



# Hvordan kan kreftsykepleier ivareta kvinner med livmorhalskreft knyttet til endret seksualfunksjon etter gjennomført strålebehandling?

**HØYSKOLEN DIAKONOVA**

Videreutdanning kreft, heltid. 2015/2016

**Kandidatnummer:** 917

**Antall ord:** 3116

(Eksklusiv litteraturliste, inklusiv tabeller og figurer)

**Dato:** 04.05.2016

**Veileder:** Mardon Breimoen

Tillater du at artikkelen blir publisert i Brage?

<http://www.diaconova.no/ny-forside/hoyskolen/for-studenter/skjemaer>

JA, jeg tillater (sett kryss) x

NEI, jeg tillater ikke

## Sammendrag

**Hensikt:** Hensikten med artikkelen er å gjøre en kunnskapsoppsummering om hvordan kreftsykepleier kan hjelpe kvinner til å opprettholde sin seksuelle helse etter behandling av livmorhalskreft.

**Metode:** Fagartikkelen er en litteraturstudie basert på forskning. Systematisk litteratursøk er gjort i databasene Medline og Cinahl. Forskningsartiklene er av både kvalitative og kvantitative design, samt observasjonsstudier. Som støttlitteratur er det benyttet forskningsartikler, fagartikler og annen faglitteratur.

**Resultat:** Endret seksualfunksjon etter behandling av livmorhalskreft påvirker ofte vår seksuelle helse. Forskning viser at mange kvinner opplever å være lite forberedt på dette, og ønsker mer informasjon og kunnskap om konsekvenser av behandlingen. Samtidig viser forskningen at mange pasienter kvier seg for å ta opp temaet på grunn av at det fortsatt er noe tabubelagt å snakke om. Dette ser ut til å være en utfordring i både den østlige og vestlige delen av verden. Det er bred enighet om at det er helsearbeiderens, altså kreftsykepleierens og onkologens, ansvar å åpne opp for samtalen og å gi informasjon.

**Konklusjon:** Informasjon, veiledning og undervisning til kvinner som får behandling for livmorhalskreft er nødvendig for at kvinnene skal føle seg ivaretatte og lettere kan opprettholde sin seksuelle helse. Kreftsykepleieren bør få tilstrekkelig opplæring om kroppslige og seksuelle endringer pasienter opplever under og etter behandlingen. Kreftsykepleier må også ha gode kommunikasjonsferdigheter og våge å åpne opp for samtalen.

**Nøkkelord:** Svulster i livmorhalsen, Strålebehandling, Seksuell dysfunksjon, Fysiologisk, Seksualitet.

## **Abstracts**

**Purpose:** The purpose of this article is to make a summary of current knowledge about how the oncology nurse can help women maintain their sexual health after treatment of cervical cancer.

**Method:** This academic article is a literature study based on research. Systematic literature searches have been performed in the Medline and Cinahl databases. The research articles are of both qualitative and quantitative designs, as well as observational studies. As support literature, research articles, professional articles and other literature have been used.

**Result:** Altered sexual function after treatment of cervical cancer often affects our sexual health. Research shows that many women find to be little prepared for this, and would like more information and knowledge about the consequences of the treatment. Research also shows that many patients are reluctant to take up the subject because this still is somewhat of a taboo to talk about. This seems to be a challenge in both the eastern and western parts of the world. There is broad agreement that it is the health professional's, that is the cancer nurse's and oncologist's, responsibility to open up to conversation and to provide information.

**Conclusion:** Information, counseling and education for women receiving treatment for cervical cancer is necessary so that they feel preserved and more easily can maintain their sexual health. The oncology nurse should receive adequate training on physical and sexual changes patients experience during and after treatment. The oncology nurse must also have good communication skills and the courage to open up the conversation.

**Keywords:** Uterine Cervical Neoplasms, Radiotherapy, Sexual Dysfunction, Physiological, Cervix Neoplasms, Sexuality.

# Hvordan kan kreftsykepleier ivareta kvinner med livmorhalskreft knyttet til endret seksualfunksjon etter gjennomført strålebehandling?

