). Det kreves ingen utdanning på dette nivået, bare trygghet med hensyn til å snakke om seksualitet. Innenfor hele helsevesenet og velferdssystemet der mennesker er i kontakt med profesjonelle fagpersoner, bør det alltid tilrettelegges for, og signalisere, at det er tillatt å snakke om seksualitet (Gamnes, 2016, s.399).

LI-nivået – Limited Information/begrenset informasjon:

Et nivå for mange, der det gis enkel og saklig informasjon om seksualitet på generell basis. Dette er informasjon om for eksempel konsekvenser under og etter behandling, endringer i kroppsbilde og når man kan ha samleie igjen etter fjerning av livmoren (Borg, 2019, s 128). Her kan informasjonen gis både skriftlig og muntlig, gjennom muntlig informasjon kan en lettere avdekke misforståelser og svare på eventuelle spørsmål. Denne generelle informasjonen kan du finne på legekontorer, hos helsesøster, rådgivnings klinikker og blant sykepleiere på sykehuset (Gamnes, 2016, s.399).

SS-nivået – Specific Suggestions/spesifikke forslag:

Et nivå for noen som trenger å få stille spørsmål omkring sin situasjon og trenger veiledning og spesifikke forslag tilpasset dem. Eksempler på dette nivået kan være samleiestillinger etter

livmorhalskreft, masturbasjonsmetoder, seksuelle hjelpemidler eller forslag på å oppsøke instanser der de er kjent med tilsvarende problematikk (Borg, 2019, s 128). Dette er et nivå som ikke blir dekket under utdanning innen helsefag som for eksempel sykepleie, og en må tilegne seg mer kunnskap rundt problematikker som kan oppstå (Gamnes, 2016, s.399).

IT-nivået – Intensive Therapy/intensiv terapi:

Dette nivået er for de få som har behov for et spesialisert behandlingstilbud. Her krever det sexologisk behandling i samspill med psykoterapi, kirurgi, hormoner eller liknede. Dette er behandling rettet mot kjønnsidentitetsproblematikk og spesielle seksuelle dysfunksjoner. Her krever det spesialkompetanse fra fagpersoner innen psykoterapi og sexologi og behandlingen foregår på sentrale og regionale sexologiske kompetansesentre (Gamnes, 2016, s.400).

Som forklart tidligere trenger ikke sykepleier være sexologer for å kunne gi råd og veiledning rundt det som inngår i seksuell helse. En sykepleier kan gi god hjelp ved å formidle trygghet og tillatelse til å snakke om temaet, og ha kunnskap, selvinnsikt og empati for kvinnen. PLISSIT-modellen er ikke bare egnet for samtale mellom kvinnen og sykepleier, men kan også brukes i grupper for å informere og veilede flere. Eksempler på dette kan være veiledning og informasjon i støttegrupper for personer som har gjennomgått behandling for livmorhalskreft, eller informere om ulike hjelpemidler for problematikk som er vanlig å møte på etter operasjon i underlivet. Når en informerer og veileder rundt seksuelle temaer gir en også tillatelse til å snakke om det seksuelle (Gamnes, 2016, s.400). Vår oppgave kommer vi til å fokusere på nivåene opp til spesialist nivået, (P-, LI- og SS-nivåene).

2.5 Travelbee og Menneske-til-menneske-forhold

«Menneske-til-menneske-forhold i sykepleiesituasjonen er virkemidlet som gjør det mulig å oppfylle sykepleiers mål og hensikt, nemlig å hjelpe et individ (eller familie) med å forebygge eller mestre sykdom og lidelse og med å finne meninger i disse erfaringene» (Travelbee, 1999, s. 171).

Joyce Travelbee mente at en profesjonell sykepleier har som oppgave å skape et menneske – til – menneske – forhold. «Menneske-til-menneske-forhold kommer ikke «av seg selv». Det bygges opp dag for dag mens sykepleieren samhandler med den syke og med andre» (Travelbee, 1999, s.171). Kjennetegnet ved et forhold som dette er at man ser på pasient og

sykepleier som enkelte individer, og ikke som «pasient» og «sykepleier». For å kunne skape et slikt forhold kreves det at fasaden «sykepleier» og «pasient» må overskrides. Når denne fasaden er overskredet kan man lettere se på hverandre som unike menneskelige individer (Travelbee, 1999, s. 171). Det kan også tenkes at det da er lettere å diskutere vanskelige tema, som for eksempel seksuell helse.

Travelbee legger vekt på fire faser som er viktige for å skape et menneske-til-menneske-forhold. Den første er det innledende møtet, den andre er framvekst av identitet, den tredje er empati, og den fjerde er sympati og medfølelse. Disse fasene vil man gå gjennom når man skal skape et slikt forhold som Travelbee beskriver (Travelbee, 1999, s.171).

«Et menneske-til-menneske-forhold er primært en erfaring eller en rekke erfaringer som finner sted mellom en sykepleier og de hun har omsorg for. Hovedkjennetegnet ved disse erfaringene er at den syke (eller familien hennes) får sine behov ivaretatt» (Travelbee, 1999, s.177). Dette forholdet er også gjensidig. Enkelte kan si at sykepleier alltid skal konsentrere seg om den syke og ivareta dens behov og ikke sine egne. Men ifølge Travelbee er dette urealistisk. Sykepleier er også et menneske og trenger å få dekket sine behov. Under sine 8 timer på jobb slutter ikke sykepleier å være et menneske og miste sine behov. Sykepleierens behov vil være til stede selv om man er på jobb. Men det å forvente at sykepleieren sine behov skal bli ivaretatt på jobb er virkelighetsfjernt selv om sykepleier trenger å få dekket noen disse for å gi mest mulig i sin arbeidssituasjon. Et menneske-til-menneske-forhold er altså gjensidig mener Travelbee (Travelbee, 1999, s.177).

