



Gynekologisk kreft og seksualitet

Hvordan kan sykepleier anvende PLISSIT-modellen for å hjelpe pasienter med gynekologisk kreft til å ivareta sin seksualitet?

Kandidatnummer: 1101

VID vitenskapelige høgskole

Oslo, Diakonhjemmet

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: BASYK16

Antall ord: 10811

21.03.2019

«Du har kjent den hele livet.

Kraften som får blodet til å bruse og suse.

Kraften som får huden til å rødme eller blekne.

*Du kjente den som barn. Da du fantaserte om å la hånda stryke over den
nydelige nakken til han som satt på pulten foran deg.*

*Du kjente den som ungdom. Da du tegnet forte og forbudte tegninger på
naboens husvegg i høstmørket.*

*Du kjente den da du for aller første gang lå hud mot hud og pust mot pust med
et annet menneske, og var veldig lykkelig og veldig engstelig på samme tid.*

Vi kjenner den gjennom hele livet. Kraften vi kaller seksualitet.

*Noen tror den seksuelle delen av oss sitter mellom beina. Men den sitter like
mye mellom ørene. (...)*

*Vi snakker fortsatt for lite og for sjelden om at seksualitet er en fantastisk
kraft som kan gi god helse og høy livskvalitet. Når du er ung eller gammel.
Når du er frisk eller syk (...). (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s.3).*

Sammendrag

Problemstilling

Hvordan kan sykepleier anvende PLISSIT-modellen for å hjelpe pasienter med gynekologisk kreft til å ivareta sin seksualitet?

Metode

Metoden er litteraturstudie, basert på kunnskap fra allerede eksisterende forskning, faglitteratur og teori.

Funn

Gynekologisk kreft og behandlingen fører til fysiske og psykososiale problemer knyttet seksualitet. Pasientene ønsker å snakke om dette med sykepleiere, men tar ikke selv initiativet. Mange sykepleiere unngår også temaet. Dette fører blant annet til at pasientene føler seg alene om problemene og ikke er forberedt på senskader som kan få konsekvenser for deres seksuelle helse.

Drøfting

I drøftingen diskuteres de tre første nivåene i PLISSIT-modellen i lys av forskning, erfaringsbasert kunnskap og teori som tidligere er presentert i oppgaven.

Konklusjon

PLISSIT-modellen er en nyttig modell som sykepleiere kan bruke for å hjelpe pasienter med gynekologisk kreft som har ulike nivåer av behov for hjelp når det gjelder seksualitet.

Abstract

Topic

How can nurses use the PLISSIT model to help patients with gynecological cancer to maintain their sexuality?

Method

The method is a literature study, based on knowledge from already existing research, literature and theory.

Findings

Gynecological cancer and the treatment leads to physical and psychosocial problems related to sexuality. The patients want to talk about these issues with nurses, but do not take the initiative for conversation. Nurses also avoid the topic. This leads, among other things, to the patients feeling alone about the problems and not being prepared for problems that can have consequences for their sexual health.

Discussion

The first three levels of the PLISSIT model are discussed in light of research, experience based knowledge and theory, previously presented in the thesis.

Conclusion

The PLISSIT model is a useful model that nurses can use to help patients with gynecological cancer who have different levels of need for help in issues concerning sexuality.