## Innledning

Kvinner som blir diagnostisert med livmorhalskreft og får strålebehandling, møter på utfordringer i forhold til sin seksualitet og seksualfunksjon (Bilodeau & Bouchard, 2011, Borg, 2010, Harding et al., 2013, Kristensen, 2010, b, Lammerink, de Bock, Pras, Reiners, Mourits, 2012, Langhelle, 2014, Siggerud, 2010, Wang et al., 2012). Flere studier viser at kvinner ikke alltid får tilstrekkelig informasjon om mulig risiko for endret seksualfunksjon etter strålebehandling, og at kvinnene ønsker mer informasjon (Bilodeau & Bouchard, 2011, Harding et al., 2013, Lammerink et al., 2012, Langhelle, 2014, Wang et al., 2012 ).

Strålebehandling (SB) ved livmorhalskreft innebærer en kombinasjon av ekstern- og intrakavitær bestråling (brakyterapi), og i tillegg gis cellegift en gang i uken under hele behandlingsperioden (Kristensen, 2012, a). Strålebehandling gir atrofi av vaginalslimhinnen og fibrose av vaginalveggen med ødeleggelse av den naturlige elastisiteten. Hos over halvparten av pasientene vil dette medføre en kort og trang vagina som kan gi seksuelle plager (Kristensen, 2010, b, Siggerud, 2010).

Bilodeau & Boucard (2011) skriver at kvinnens seksualitet påvirkes av deres livmorhalskreft, og at seksuell dysfunksjon som oppleves av kvinnene, skyldes bivirkninger av kreftbehandlingen. Både Bilodeau & Boucard (2011) og Harding et al. (2013) nevner bivirkninger som vaginal krymping og tørrhet, endringer i blodgjennomstrømningen, vaginal vevsnekrose, dyspareuni og tidlig overgangsalder. En del har også vanskeligheter med å få orgasme, reduksjon av seksuell tilfredsstillelse og endring av kroppsbilde.

Seksualitet er en drivkraft mennesket har gjennom hele livet. Seksualitet er mer enn en forplantningsfunksjon og helsepersonell bør ha en bredere definisjon av seksualitet og forstå at alle mennesker er seksuelle vesener uansett alder og livssituasjon (Borg, 2010). Borg refererer til verdens helseorganisasjons definisjon av seksuell helse: ”En integrering av somatiske, emosjonelle, intellektuelle og sosiale aspekter av seksuell væren på en måte som er positivt berikende, og som fremmer personlig utvikling, kommunikasjon og kjærighet” (2010, s.121).

Kvinnelig seksuell funksjon er en viktig del av livskvaliteten (Harding et al., 2013, Lammerink, 2012). Sensualitet, intimitet og selvbilde er nært knyttet til rollen som mor, kvinne og partner. Noen kvinner erfarer at de fjerner seg emosjonelt fra seksuell handling selv flere år etter diagnosen (Bilodeau & Bouchard, 2011). Seksuell dysfunksjon er en viktig årsak til forringelse av livskvaliteten (Lammerink, 2012). Seksuell dysfunksjon kan defineres slik: ”Funksjonssvikt av organisk, psykologisk eller blandet karakter som på en negativ, ubehagelig og/eller smertefull måte kommer i veien for individers eller pars seksuelle motiver” (Borg, 2010, s.122).

Kreftbehandling i form av blant annet SB, vil ofte forstyrre biologiske og fysiologiske prosesser som hormonproduksjon, nerveforsyning og blodsirkulasjon, få konsekvenser for pasientens helse ved å virke både direkte og indirekte på den seksuelle responsyklus; lyst - opphisselse - orgasme - avslapningsfase (Borg, 2010).