3.0 Metode

3.1 Hva er metode?

Metode sier noe om hvordan man bør gå frem for å finne og etterprøve kunnskap. Dalland refererer til V. Aubert som sier «En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Dalland, 2020, s. 53). Metode blir brukt som et redskap for å lettere undersøke og samle inn data. Det finnes to hovedtyper av metode som man kan bruke for å finne informasjonen man trenger for å svare på en problemstilling. Kvantitativ og kvalitativ metode. Kvantitativ metode vil kunne gi målbare data som for eksempel ut fra

spørreundersøkelser og tabeller, mens kvalitativ metode fanger opp opplevelser og meninger, som ikke lar seg måle. Begge disse metodene bidrar på forskjellige måter for å kunne få en bedre forståelse av samfunnet rundt oss (Dalland, 2020, s. 54).

3.2 Anvendt metode og begrunnelse

Denne oppgaven er en litteraturstudie som innebærer at vi samler inn data fra ulike forskningsartikler (Friberg, 2017, s. 142). Gjennom å se på forskning om kvinners opplevelse og erfaringer med samtaler rundt seksuell helse etter gjennomgått behandling for livmorhalskreft, vil vi kunne få relevant data som kan bidra til å besvare våre spørsmål. Vi kan få en bedre forståelse av hvordan enkeltmennesker tenker og samhandler (Dalland, 2020, s. 54). Derfor valgte vi å kun inkludere kvalitative studier i denne oppgaven da vi vurderer at denne metoden vil svare best på problemformuleringen vår.

3.3 Litteratursøk

3.3.1 Valg av databaser

Da vi startet søkeprosessen var vi innom flere databaser, som CINAHL, British nursing index, Pubmed og Svemed+ og også Oria. Vi bestemte oss for å benytte Oria og Pubmed videre i søkeprosessen da begge innehar relevante helsefaglige artikler. Vi valgte Oria da vi kjente godt til inklusjon- og eksklusjonsmulighetene inne på denne databasen. Pubmed har gode medisinske vitenskapelige artikler som ytterligere kunne bidra med på å belyse problemformuleringen i oppgaven.

3.3.2 Valg av søkeord og søkeprosess

Søkeordene vi tok i bruk for å finne relevante artikler til oppgaven var «Seksuell helse», «Livmorhalskreft OG behandling», «Sexuality AND cervical cancer AND support AND partner», «Cervical cancer AND treatment AND complications», «Cervical cancer AND sexual health», «Sexuality* AND dialogue* AND nurses*». Vi brukte Oria til norske søkeord og engelske søkeord i Pubmed. Vi ønsket å starte litt enkelt og med få ord for å finne ut om det fantes relevante artikler innenfor vår oppgave som innledende søk. Videre ble søkeordene mer spesifikke og kombinert med AND for å finne artikler som belyste temaene vi søkte mer kunnskap om. Vi gjorde også sekundære søk, som vil si at vi fant liknede artikler som er listet under artikkelen vi så på. Under vedlegg 1, ligger det en søkelogg over søkeord, databaser og

avgrensninger som har blitt brukt til å finne artikler, samt søkeord som ble brukt der vi ikke fant relevante artikler.

3.3.2.1 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Vi hadde klare eksklusjon- og inklusjonskriterier da vi skulle starte søkeprosessen vår. Vi skulle kun ha med vitenskapelige artikler og de skulle ikke være mer enn 10 år gamle da vi ønsket å ha den nyeste kunnskapen. I oppgaven ville vi kun benytte oss av kvalitativ forskningsmetode og dette ble da et inklusjonskriterie der kvantitativ forskning ble ekskludert. Gjennom prosessen så vi at det å tidlig legge inn disse kriteriene gjorde det lettere å finne relevante artikler. Vi ønsket å ha klare avgrensninger og kriterier da vi startet å finne frem til de aller mest relevante vitenskapelige artiklene til vår oppgave. Vi ønsket å ha med artikler som belyste perspektiver fra både sykepleiere og kvinnen, da vi ønsker å vite mer om hvorfor sykepleiere ikke snakker så mye om seksuell helse, og hva kvinnene ønsker og trenger fra sykepleierne. Vi ønsker videre å finne artikler som sa noe om kvinner som har gjennomgått behandling for livmorhalskreft er fornøyd med informasjonen som blir gitt, og om det blir gitt nok informasjon om seksuell helse og endringer som kan oppstå. Vi ville også forsøke å finne forskning som, ut fra et sykepleieperspektiv undersøkte om sykepleier føler at de har nok kunnskap rundt hvordan ta opp temaer knyttet til seksuell helse. Til slutt ønsket vi å inkludere artikler som var fra vestlige land, for å knytte det opp mot helsevesenet som er noe likt som her i Norge. Derfor ble artikler som omhandlet land fra andre verdensdeler enn Europa, unntatt land som USA, valgt bort.

3.4 Valg av artikler

Da vi skulle velge artiklene til oppgaven var det viktig for oss at artiklene hadde en relevant og god formulert problemstilling, som hadde en god hensikt og som kunne være med å belyse problemformuleringen i denne oppgaven (Dalland, 2020, s. 152). Vi forsikret oss om at artiklene hadde brukt kvalitativ metode, som var et av inklusjonskriteriene våre. Det har også blitt huket av for fagfellevurdert tidsskrifter under søkene for å sjekke at artiklene er troverdige. Vi har også brukt IMRaD strukturen for å sjekke at artiklene vi har valgt er vitenskapelige artikler (Trygstad & Dalland, 2020, s.157). Den ene artikkelen som vi har inkludert i oppgaven (Hoel et al., 2021) framstår som en fagartikkel, men samtidig har den vitenskapelig struktur, beskrives som en litteraturstudie og inneholder metodebeskrivelse og analyse av 10 artikler. På tross av dette har vi vurdert artikkelen som relevant og har inkludert

den i vår litteraturstudie. Samtidig anerkjenner vi at dette er en studie som framstår som svakere enn de andre inkluderte artiklene, på bakgrunn av det lave antallet inkluderte artikler. Dette må tas hensyn til når resultatene leses. Vi sjekket perspektivene i artiklene samt årstall de ble publisert, da vi kun var ute etter ny relevant forskning. Vi inkluderte til slutt fire artikler, og det er disse som skal være med på å svare på problemformuleringen til oppgaven vår. Artiklene har blitt satt sammen i en oversiktstabell (se tabell 1). Ifølge Friberg gjør tabellen det enklere å få en oversikt over hvilke perspektiver artiklene har, hvilken hensikt og tema artiklene tar for seg (Friberg, 2018, s. 47).