Innholdsfortegnelse

1.1 Bakgrunn.....	6
1.2 Presentasjon av problemstillingen	7
1.3 Avgrensning av problemstilling	8
1.4 Begrepsavklaring.....	8
1.5 Oppgavens oppbygging.....	9
2 Metode	10
2.1 Litteraturstudie som metode	10
2.2 Søkestrategi.....	11
2.2.1 Søk etter forskningsartikler.....	11
2.2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	12
2.2.3 Søk etter øvrig litteratur	12
2.3 Valg av relevant forskning.....	13
2.4 Valg av øvrig litteratur	14
2.5 Kildekritikk.....	15
2.6 Etske vurderinger	16
3 Teoretisk grunnlag	17
3.1 Gynekologisk kreft	17
3.2 Innvirkning på pasientens seksualitet	17
3.2.1 Fysiske konsekvenser	18
3.2.2 Psykososiale konsekvenser.....	19
3.3 Pasientens opplevelse av hvordan seksualitet ivaretas.....	20
3.4 Sykepleierens rolle og funksjon.....	21
3.4.1 Sykepleieres ivaretagelse av seksualitet.....	22
3.5 Usikkerhet ved sykdom.....	24
3.6 PLISSIT-modellen.....	25
4 Drøfting	27
4.1 Gi tillatelse.....	27
4.2 Begrenset informasjon	30
4.2.1 Fokuset på seksualitet i sykepleierutdanningen	32
4.3 Spesifikke forslag.....	33
4.4 Noen begrensninger ved bruk av PLISSIT-modellen	34
5 Konklusjon	35
Litteraturliste.....	37
Vedlegg 1	42
Vedlegg 2.....	47

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Interessen for å skrive om gynekologisk kreft og seksualitet fikk jeg i forbindelse med praksisperiode på en gynekologisk sengepost, hvor jeg fikk møte pasienter pre- og postoperativt. En stor andel fikk utført hysterektomi eller konisering, og ofte var årsaken celleforandringer eller kreft. Underveis i praksis reflekterte jeg over at seksualitet var et tema som i liten grad var samtaleemne blant sykepleiere eller med pasienter. Sykehusets prosedyrer ble fulgt vedrørende informasjon som skulle gis pasienten før og etter operasjon og ved utreise. Informasjon om seksualitet var begrenset til å fortelle om antall uker pasienten skulle unngå samleie etter operasjon, og gi pasienten et skriv om dette samt annen praktisk informasjon før utreise.

Jeg opplevde også at seksualitet i liten grad ble dokumentert. Sykehuset bruker systemet DIPS til å kartlegge pasientens funksjonsområder, hvorav seksualitet og reproduksjon er ett av disse. Gjennomgående var det kun pasientens sivilstatus, antall barn eller ønske om barn som ble registrert. Da jeg tok opp spørsmålet om seksualitet med sykepleiere på avdelingen, svarte enkelte at det hendte de snakket om seksuelle problemer med pasientene, mens andre fortalte at mangel på tid, kort liggetid og prosedyrer som ikke omhandlet seksualitet kunne være noen forklaringer på det manglende fokuset.

I 2017 ble det registrert totalt 1677 tilfeller av kreft i kvinnelige kjønnsorganer. Det har vært en økning i antall tilfeller i 5-års perioden 2008-2012 målt mot 2013-2017 på 6,4 % (Kreftregisteret, u.å.). Ifølge statistikk i Kreftregisteret (u.å.), var kreft i kvinnelige kjønnsorganer den kreftformen med tredje flest registrerte tilfeller hos kvinner i 2017, etterfulgt av brystkreft og kreft i fordøyelsesorganer. Mange som rammes av kreft opplever at sykdommen og behandlingen får negative følger for den seksuelle helsen, og kreft i urogenitalområdet, slik som gynekologisk kreft, påvirker seksualiteten i særlig grad (Borg, 2017, s. 122).

Som det fremgår av de yrkesetiske retningslinjene til Norges Sykepleierforbund (NSF) har sykepleieren et etisk ansvar for å ivareta pasientens behov for helhetlig omsorg (NSF, 2011, s. 8). Seksualitet favner både det å elske og kjenne seg elsket og er en viktig betingelse for å bevare god helse (Borg, 2017, s. 121). Det er derfor viktig at sykepleiere erkjenner at

seksualitet handler om helse og at dette ivaretas som andre grunnleggende behov. Seksuell helse er også et fokusområde hos myndighetene. I «Strategi for seksuell helse (2017–2022)» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 8) er en av hovedmålsettingene å sikre at helsepersonell respekterer og forstår pasientenes seksuelle behov. I strategien påpekes det at seksuell helse er en helsefremmende ressurs, og at det forutsetter kunnskap og bevissthet om seksuell helse hos helsepersonell for at denne ressursen ivaretas (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 26).