Til tross for mye kunnskap om betydningen av kvinnelig seksualitet, viser mange undersøkelser at leger og sykepleiere sjelden tar opp eller stiller spørsmål om pasientens seksualitet (Gjessing, Borg, Dahl, 2013).

Den internasjonale sykepleierorganisasjonen (ICN) sier i sine etiske regler at pasienten har rett til å vite hva som skjer med ham, og at sykepleieren skal sørge for at pasienten får tilstrekkelig informasjon til å kunne gi informert samtykke til pleie og behandling (Norsk sykepleierforbund, 2011). Studien til både Lammerink et al. (2012) og Sekse, Buestad & Vika (2014) peker på at gynekologiske kreftpasienter hadde fått lite informasjon om seksuell funksjon i forkant av behandlingen. Kvinnene understreket behovet for, og betydningen av, å få mer kunnskap og informasjon.

Borg (2010) skriver at sykepleiere kan synes det er vanskelig å snakke om seksualitet, men ved å unngå å snakke om temaet, styrker vi fordommene om at seksuell aktivitet er et avsluttet kapittel for denne gruppen. Eide & Eide (2007) skriver at god kommunikasjon kan hjelpe pasientene til å bearbeide reaksjoner og mestre krise og sykdom bedre. En kommunikasjonsmodell kalt PLISSIT, trekkes frem i litteraturen som et godt hjelpemiddel for å gi informasjon (Borg, 2010, Gjessing et al., 2013). Grunnleggende for utøvelse av god sykepleie er god kommunikasjon, og samhandling med kreftpasientene og deres pårørende (Reitan, 2010).

Hensikten med denne artikkelen er å få økt kunnskap om hvilke konsekvenser behandling av livmorhalskreft har for kvinners seksualfunksjon, og hvordan man kan forberede kvinnene på

sannsynlige problemer etter endt behandling. På bakgrunn av at vi vet at seksualitet er en del av vår helse og at sykepleiere informerer for lite, belyser denne artikkelen hvordan kreftsykepleier kan ivareta kvinnene etter gjennomført strålebehandling.

## Metode

Artikkelen er en litteraturstudie, basert på fire forskningsartikler. Litteraturstudie som metode betyr at det benyttes ulike databaser og elektroniske ressurser som er tilgjengelige for å vurdere forskning, samt annen selvvalgt litteratur om temaet. Litteraturstudie er å finne det som allerede er skrevet om problemet, temaet eller emnet man skal skrive om (Dalland, 2007). Det er lagt vekt på å benytte primærkilder i hovedsak for å unngå for mye tolkninger.

Støttelitteratur som er benyttet er hovedsakelig fag- og forskningsartikler, pensumlitteratur og fagbøker som omhandler kreftsykepleie, livmorhalskreft, strålebehandling, seksualitet, kommunikasjon og informasjon.

Å se litteraturens relevans og gyldighet i forhold til problemstillingen, er selve hensikten med å være kildekritisk (Dalland, 2007).

Forskningsartiklene ble søkt etter i databasene Medline og Cinahl. Emneordene som ble brukt: Cervix Neoplasms, Radiotherapy, Sexual Dysfunction female, Uterine Cervical Neoplasms, Sexual Dysfunction, Physiological.

Artiklene ble valgt ut fra overskrift og sammendragets relevans. Søkene er begrenset til de siste ti år og de er fagfelleurdert. Artiklene er på engelsk, noe som kan medføre at det er oversatt feil eller er feiltolket.

I Medline ble søkeordene Uterine Cervical Neoplasms (63458 treff), Radiotherapy (150216 treff) og Sexual Dysfunction, Physiological (25183 treff) benyttet. Kombinasjonen 1 AND 2 AND 3 ga 16 treff. Ved å utelukke Uterine Cervical Neoplasms ga det 9713 treff. Begrenset til engelskspråklige og kombinasjon av 3 AND 6 ga 37 treff. Tre interessante artikler ble valgt; "Sexual function of cervical cancer survivors: A review with a female perspective" av Lammerink et al. (2012), "Attitudes and Behavior of Radiation Onkologists Toward Sexual issues of Cervical cancer Patients Who Receive Radiation Therapy" av Wang et al.,(2012) og "Radiotherapy- or Radical Surgery – Induced Female Sexual Morbidity in Stages 1B and 2 Cervical Cancer" av Harding et al. (2014).