Tabell 1: Enkel oversiktstabell

Forfatter, årstall, tittel	Tema	Hensikt	Perspektiv	Metode
Dammen, S. Moksnes, T. Grønning, K. (2020). <i>Sykepleiere kvir seg for å spørre om seksuell helse.</i>	Sykepleier snakker for lite om seksuell helse til kvinner som har behov for det.	Belyse viktigheten av å ikke være redd for å snakke om temaet seksuell helse.	Sykepleieperspektiv	Kvalitativ studie
Hoel, V. Leite, M. Grønvik, U, C, K. (2021). <i>«Sykepleiere må kunne snakke om seksuell helse etter gynekologisk kreft»</i>	Viktig å snakke om seksuell helse etter gjennomgått behandling av livmorhalskreft.	Få frem viktigheten av å ta opp temaet seksuell helse.	Pasientperspektiv	Kvalitativ studie
Levkovich, I. Hamama-Raz, Y. Shinan-Altman, S. <i>“A kaleidoscope of relationships” — cervical cancer survivors’ perspectives on their intimate relationships: A qualitative study</i>	Å få innblikk i hvordan livmorhalskreftoverleverer selv ser på sine intime relasjoner og hvordan dette har gått under og etter behandling.	Målet med denne studien var å undersøke livmorhalskreftoverleveres perspektiv på deres intime relasjoner under og etter behandlingen.	Pasientperspektiv	Kvalitativ studie
Åling, M., Lindgren, A., Löfall, H. & Okenwa-Emegwa, L. <i>A Scoping Review to Identify Barriers and Enabling Factors for Nurse–Patient Discussions on Sexuality and Sexual Health.</i>	Identifisere barrierer og faktorer for diskusjoner mellom sykepleiere og kvinner om seksualitet og seksuell helse.	Hensikten med studien har som mål å kartlegge og oppsummere funn fra litteratur angående barrierer og faktorer for samtale med kvinnene om seksualitet og seksuell helse.	Sykepleieperspektiv	Kvalitativ studie

3.4.1 Analyse

For å kunne analysere artiklene har vi tatt utgangspunkt i Fribergs beskrivelse av analyse, hvor vi ser på helheten og deler dette opp for å skape en ny helhet (Friberg, 2017, s. 135). Vi har lest hver artikkel flere ganger hver for seg, for å få en grundigere forståelse av hva forfatterne ønsker å få frem i resultatene sine og det er disse vi har delt opp og satt sammen til en ny helhet. Vi har satt oss nøye inn i resultatene fra artiklene, og notert ned sentrale funn som svarer på problemformuleringen vår. Videre har vi satt dette sammen til en ny helhet og sammenlignet artiklene vi har inkludert i oppgaven.

4.0 Resultat

Resultatene vil bli presentert i henhold til resultatet av analysen. Vi har kom fram til to hovedkategorier og to underkategorier, etter å ha analysert de fire inkluderte artiklene. Den første hovedkategorien er: «sykepleier synes det er utfordrende å snakke om seksuell helse» med underkategorien «mangel på kunnskap om hvordan ta opp temaet seksuell helse». Den andre hovedkategorien er: «kvinner ønsker og behov etter gjennomgått behandling for livmorhalskreft» med underkategorien, «kvinner behov for informasjon, støtte og medfølelse». Disse kategoriene er satt inn i en oversiktstabell (Tabell 2).

Tabell 2: oversikt over hovedkategorier og underkategorier

Hovedkategorier	Underkategorier
Sykepleier synes det er utfordrende å snakke om seksuell helse	Mangel på kunnskap om hvordan ta opp temaet seksuell helse
Kvinner ønsker og behov etter gjennomgått behandling for livmorhalskreft	Kvinner behov for informasjon, støtte og medfølelse

4.1 Sykepleier synes det er utfordrende å snakke om seksuell helse

I artikkelen skrevet av Dammen et al (2020) forteller informantene at de var redde for å trække over kvinnenes grenser, og dette var en av grunnene til at sykepleier kvitte seg for å ta opp temaet seksuell helse (Dammen et al., 2020). Informantene forteller at de kjente på usikkerhet rundt det å ta opp temaet da de var redde for at det kunne oppleves som overtramp (Dammen et al., 2020).

4.1.1 Mangel på kunnskap om hvordan ta opp temaet seksuell helse

I Dammen et al., (2020) var hovedformålet å undersøke hvilke utfordringer sykepleier kan møte på når de skal snakke med kvinner om seksuell helse (Dammen et al., 2020). En informant i artikkelen sier «Man må huske at det er sykepleiers rolle å snakke om sånne ting, så da mener jeg man må kunne sette sine personlige meninger til side og sette pasientens behov over dine ubehag» (Dammen et al., 2020).

Det kommer også frem i artikkelen at en av grunnene til at sykepleiere syns det er utfordrerne å snakke om seksuell helse, er fordi de føler at de mangler ferdigheter i hvordan de skulle bringe temaet på banen. En annen informant var redd for å få spørsmål fra kvinnen som man ikke klarer å svare på, og var usikker på hvor man skal henvende seg for å finne svar på denne typen spørsmål. Det har hendt at sykepleier har bedt kvinnene om å google seg frem til svaret (Dammen et al., 2020).