Sykepleiere skal etter helsepersonelloven (1999, § 4) utføre faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp. Når vi vet at gynekologisk kreft og behandlingen pasientene får kan gi redusert seksuell helse, sier dette noe om pasientenes behov for informasjon og rådgivning (Borg, 2017, s. 125) for at de skal kunne mestre sin livssituasjon på best mulig måte. Sykepleiere har et etisk ansvar for å understøtte mestring (NSF, 2011, s. 8), som i stor grad handler om å ha krefter til å møte utfordringer og følelse av kontroll over eget liv (Kristoffersen, 2016, s. 356).

Blant helsepersonell er det mange som av ulike årsaker unngår å snakke om seksualitet i møte med pasienter og deres partner (Borg, 2017, s. 126). I en undersøkelse utført av Gynkreftforeningen (2015), svarte over halvparten at de ikke har fått noe tilbud om hjelp fra helsepersonell knyttet til seksualitet etter at de fikk gynekologisk kreft. Jeg har derfor ønsket å se nærmere på hvordan PLISSIT-modellen kan være til hjelp på dette området.

Hensikten med oppgaven er å vise hvordan sykepleiere kan bruke PLISSIT-modellen for å hjelpe pasienter til å ivareta sin seksualitet. For å få en forståelse for nødvendigheten av anvendelse av PLISSIT-modellen, er hensikten videre å undersøke hvilke utfordringer pasienter med gynekologisk kreft har knyttet til seksualitet, hvordan pasientene opplever at deres seksuelle helse ivaretas av sykepleiere og hvilke barrierer sykepleiere har på dette området.

1.2 Presentasjon av problemstillingen

Med dette som bakgrunn har jeg formulert følgende problemstilling: Hvordan kan sykepleier anvende PLISSIT-modellen for å hjelpe pasienter med gynekologisk kreft til å ivareta sin seksualitet?

1.3 Avgrensning av problemstilling

Livmorhalskreft rammer kvinner i alle aldre, mens kreft i livmor og eggstokker i størst grad rammer middelaldrende og eldre (Borg, 2017, s. 123). Problemstillingen er derfor avgrenset til å gjelde voksne i alderen 18 år til 80 eller mer.

Arena for problemstillingen er sykehus, hvor behandlingen foregår. PLISSIT-modellen kan også benyttes i andre sammenhenger, men sykehus som arena er valgt da det anbefales å gi pasienten informasjon om seksualitet før utskrivelse fra sykehus (Kreftforeningen, 2019).

Sykepleier skal bidra til at pårørendes rett til informasjon blir ivaretatt (NSF, 2011, s. 9). Seksualitet er noe de fleste deler med en annen person. Det er derfor viktig å inkludere en eventuell partner i samtaler om dette. Betydningen av å involvere en partner er nevnt i oppgaven men ikke utdypet på grunn av oppgavens omfang.

Av samme grunn nevnes heller ikke spesifikke tiltak til pasienter som får gynekologisk kreft i fertil alder. Det å måtte fjerne organer som medfører at man ikke kan få barn er en betydelig tilleggsbelastning (Jerpseth, 2016, s. 154), og bør derfor ivaretas deretter.

Kun deler av Merle Mishels middel-range teori om usikkerhet ved sykdom er omtalt da det ville blitt for omfattende å gjøre rede for hele modellen.

I drøftingen vil det være hovedfokus på det første nivået i PLISSIT-modellen og til dels nivå to og tre. Dette fordi en sykepleier med grunnutdanning kun har tilstrekkelig kompetanse til å ivareta de to første nivåene (Gamnes, 2016, s. 400).

Det ville vært interessant å undersøke studier fra ikke-vestlige land for å få et sammenligningsgrunnlag, men på grunn av oppgavens omfang ble dette utelatt.