I Cinahl ble søkeordene Cervix Neoplasms (6938 treff), Sexuality (24077 treff) og Radiotherapy (11240 treff) benyttet. Kombinasjon av 1 AND 2 AND 3 ga 6 treff, ved å kombinere 1 AND 3 ga det 210 treff. Valgte artikkel "The sexuality of Quebec women with cervical cancer: Looking for love despite radiotherapy's trauma to their sexual body" av Bilodeau og Bouchard (2011).

Artiklene er henholdsvis fra Nederland, Kina, Japan og Canada. Studiene fra Kina og Japan kan vise resultater som ikke er representative for vestlige pasienter på grunn av kulturelle forskjeller. De ble allikevel vurdert interessante grunnet vinklingen på artiklene.

## Resultat

Studien til Wang et al. (2013) undersøkte holdninger og atferd til stråleoncologer i forbindelse med den seksuelle funksjonen til kvinner som hadde fått strålebehandling mot livmorhalskreft. Det var 186 stråleoncologer inkludert i studien hvor det ble benyttet spørreskjemaer. De ble spurt om sin erfaring med konsultasjoner om seksuelle problemer, holdninger og atferd, og vurdering av seksuallivet til livmorhalskreftpasienter som får strålebehandling. 120 stråleoncologer fullførte spørreskjemaene. Nitten stråleoncologer hadde aldri blitt konsultert av kvinner med livmorhalskreft etter SB eller av deres familier om seksuelle problemer. Bare 29 stråleoncologer var blitt konsultert av mer enn 10 prosent av deres livmorhalskreftpasienter etter SB eller deres familier, og resten kontaktet av under 10 prosent. De fem hyppigste emnene relatert til seksuelle problemer var "bør pasienten ha et seksualliv?", "når kan de gjenoppta sine seksuelle aktiviteter?", "påvirker seksuell aktivitet deres prognose?", hvilken effekt har SB på seksuallivet?" og "hva trenger man å vurdere angående seksuallivet etter SB?" Av de stråleoncologene uten konsultasjonserfaring, var 88,1 prosent enige i at stråleoncologene bør håndtere pasientens seksuelle problemer, og uenige i at "sex er privat og en skal ikke blande seg". Fem stråleoncologer hadde fått spesiell opplæring for å håndtere seksuelle problemer til livmorhalskreftpasienter som hadde fått SB og 112 stråleoncologer hadde ikke noe informasjon om seksualfunksjon å gi til sine pasienter. Studien viste at også kreftsykepleiere hadde mangelfull kompetanse om den seksuelle funksjon og sjelden snakket med pasientene om dette. Wang et al. konkluderte med at det behøves en mer positiv holdning til seksuelle problemer og mer relevant opplæring.

Målet med studien til Hading et al., (2013) var å evaluere den seksuelle funksjonen hos kvinner med livmorhalskreft som hadde fått strålebehandling eller radikal kirurgi. Dette var