Videre i samme artikkelen, kommer det frem at sykepleierne er enig i at seksuell helse er et viktig tema å ta opp med kvinnene, og at dette er noe sykepleierne bør bli flinkere til. Det kom i denne studien fram at årsaken til at temaet ikke blir tatt opp, blant annet handlet om usikkerhet om egen kunnskap og personlige egenskaper, og at en var redd for å tråkke over kvinnens grenser og prioriteringer (Dammen et al., 2020).

I studien til Hoel et al., (2021) Kommer det frem at kvinner opplever at det er mangelfull veiledning og informasjon fra sykepleier. Mange kvinner i studien sier at de ønsker mer kunnskap og informasjon om hvilke kroppslige endringer som kan oppstå etter gjennomgått behandling, samt konsekvenser i dagliglivet og seksuallivet (Hoel et al., 2021). Videre forteller flere kvinner i studien at de føler det hadde vært lettere å gjennomgå seksuelle og kroppslige endringer dersom sykepleier hadde gitt mer informasjon, og vært mer åpen om dette og hva det innebar (Hoel et al., 2021).

I samme studie kommer det frem at det er viktig at sykepleier tar hensyn til at informasjonen som gis når kvinnen nettopp har fått diagnosen sin, ofte ikke blir oppfattet veldig bra. For eksempel på grunn av mye nye inntrykk, følelser og informasjon generelt om diagnosen. Det er derfor viktig at sykepleier gjentar informasjonen litt senere for å sikre seg om at informasjonen er mottatt hos kvinnene som nettopp har fått påvist livmorhalskreft (Hoel et al.,

2021).

En studie gjort av Åling et al., (2021) viser at opplæring og utdanning er en faktor som spiller inn for å kunne snakke med kvinnene på best mulig vis om endringer i den seksuelle helsen, etter gjennomgått behandling for livmorhalskreft (Åling et al., 2021). Studien finner det nødvendig med kursing og undervisning som har hovedfokus på å endre barrierer for å kunne snakke om seksuell helse med kvinnene, som også er nødvendig for å utvikle sykepleiernes perspektiv på temaet (Åling et al., 2021). Viktigheten av opplæring innenfor kommunikasjonsferdigheter hos sykepleierne nevnes også. I tillegg framheves det at for å lettere kunne ha jevnlig samtaler med kvinnene, er gode rutiner og retningslinjer, samt samtaleguider og sjekklister viktige (Åling et al., 2021).

Støtten sykepleierne får gjennom det tverrprofesjonelle samarbeidet fra andre fagpersoner, gjennom jevnlig diskusjoner, refleksjoner og veiledning, var også en faktor som spilte inn hos sykepleierne. Dette er med på å bedre samtalen med kvinnen, som uttrykket i dette sitatet: «Nurses tend to discuss sexuality and sexual health if they have supportive colleagues to consult with» (Åling et al., 2021, s).

4.2 Kvinners ønsker og behov etter gjennomgått behandling for livmorhalskreft

Gjennom analysen kommer det frem at mangel på informasjon om seksuell helse er et problem for flere kvinner som har gått gjennom behandling for gynekologisk kreft (Hoel et al., 2021). Dette gjelder informasjon om de fysiske endringene som følge av behandling, og hvordan dette påvirker hverdagen og det seksuelle. I Hoel et al., (2021) sin studie kommer det tydelig frem at senskader og andre helseplager påvirker hverdagen i stor grad og mange kan føle på en trussel om tap av sin identitet og redusert selvbilde (Hoel et al., 2021).

4.2.1 Kvinners behov for informasjon, støtte og medfølelse

Kvinnene i studien til Levkovich et al., (2022) forteller at de ønsket støtte, hjelp og medfølelse, men opplevde ofte det motsatt. Flere av kvinnene i studien forteller at partnerne var der, men samtidig ikke var der, og de manglet den emosjonelle støtten en partner kunne gi (Levkovich et al., 2022). Gjennom livet går hverdagen ofte på automatikk med arbeid, familie og økonomi. Men etter å ha håndtert livmorhalskreft og fått livet snudd på hodet, har prioriteringene i hverdagen fått annen betydning. En kvinne forteller at forholdet hennes

hadde problemer før hun fikk diagnosen, men etterpå snudde ting og paret var mer til stedet for hverandre, og konfliktene ble sterkt redusert (Levkovich et al., 2022). Andre følte at de mistet forholdet de hadde før diagnosen, og bar på en redsel om hva fremtiden ville bringe. Ektefellen kunne gjerne stille opp hjemme i huset, med rengjøring, innkjøp og barn, men den støtten kvinnen trengte var ikke til stede (Levkovich et al., 2022).

My husband will do everything that is necessary. He'll clean up if I vomit, prepare food, drive the children places. But that's it. When it comes to technical matters he functions, but for anything related to emotions, to closeness, he's simply not there... (married, 45) (Levkovich et al., 2022).

14 av 15 kvinner som deltok i studien til Levkovich et al., (2022) snakket om utfordringer rundt seksuallivet og parintimitet. Kvinnene forteller om mye smerter og lidelse som førte til utsettelse og at de styrte unna seksuelle forhold (Levkovich et al., 2022). Kvinnene i studien til Hoel et al., (2021) sier de ikke var forberedt på forandringene som kom og hvordan dette påvirket samlivet og parforholdet. Med tanke på at kvinnene ikke hadde nok kunnskap, var støtten fra partner også mangelfull da de også manglet denne kunnskapen (Hoel et al., 2021). Kvinnene i studien ønsket at sykepleierne hadde informert om forandringene og konsekvensene som kommer og at partnerne også fikk tilbudet om å få samme informasjon (Hoel et al., 2021). Det at partnerne har kunnskap om senskadene og konsekvensene gir en økt forståelse, og parforholdet kan ha nærhet og intimitet, selv om samleie kan være smertefullt for kvinnen (Hoel et al., 2021).

Selv om deres intime relasjon med partneren deres hadde endret seg, hadde kvinnene et ønske om å selv gjøre en innsats for å gjenopprette forholdet. Selv om tretten kvinner i studien til Levkovich et al., (2022) var klar over at forholdet ikke kom til å bli som før, var det et ønske hos dem å finne ut hva som var mulig, og hvordan opprettholde det nye intime forholdet deres etter kreftsykdommen (Levkovich et al., 2022).