en observasjonsstudie med et spørreskjema kalt det ”Kvinnelige Seksualfunksjonsindex” (FSFI). Det fokuserer på; ønske, opphisselse, fuktighet, orgasme, tilfredsstillelse og smerte. Kvalifiserte deltagere var over 20 år, hadde hatt livmorhalskreft som ble behandlet med stråleterapi (RT-gruppe) eller kirurgi (RS-gruppe). Det ble rekruttert 175 pasienter mellom 2011 og 2012. Deltakerne ble ekskludert fra studiet av følgende årsaker: metastaser, tilbakefall, ingen seksualpartner, psykisk lidelse, rusmissbruk, nyresvikt, diabetes, kardiovaskulær sykdom, fysisk eller psykisk handikap. FSFI er en 19 punkts egenrapportering om seksuell funksjon over fire uker. De forskjellige fokusområdene gir score som blir til en poengsum. Den totale seksuelle funksjon kan variere mellom 2 og 36; laveste poengsum indikerer eksistensen av flere problemer knyttet til seksuell funksjon, og en høy score representerer god seksuell funksjon. Samme FSFI spørreskjema ble distribuert til 521 friske kvinner. Antall kvalifiserte pasienter for studien var 92 (46 i RT-gruppen og 46 i RS-gruppen). Antall friske var 148, alle i RT- og RS-gruppene ble sammenlignet med kontrollgruppen. Scorene i FSFI viste at kvinner som hadde fått strålebehandling hadde betydelig mer dysfunksjon enn kontrollgruppen. Ingen betydelige forskjeller i seksualfunksjonens områder, bortsett fra smerter, ble observert mellom RS-gruppen og kontrollgruppen, og mellom pasienter med livmorhalskreft som var behandlet med RT og RS. Imidlertid var det betydelig forskjeller mellom alle de tre gruppene på alle seks områder. RT-gruppen scoret i gjennomsnitt null på alle områdene, noe som kan antyde at de ikke hadde samleie på grunn av alvorlige smerter. Sammenligninger av alle tre gruppene viste betydelig forskjell i seksuell funksjon som først og fremst skyldes smerte. Harding et al., konkluderte med at rådgivning og rehabilitering om seksualfunksjon bør gis til kvinner som har fått strålebehandling for livmorhalskreft.

Formålet med studien til Bilodeau & Bouchard (2011) var å beskrive opplevelsen av seksualitet for middelaldrende kvinner fra Quebec som lever med livmorhalskreft. Dette er en kvalitativ studie hvor ti kvinner var inkludert. Kriteriene; 40-60 år, har fullført strålebehandling for livmorhalskreft minst seks måneder tidligere, tilhører en fransktalende familie etablert i Quebec i minst to generasjoner. Intervjuet varte i 60-90 minutter. Det var tre sentrale temaer som kom frem i dataanalysen.

1: Kreftdiagnosen førte til en gradvis endring i deres livsverdier, de så på livet på en annen måte. De fikk en dypere forståelse for øyeblikket, med familien og med ektefellen. De kunne virkelig nyte livet og ikke dvele ved trivielle ting. De fokuserte mer på seg selv og sine behov og revurderte sine prioriteringer.



2: Så annerledes på ekteskapet. Åtte av deltagerne uttrykte betydningen av deres ektefelles tilstedeværelse og den oppmerksomheten de ga dem. De opplevde en større nærhet med ektefellen etter diagnosen.

3: Så på seksualitet på en annen måte. Seksualiteten ble en søken etter kjærlighet. Det ble mer varme, kjærtegn og nærhet. Ikke nødvendigvis penetrasjon og orgasme.

Selv om alle deltagerne rapporterte om at de er mindre aktive fysisk, har færre seksuelle relasjoner og mindre intens libido etter kreftdiagnosen, beskriver de sin seksualitet som voksende og mer tilfredsstillende. Funnene i studien viste at sykepleiere bør øke sin kompetanse for å kunne gjenkjenne disse kvinners seksuelle bekymringer og at videre forskning på området er nødvendig.

Hensikten med studien til Lammerink et al. (2012) var en systematisk gjennomgang av den seksuelle funksjon av livmorhalskreftoverlevende. Det ble analysert og fokusert på fire hovedkategorier av seksuell funksjon: Ønske, opphisselse, orgasme og smerter.

Sammenligninger ble gjort mellom frisk kontrollgruppe og livmorhalskreftoverlevende, overlevende før versus etter strålebehandling og mellom ulike behandlingsopplegg. Det ble sett på studier gjort mellom 1988 og 2010. Det ble vurdert metodisk kvalitet på studiene som er anbefalt av National Healths servicesenter for vurderinger og formidling. Tjue studier ble inkludert.

De fleste studier viste ingen forskjeller i evnen til å oppnå orgasme.

Livmorhalskreftoverlevende rapporterte flere vanskeligheter enn frisk kontrollgruppe og vanskelighetene var hyppigere og varte lenger etter strålebehandling. Mangel på fuktighet var hyppigere hos livmorhalskreftoverlevende og en betydelig reduksjon i seksuell interesse og aktivitet etter behandling ble funnet. Omtrent ti prosent av livmorhalskreftpasientene hadde mottatt noe informasjon om seksuelle senskader før behandling. Mesteparten av rådgivningen var fokusert på å gjenoppta samleie. Lammerink et al. konkluderer med at helsepersonell bør informere om risikoen for å utvikle dyspareuni, at par bør unngå smertefulle samleier, og i stedet bli instruert i hva som er smertefritt og hyggelig, det vil si å starte med klitorisstimulering.

## **Diskusjon**

Det å få en gynekologisk kreftdiagnose er en stor påkjenning og fokuset for de fleste er overlevelse. Rett etter at kreftdiagnosen er stillet, er de fleste pasienter mest opptatt av

diagnose, behandling og prognose (Langhelle, 2014). Spørsmålene kommer gjerne senere, opptil et år eller mer, før pasientene søker råd og veiledning (Gjessing et al., 2013, Langhelle, 2014).

Undersøkelsen til Wang et al. (2013) viste at få pasienter ønsket å konsultere sine stråleoncologer om seksuelle problemer etter gjennomført strålebehandling. Dette antyder at å diskutere seksuelle problemer med onkologer er ubehagelig for pasienter i Kina. Årsaken kan være at østasiatiske kvinner er motvillige til å diskutere seksuelle problemer med sine onkologer. Harding et al. (2013) skriver også at japansk kultur generelt behandler seksualitet som tabu for åpen diskusjon.

Forskning viser at kreftsykepleiere sjelden starter diskusjon med pasienter om seksuell funksjon, vanligvis på grunn av mangel på kunnskap og kommunikasjonsevner (Wang et al., 2013). Til tross for kulturelle forskjeller mellom øst og vest, kan det se ut som at det også i den vestlige, moderne verden er et tabubelagt emne. Det er fortsatt mange blant helsepersonell som unngår å snakke med pasientene og deres partnere om seksualitet (Borg, 2010). Grunner til det kan være at en velger å unngå vanskelige temaer, overdreven respekt, og at mange stiller for høye krav til egen kunnskap og profesjonalitet og derfor vegrer seg for å snakke med pasientene om temaet (Borg, 2010). Dette innebærer at kreftsykepleier må ta i bruk sine kunnskaper om seksualfunksjon, og sørge for at det blir tatt opp med pasientene.

Harding et al. (2013) konkluderer med at kvinnelig seksuell sykkelighet etter livmorhalskreftbehandling bør følges opp med rådgivning av spesialister. Seksuell rehabilitering, spesielt etter SB vil være nødvendig ved rutinemessig vurdering. Mangelen på rutinemessig kliniske vurderinger og tilgjengeligheten av henvisning til andre spesialister er spesielt merkbart i forhold til behandlingen av kvinnelige seksuelle problemer. I fremtiden bør klinisk vurdering av seksuell funksjon gis og iverksettelse av tiltak være en selvfølgelig oppfølging (Harding et al., 2013). Studien til Bilodeau & Bouchard (2011) viste at når kvinnene ble invitert til å snakke om sin seksualitet, selv om dette emnet ofte blir betraktet som delikat og konfidensielt, var det overraskende hvordan de gladelig delte sine egne erfaringer med hverandre. En anbefaling fra kvinnene ble lagt frem til helsevesenet om å etablere gruppemøter for befolkningen, slik at de kunne dele sine seksuelle bekymringer og bryte tabuer og oppfatninger om seksualitet (Bilodeau & Bouchard, 2011).