From the outset it was very important that he be with me when I used the vaginal dilator. Even now when I use the vaginal dilator, I tell him and if he wants to he joins me. Sex between us is different, it does not entail penetration ... the cancer has

undoubtedly reduced some of the sense of urgency in sex. But in our case, our intimacy has increased tremendously (married, 38) (Levkovich et al., 2022).

Andre kvinner opplevde at deres partner ikke forsto og hadde problemer med å gi rom og støtte kvinnen trengte. En kvinne i studien forteller at hennes ektefelle ikke ville forstå og det skapte en stor avstand mellom dem (Levkovich et al., 2022).

5.0 Diskusjon

Metodediskusjon og resultatdiskusjon blir presentert i to deler hver for seg. Valg og bruk av metode blir lagt frem i metodediskusjonen, mens resultatene fra de fire artiklene inkludert i denne oppgaven vil bli satt i sammenheng med problemformuleringen vår i resultatdiskusjonen (Dalland 2020, s. 123 & 124).

5.1 Metodediskusjon

For å kunne besvare hensikten med oppgaven valgte vi, som tidligere nevnt, kvalitativ metode for denne oppgaven. Etter gjennomgang av metodelitteraturen for temaet ble det satt særlig vekt på at det ville bli bedre belyst ved hjelp av meninger og erfaringer heller enn tabeller og målbare data (Dalland, 2020, s.54). Den kvalitative forskningsmetoden gjorde at vi fikk frem den subjektive opplevelsen til den enkelte (Dalland, 2020, s.54). Resultatene vil, i kvalitative studier, derimot alltid kunne variere ut fra hvem som er med i studien. Dette vil variere siden det er subjektive opplevelser og ut fra hvem som er med i studien, dermed vil faktorer som alder og livssituasjon gjøre at svarene varierer. Vi kunne også ha benyttet oss av kvantitativ data for å få mer målbar data og tall som for eksempel med spørreundersøkelser, men da blir kvinnenens stemme bare en del av en statistikk, vi fikk ikke frem dybden i opplevelsene, slik som formålet med denne oppgaven var.

Søkene ble gjort i databasene Oria og Pubmed på grunnlag av søk som ga mest relevante artikler for denne oppgaven. Pubmed er en database for medisinske forskningsartikler, og dermed en riktig arena for å finne helsefaglige artikler. Vi brukte Oria for å se om vi fant relevant forskning på norsk for å unngå at det kanskje ville gå tapt informasjon i oversettelsen fra engelsk til norsk. Artiklene tar for seg forskning og undersøkelser fra andre land, som ikke alltid gir relevans for norske kvinner. Oversettelse var også en utfordring, og kan ha ført til at

informasjon har blitt tapt i oversettelsen. Her måtte vi bruke tid på å lese og forstå for å unngå tap av informasjon. Store deler av startfasen var å avgrense søkene for å finne mest relevant tidligere forskning, og etter hvert ble søkene mer avansert for temaet som skal belyses. Da fant vi nyere og mer forskning knyttet tettere opp mot vår problemformulering. Ved at vi kun har lest få antall av artikler og overskrifter som vi fikk på søkene som ble gjort har vi kunnet gått glipp av mye relevante studier. Men etter å ha spesifisert søkene ble disse fire artiklene inkludert i oppgaven.

Etter å ha analysert de fire inkluderte artiklene, resulterte dette i to hovedkategorier og under dem to underkategorier relatert til vår problemformulering. Det bør bemerkes at dette ble vår måte å analysere, tolke og gi den nye forståelsen av artiklene. Det kan tenkes at andre hadde analysert artiklene annerledes og kommet frem til andre resultater, da de kan ha valgt å benytte en annen metode og analyseforklaring som ikke er hentet fra Friberg (Friberg, 2017, s.135). Vi har valgt å plukke ut det vi tenker er det viktigste fra artiklene rettet mot vår problemformulering.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Mangel på kunnskap og kvinners behov

I Dammen et al., (2020) forteller informanter at de er redd for å få spørsmål fra kvinnen som de ikke klarer å svare på, og vet ikke helt hvor de skal henvende seg for å finne svar på spørsmål. Det har også hendt at sykepleier har bedt kvinnen om å google seg frem til svaret (Dammen et al., 2020). At kvinnen må google seg frem til svar på spørsmål tenker vi er en utfordring i seg selv fordi det er med på å skape en utrygghet hos kvinnen, og samtidig skammeliggjøre temaet ytterligere. Det er jo også et spørsmål hvorfor sykepleier ber kvinnen google seg frem til svaret. Et mulig svar på dette kan være at sykepleier sitter på for lite kunnskap rundt temaet, som gir usikkerhet og et ubehag ved å snakke om seksuell helse (Dammen et al., 2020). Borg (2019) skriver at det å unngå å ta opp temaet er med på å stryke fordommene som er fra før om temaet seksuell helse (Borg, 2019, s.126). Disse fordommene kan innebære at kvinner med kreft ikke har behov for samtale rundt seksuell helse, siden for noen er dette et avsluttende kapittel for kvinner med påvist livmorhalskreft (Borg, 2019, s. 126). Dette ønskes en endring på slik at kvinnene kan føle seg trygge og ivaretatt. Sykepleiere bør ha en lavterskel på å forklare at temaet er ukjent og bør kunne henvise videre dersom det er tilfellet. I Helsepersonelloven er sykepleieren pliktig til å henvise eller innhente bistand der

dette er nødvendig (Helsepersonelloven, 1999, §4). For at å skape en større trygghet omkring samtaler om seksuell helse, så tenker vi som Travelbee, at det er kan være viktig å skape et menneske-til-menneske-forhold som gjør at du får et bedre forhold til kvinnen. Dette skaper igjen trygget mellom sykepleier og kvinnen. Det kan være enklere for sykepleier å ta imot og håndtere spørsmål enn å inne ha noe svar, samt at det er rom for kvinnen å stille alle spørsmål de lurer på. Ved å skape dette forholdet kan det bli lettere for sykepleieren å svare at han eller hun er usikker på området og ønsker å hente inn bistand eller henvise videre (Travelbee, 1999, s. 171). Det er faktisk en del av sykepleieren sin rolle å gjøre sitt beste for å besvare eller innhente ander for å svare på kvinnens spørsmål, og ikke be de google svaret (Dammen et al., 2020).