Sekse et al.(2014) skriver i sin studie om undervisning og veiledning i gruppe for kvinner behandlet for underlivskreft. Det var av stor betydning for kvinnene å føle fellesskapet i møte

med likesinnede. Det ble en arena til å sette ord på og dele erfaringer som de hadde vært igjennom. De opplevde å bli sett og få aksept og forståelse som de savnet i andre relasjoner og fellesskap. Å få mer kunnskap og informasjon i etterkant av kreftsykdommen er et behov som kommer tydelig frem i studier (Harding et al., 2013, Lammerink et al., 2012, Sekse et al., 2014).

Som helsearbeider har vi som oppgave å fremme seksuell helse, kunnskap og åpenhet i møte med pasienter med seksuelle problemer (Langhelle, 2014). Informasjon om mulige seksuelle konsekvenser kan fjerne misforståelser, avkrefte myter, gi trygghet og bedre behandlingsmotivasjonen (Langhelle, 2014). Kommunikasjon er det viktigste arbeidsredskapet sykepleieren har (Borg, 2010). Kommunikasjonsmodellen PLISSIT er forkortelse for fire trinn; 1. Permission – tillatelse til å snakke om seksualitet. 2. Limited information – gi informasjon om kreftsykdom, behandling og konsekvenser for seksuell helse. 3. Specific Suggestion – konkrete forslag gis til pasient og eventuelt til partneren. 4. Intensive Therapy – spesialisert kunnskap innen sexologi, urologi eller kirurgi (Borg, 2010, Gjessing, 2013).

I følge Eide & Eide (2007) kan pasienter som har fått beskjed om at de lider av en alvorlig kreftdiagnose få en følelse av at ”verden og livet” raser sammen. De går ofte inn i en krise og må gå igjennom de forskjellige fasene dette innebærer. Benektelse og fortregning er normalt en umiddelbar reaksjon som melder seg i første fase som er sjokkfase (Eide & Eide, 2007). Det vil si at informasjon gitt i denne fasen må gjentas flere ganger. Onkologene er de første som gir pasientene informasjon om diagnose, behandling og forløp. Imidlertid er det sykepleieren som vil være til stede etter at onkologen har gått og skal ivareta pasientens reaksjoner.

Det stilles krav til sykepleiers faglige kompetanse og kommunikasjonsferdigheter i slike situasjoner. En kreftsykepleier har spesialkompetanse og bør kunne håndtere slike utfordringer. Det er store variasjoner i plagene kvinnene får, og kreftsykepleier kan i ettertid få frem pasientens forståelse av hva som er sagt, gjenta informasjonen, utdype den eller supplere med skriftlig informasjon (Reitan, 2010). Reitan sier også at sykepleieren har et selvstendig ansvar for veiledning og undervisning, undervisningen kan foregå både i grupper og på individuelt nivå.

Forskningen viser at kvinnene har behov for veiledning og undervisning i hvordan de skal opprettholde sin seksuelle helse. Trinn tre i PLISSIT modellen sier noe om hvordan man kan

gi konkrete råd. Noen kvinner får så store problemer, både psykisk og fysisk, at sykepleier må henvise videre til spesialist, som beskrevet i trinn fire i PLISSIT modellen.

Det å snakke om endringene, inkludert seksuelle endringer, behandlingen og videre forløp er av stor betydning. Det gir pasientene en mulighet til å gjenvinne kontroll over egen kropp og eget liv (Langhelle, 2014, Reitan, 2010).

## Konklusjon

Kreftsykepleieren må ha gode kunnskaper om hvilke konsekvenser sykdommen og behandlingen har på kvinners seksualitet. På denne måten kan kreftsykepleier hjelpe kvinner til å bedre sin seksuelle helse etter behandlingen.

En kreftsykepleier må ha et avklart forhold til sin egen seksualitet og forstå at kvinner i alle aldre har sin egen seksualitet som påvirker deres livskvalitet i forskjellig grad.

Kreftsykepleier må ha gode evner innen kommunikasjon for å kunne åpne for samtale om temaet, gi informasjon og konkrete råd om hvordan man skal opprettholde sin seksuelle helse. Informasjonen kan gis som veiledning og undervisning både på individuelt nivå og i grupper. Denne forskningen viser at det bør være systematiske kliniske vurderinger og oftere henvisninger til spesialister.

Tverrfaglig samarbeid mellom kreftsykepleiere, onkologer og sexolog er en forutsetning for å lykkes i å fange opp problemene.

## Litteraturliste

Bilodeau, K. & Bouchard, L. (2011). The sexuality of Quebec women with cervical cancer:

Looking for love despite radiotherapy`s trauma to their sexual body. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 2011, 21 (4) s., 233-7.

Borg, T. (2010). Seksualitet. I A. M. Reitan og T. K. Schjølberg (Red.) *Kreftsykepleie: pasient- utfordring- handling* (3.utg.) (s.121-130). Oslo: Akribe AS.

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Gjessing, R., Borg, T., Dahl, A. A. (2013). Problemer med seksualitet. I Loge, J. H., Dahl, A. A., Fosså, S. D., Kiserud, C. E., (Red.). *Kreftoverlevende, Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Harding, Y., Ooyama, T., Nakamoto, T., Wakayama, A., Kudaka, W., Inamine, M., Nagai, Y., Ueda, S., Aoki, Y. (2013). Radiotherapy- or Radical Surgery – Induced Female Sexual Morbidity in Stages 1B and 2 Cervical Cancer. *International Journal of Gynecological cancer*, 24 (4).
- Kristensen, G. (2012,a). Svulster i kvinnelige genitalia. I R.Kåresen og E. Wist (Red.) *Kreftsykdommer- en basisbok for helsepersonell* (3.utg.) (s.305-310). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristensen, G. (2010,b). Kreft i kvinnelige kjønnsorganer. I A. M. Reitan og T. K. Schjølberg (Red.) *Kreftsykepleie: pasient- utfordring- handling* (3.utg.) (s. 528-541). Oslo: Akribe AS.
- Lammerink, E.A.G., de Bock, G.H., Pras, E., Reyners, A.K.L. Moutits, M. J. E., Sexual function of cervical cancer survivors: A review with a femal perspective (2012). *Maturitas*, 72 s.296-304.
- Langhelle, T.H. (2014). Seksualitet og kroppsbilde – konsekvenser av gynekologisk kreft. *Kreftsykepleie*, 2, s. 18-20.
- Norsk sykepleierforbund (2011). ICNs etiske regler i *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- Reitan, A. M. (2010). Kommunikasjon. I A. M. Reitan og T. K. Schjølberg (Red.) *Kreftsykepleie: pasient- utfordring- handling* (3.utg.) (s. 102-120). Oslo: Akribe AS.
- Sekse, R. J. T., Buestad, I., Vika, M. E. (2014). Undervisning og veiledning i gruppe for kvinner behandlet for underlivskreft. En hjelp i rehabiliteringen? *Vård i Norden*, no.114, vol. 34, s. 10-14.

Siggerud, M. A. (2010). Sykepleieutfordringer ved strålebehandling. I A. M. Reitan og T. K. Schjølberg (Red.) *Kreftsykepleie: pasient- utfordring- handling* (3.utg.) (s. 150-159). Oslo: Akribe AS.

Wang, J., Sun, X., Cai, R., Jiao, S., Yu, H., Zhang, Y., Feng, G., Ren, S., Zhao, Y., Du, X. (2013). Attitudes and Behavior of Radiation Onkologists Toward Sexual issues of Cervical cancer Patients Who Receive Radiation Therapy. *International journal of Gynecological Cancer*, 23 (2), s. 393-398.