I studien til Dammen et al., (2020) kommer det frem at sykepleiere synes det er utfordrende å snakke om seksuell helse, da de føler på manglende kunnskap og usikkerhet i forhold til hvordan de skal bringe temaet på banen. Ved å la være å snakke om dette temaet til kvinnene basert på manglende kunnskap og usikkerhet, kan man si at sykepleieren i praksis, bryter loven omhandlende deres informasjonsplikt. I Helsepersonelloven §10, står det at «den som yter helse- og omsorgstjenester, skal gi informasjon til den som har krav på det etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-2 til 3-4» (Helsepersonelloven, 1999, §10). Å gi informasjon er, med andre ord, ikke en oppgave en sykepleier bare kan frasi seg. Gjennom de yrkesetiske retningslinjene er sykepleiere pliktet til å gi informasjon til kvinnene, og sikre seg at kvinnen faktisk har forstått informasjonen som ble gitt (NSF, u.å.). Ved å ha større fokus på å gi informasjonen til kvinnen på riktig måte og til rett tid, slik at kvinnen er i stand til å motta den informasjonen du har gitt, kan dette bidra til at færre sitter igjen med en følelse av uvitenhet og redsel rundt situasjonen sin. Det er sykepleierens rolle å gi god og riktig informasjon og samtidig passe på at kvinnen forstår det som blir sagt. En kvinne som nettopp har blitt diagnostisert klarer ikke få med seg all informasjonen på en gang, og da er det sykepleierens rolle å forsikre seg om at informasjonen faktisk er mottatt og forstått (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s.91). Dette innebærer at man må stryke sykepleierens kunnskap til å ta opp dette temaet og gi tid og rom til samtale, men samtidig er det ikke alltid nødvendigvis at tiden strekker til i arbeidshverdagen som sykepleier (Dammen et al., 2020). Det er viktig med økt fokus rundt seksuell helse, og gi mer opplæring og kursing innfor temaet. PLISSIT-modellen kan være et godt verktøy i denne sammenhengen. Å få en grundig forklaring og hjelp til bruk av PLISSIT-modellen kan den kunne bli mer brukt i

yrkesutøvelsen. PLISSIT-modellen er en god modell for hvordan man kan snakke om seksuell helse med kvinnen. Dersom en sykepleier ikke har nok kunnskap innenfor seksuell helse og endringer som kan oppstå etter gjennomgått behandling for livmorhalskreft, hjelper det lite å vite hvordan man bruker PLISSIT-modellen som et verktøy. Vi tenker at om denne modellen blir flittigere brukt i sykepleierundervisning og på arbeidsplassen, så kan muligens sykepleierne føle på en lettere tilnærming til temaet innen kommunikasjonsferdigheter. Det er viktig å få økt kunnskap om seksuell helse og derfor foreslås PLISSIT-modellen som verktøy når sykepleieren skal snakke med kvinnen om seksuell helse. Når sykepleierne føler seg tryggere på strukturen som PLISSIT-modellen kan gi, kan det bli lettere å ta opp temaet med kvinnen som har gjennomgått behandling for livmorhalskreft.

5.2.2 Sykepleierens ansvar og perspektiv

Jerpseth skriver at det er viktig at sykepleier i større grad tar stilling til egen seksuell helse og holdninger, for å lettere kunne møte kvinner som har behov for å snakke om dette temaet (Jerpseth, 2017, s.141). Seksuell helse er et privat anliggende, og man kan stille spørsmål ved om det er nødvendig å måtte ta stilling til sin egen seksuell helse for å kunne hjelpe kvinnen. Det kan være enklere å gi relevant informasjon hvis man har tatt stilling til egen seksuell helse. Borg skriver at som sykepleier er det viktig å forstå sin egen seksualitet, og når man jobber med andres seksualitet, bør man også jobbe med sin egen (Borg, 2019, s. 126). Spesialister i sexologi mener at for å hjelpe og være til støtte hos kvinnen, bør man ha et avklart forhold til sin egen seksualitet (Borg, 2019, s.126). Gode relasjoner med kvinner kan komme lettere frem dersom sykepleier er personlig, som kan gjøre at kvinnen ikke føler seg alene rundt temaet. Men hvor grensen går på hva som er personlig og hva som er privat kan være vanskelig å vite (Mathisen, 2014). Som sykepleier skal man uansett lytte til kvinnens ønsker og behov uavhengig om man har tatt stilling til egen seksuell helse. Det trenger ikke være nødvendig å ta stilling til sin egen seksuelle helse for å kunne gi kvinnen relevant informasjon (NSF, u.å.). Dette er det nok mye meninger om, men vi tenker at sykepleier skal legge sitt privatliv til side når man er på jobb som en del av å være profesjonell, samtidig som det også kan være nyttig å ha personlige erfaringer.

5.2.3 Tilbud om å inkludere partner

Kvinnene i artikkelen til Hoel et al., (2021) forteller at de ønsker at sykepleierne tok opp temaet seksuell helse med dem i større grad enn det som ble gjort. Noen ønsket også at

partnerne skulle få tilbud om samme informasjon, sånn at kvinnen og hennes partner kunne stå stødigere sammen (Hoel et al., 2021). Dersom man tilbyr partneren mulighet til å få mer informasjon rundt kvinnens situasjon, kan det gi dem mulighet til å få en større forståelse av hva kvinnen trenger og ønsker (Hoel et al., 2021). Når kvinner ønsker partner mer involvert, så kan det tyde på at sykepleier fokuserer for mye på kvinnen når seksuell helse diskuteres, og at partner i mindre grad tas hensyn til, på tross av deres viktighet som støtteapparat rundt kvinnen. Det er viktig å huske på at uten støtteapparat rundt seg, vil rehabiliteringen tilbake til hverdagen bli tyngre for kvinnen (Helsedirektoratet, 2021). Det at partneren trenger å være mer involvert har mye å si med tanke på den seksuelle helsen til kvinnen. Seksualitet er både noe som er individuelt og noe som er delt med en annen person. Seksuell veiledning bør derfor få kvinnen og kvinnens partner til å snakke sammen (Borg, 2019, s.127). Ved å skape en åpen og tillitsfull relasjon mellom kvinnen og sykepleier kan det skape mulighet for en god samtale hvor det er åpent for alle spørsmål og tanker både for kvinnen og hennes partner. Ser vi på Travelbee sin teori om menneske-til-menneske-forhold, kan oppbyggingen av et slikt forhold gjøre samtalen tryggere og åpnere, dersom man ser hverandre som enkelt individer og ikke har det tydelige skille mellom kvinnene og sykepleieren (Travelbee, 1999, s. 171). Det kan være lettere for kvinnen å spørre om partneren kan være med i samtale dersom dialogen er åpen og trygg. Dersom partner involveres mer i informasjonsdelingen, og det skapes en arena for å ha en åpen dialog, kan også partneren føle seg tryggere på å stille spørsmål til sykepleieren.

6.0 Anvendelse i praksis / avslutning

Det viser seg at de fleste kvinnene i de inkluderte studiene har et behov for at sykepleier tar opp temaet seksuell helse med dem, og snakker om eventuelle endringer og utfordringer i den seksuelle helsen. De opplever at dette er viktig for den helhetlige omsorgen. Resultatene viser videre at samtale rundt seksuell helse er utfordrende for sykepleierne. I flere av artiklene viser det seg at sykepleier føler på manglende kunnskap om hvordan de skal ta opp temaet seksuell helse med kvinnen. På bakgrunn av dette er det flere sykepleiere som velger å ikke snakke med kvinnen om dette temaet, selv om de er bevisste på hvor viktig dette er. På bakgrunn av resultatene, finner vi det viktig med opplæring, kursing og økning av kunnskap om temaet i seg selv, og hvordan ta det opp. PLISSIT-modellen kan være et godt verktøy for nettopp dette.

Etter å ha jobbet med denne oppgaven har vi fått dypere forståelse av viktigheten med konkret, korrekt og relevant informasjon til kvinnen som har gjennomgått behandling for livmorhalskreft. Vi ser hvor viktig dette temaet er både for å stryke sykepleierens kunnskap og trygge sykepleieren i samtale med kvinnen, og hjelpe kvinnene med endringene og utfordringene som oppstår etter gjennomgått behandling. Vi håper at dette er noe som kan bli mer tatt i bruk i hverdagen til en sykepleier, men også i utdanningen og arbeidsplassen. Med å ha mer fokus rettet mot hele menneskets helse og den helhetlige omsorgen må vi ikke glemme det seksuelle også. Det er en viktig del av oss alle, og med alle endringer som skjer i kroppen under behandling er det viktig med informasjon og muligheten til å snakke åpent og trygt om dette.

7.0 Referanse

- Borg, T. (2019). Seksualitet. I T. Kr.Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient – Utfordring – Handling* (4. utg. s. 120-131). Cappelen Damm AS.
- Dammen, S. Moksnes, T. Grønning, K. (2020). Sykepleiere kvir seg for å spørre om seksuell helse. *Sykepleien Fagutvikling*, 108 (82952).
<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.82952>
- Friberg, F. (2017). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (3. utg.). Lund: Studentlitteratur AB.
- Gamnes, S. (2016). Seksualitet og helse. I G. Hjelmeland Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 2* (3. utg. s. 373-407). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Gilbert, E., Perz, J., & Ussher, J. M. (2016). Talking about sex with health professionals: the experience of people with cancer and their partners. *European journal of cancer care*, 25(2), 280–293. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25040442/>
- Helsedirektoratet. (2021, 20. oktober). *Seksuell helse*. Hentet 10. november 2022.
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/sektorrapport-om-folkehelse/sunnevalg/seksuell-helse>
- Helsedirektoratet. (2021, 1. februar). *Gode råd til deg som pårørende*. Hentet 13. desember 2022. <https://www.helsenorge.no/paerorende/rad/>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64/§10>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64/§4>

- Hoel, V., Leite, M. & Utheim Grønvik, C., K. (2021). Sykepleiere må kunne snakke om seksuell helse etter gynekologisk kreft. *Sykepleien* 2021;109(83455).
[10.4220/Sykepleiens.2021.83455](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2021.83455)
- Jerpset, H. (2017). Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5. utg. s. 133-168). Gyldendal Norsk Forlag.
- Kreftforeningen. (22.09.2022). *Livmorhalskreft*. Hentet 07.11.2022 fra <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/livmorhalskreft/>
- Kreftregisteret. (u.å.) *Statistikkbank*. Hentet 07.11.2022 fra <https://sb.kreftregisteret.no>
- Kreftregisteret. (06.2022). *Årsrapport 2021: Screeningsaktivitet og resultater fra Livmorhalsprogrammet* (Årsrapport 2021). Kreftregisteret.
- Kristensen, G. (2019). Kreft i kvinnelige kjønnsorganer. I T. Kr.Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient – Utfordring – Handling* (4. utg. s. 588-613). Cappelen Damm AS.
- Kristoff, A. (2019). Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer. I E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg. s. 403-418). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2016). Pasient og sykepleier - verdier og samhandling. I G. Hjelmeland Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 1* (3. utg. s. 89-138). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Levkovich, I., Hamama-Raz, Y., & Shinan-Altman, S. (2022). “A kaleidoscope of relationships” — cervical cancer survivors’ perspectives on their intimate relationships: A qualitative study. *Palliative and Supportive Care*, 1-10.
<https://doi.org/10.1017/S147895152100198X>

- Mathisen, G. (2014). Hvor går grensene for sykepleierens privatliv? *Forskning.no*
<https://forskning.no/arbeid-sykepleie/hvor-gar-grensene-for-sykepleierens-privatliv/568642>
- Norsk sykepleierforbund. (u.å.). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 2. november 2022.
<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Pasient - og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient - og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63/§3-2>
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Trygstad, H. & Dalland, O. (2020). Kunnskapskilder og kildekritikk. I O. Dalland (Red.), *Metode og oppgaveskriving* (7. utg. s. 139-166). Gyldendal Norsk Forlag AS
- Åling, M., Lindgren, A., Löfall, H. & Okenwa-Emegwa, L. (2021). *A Scoping Review to Identify Barriers and Enabling Factors for Nurse–Patient Discussions on Sexuality and Sexual Health*. *Nursing Reports*. 2021; 11(2):253-266.
<https://doi.org/10.3390/nursrep11020025>

8.0 Vedlegg

Vedlegg 1: Søkelogg

Nummer på søk	Database	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Antall leste abstrakt	Antall leste artikler	Antall artikler valgt
1	Oria	Seksuell helse	fra fagfelleverderte tidsskrift norsk år 2012-2022	16	4	3	2
2	Oria	Livmorhalskreft OG behandling	ingen som var fra fagfelleverderte tidsskrift	0	0	0	0
3	Oria	sexuality AND cervical cancer AND support AND partner	År 2012-2022 fra fagfelleverderte tidsskrift	34	3	2	1
4	PubMed	“Cervical cancer” AND treatment AND complications	år 2020-2022	789	3	2	0
5	British nursing index	Cervical cancer AND sexual health	År 2018-2022 Peer reviewed Artikkel	216	4	2	0
6	PubMed	Sexuality* AND dialogue* AND nurses*	år 2012-2022	1	1	1	0

Vedlegg 2: Litteratormatrise

Forfattere Årstall Tidsskrift Land	Artikkel-tittel	Hensikten med studien	Perspektiv	Metode og analyse	Utvalg/ populasjon	Hovedfunn/resultater
Dammen, S. Moksnes, T. Grønning, K. (2020). Sykepleien.no Land: Norge	<i>Sykepleiere kvir seg for å spørre om seksuell helse.</i>	Belyse viktigheten av å ikke være redd for å snakke om temaet seksuell helse.	Sykepleierperspektiv	Kvalitativ metode	Studien besto av fire sykepleiere ved tre ulike avdelinger i Norge, alle med ulik arbeidserfaring.	Informantene er redd for å tråkke over pasientens grenser. Sykepleierne føler på manglende kunnskap om hvordan ta opp temaet seksuell helse. Sykepleiere er redd for å få spørsmål de ikke klarer besvare.
Hoel, V. Leite, M. Grønvik, U, C, K. (2021). Sykepleien.no Land: Norge	« <i>Sykepleiere må kunne snakke om seksuell helse etter gynekologisk kreft</i> »	Få frem viktigheten av å ta opp temaet seksuell helse	Pasientperspektiv	Kvalitativ metode	Kvinner som har gjennomgått behandling for gynekologisk kreft	Kvinnene forteller om mangelfull informasjon etter gjennomgått behandling for gynekologisk kreft. Informasjon om fysiske endringer, psykisk påkjenning og det seksuelle. Kvinnene forteller at de ikke var forberedt på senskadene og konsekvensene dette medførte. Kvinnene ønsket at sykepleiere skulle ta opp

						temaet seksuell helse med dem og at partnerne også skulle få tilbud om samme informasjon.
Levkovich, I. Hamama-Raz, Y. Shinan-Altman, S. (2022). Cambridge University Press Land: Storbritannia	<i>“A kaleidoscope of relationships” — cervical cancer survivors’ perspectives on their intimate relationships: A qualitative study</i>	Målet med denne studien var å undersøke livmorhalskreft overleveres perspektiv på deres intime relasjoner under og etter behandlingen.	Pasient-perspektiv	Kvalitativ metode	Studien besto av 15 overlevende kvinner av livmorhalskreft mellom 38 og 44 år.	Kvinnene forteller at de ønsket støtte, hjelp og medfølelse fra sin partner, uten å få det. Kvinnene forteller at de manglet den emosjonelle støtten en partner kan gi. Flere opplevde problemer med det intime etter gjennomgått behandling for livmorhalskreft. Noen kvinner forteller at det var mye smerter og lidelse under samleie. Flere kvinner ønsket å opprettholde en form for nærhet og intimitet med partner å måtte finne nye måter å bygge dette opp.
Åling, M., Lindgren, A., Löfall, H. & Okenwa-Emegwa, L. Nursing reports Land: Sverige	<i>A Scoping Review to Identify Barriers and Enabling Factors for Nurse–Patient</i>	Hensikten med studien har som mål å kartlegge og oppsummere funn fra litteratur angående barrierer og	Sykepleier-perspektiv	Kvalitativ metode	Studien består av sykepleiere som snakker om barrierer og faktorer i samtale med kvinnen om seksualitet og seksuell helse	Opplæring og utdanning er en faktor som spiller inn for å kunne snakke med kvinnene på best mulig måte. Studien mener det er nødvendig med krusing og undervisning med

	<i>Discussions on Sexuality and Sexual Health.</i>	faktorer for samtale med kvinnene om seksualitet og seksuell helse.				<p>hovedfokus på å endre barrierer, for å lettere snakke med kvinner om seksuell helse.</p> <p>Viktigheten av opplæring innenfor kommunikasjonsferdigheter hos sykepleiere.</p> <p>Tverrprofesjonelt samarbeid mellom andre fagpersoner og sykepleiere for en bedre samtale med kvinnen.</p>
--	--	---	--	--	--	--