1.4 Begrepsavklaring

Seksualitet: Seksualitet er et sammensatt fenomen som angår alle mennesker uavhengig av alder og livssituasjon (Gamnes, 2016, s. 373). Mange ser på seksualitet som en fysisk relasjon mellom to personer. I denne oppgaven forstås begrepet ut fra Verdens helseorganisasjons arbeidsdefinisjon, WHO (2006a). I følge WHO utgjør seksualitet en sentral del av menneskers liv, og omfatter seksuell orientering, kjønnsidentitet og roller, sex, reproduksjon, nytelse og intimitet. Seksualitet oppleves og uttrykkes utfra holdninger, verdier, relasjoner, fantasier og lyster, og påvirkes av blant annet fysiske, psykiske, åndelige, kulturelle og sosiale faktorer.

Seksuell helse: Begrepet forstås utfra WHO (2006a) sin definisjon som en tilstand der seksualitet oppleves som fysisk, psykisk og sosialt velvære, og forutsetter en positiv og respektfull tilnærming til seksualitet og mulighet til behagelige og trygge seksuelle opplevelser.

1.5 Oppgavens oppbygging

Oppgaven inneholder fem kapitler. I kapittel 1 gjør jeg rede for bakgrunnen for valg av tema og problemstilling, begrepsavklaringer og avgrensning av oppgavene. I Kapittel 2 beskrives litteraturstudie som metode, søkeprosessen for valg av teori og forskningsartikler samt kildekritikk. Teoridelen redegjøres for i Kapittel 3. Her presenteres teori og forskning om gynekologisk kreft og de fysiske og psykosomatiske konsekvenser som sykdommen og behandlingen kan ha for kvinnens seksualitet. Videre presenteres pasientenes opplevelse av hvordan seksualitet ivaretas, sykepleiernes rolle og funksjon og hvordan sykepleiere ivaretar seksualitet. Teoridelen avsluttes med Merle Mishels teori om usikkerhet ved sykdom, og en presentasjon av PLISSIT-modellen. I drøftingen, i kapittel 4, diskuteres de tre første nivåene av PLISSIT-modellen i lys av forskning, erfaringsbasert kunnskap og teoretisk perspektiv som er presentert i teoridelen. Avslutningsvis, i konklusjonen, vil jeg redegjøre for hvordan jeg vurderer at problemstillingen er besvart i lys av drøftingen.

2 Metode

2.1 Litteraturstudie som metode

En metode er en fremgangsmåte som viser hvordan kunnskap bør innsamles og hvordan den skal kunne etterprøves (Dalland, 2012, s. 111). I denne oppgaven er det krav til bruk av litteraturstudie som metode. Metoden innebærer å systematisere kunnskap fra allerede eksisterende forskning og teori (Thidemann, 2015, s. 79). Formålet er at leseren skal få innsikt i kunnskapen som finnes om problemstillingen i studien og fremgangsmåten som er brukt for å komme frem til kunnskapen (Thidemann, 2015, s. 79). Litteraturstudie kan brukes som utgangspunkt for en empirisk undersøkelse eller for å foreta en gjennomgang eller vurdering av tilgjengelig kunnskap (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015, s. 62). I sykepleien er det et krav om å jobbe kunnskapsbasert, og en av fordelene med en litteraturstudie er at den gir oversikt over kunnskap som finnes på feltet (Christoffersen et al., 2015, s. 63). En utfordring med metoden kan være at det finnes store mengder publiserte artikler (Christoffersen et al., s. 63). Dette setter blant annet krav til at litteratursøket tydeliggjøres.

I de valgte studiene for oppgaven er det brukt kvantitativ og kvalitativ metode for å belyse problemstillingen.

Kvantitativ metode er en metode som gir data som er målbare i tall (Thidemann, 2015, s. 78). Tallene gir mulighet for statistiske beregninger og funnene presenteres ofte i tabeller. Metoden brukes blant annet når målet med studien er å få representative årsak-virknings-forhold, frekvenser, oversikter og tydelige mønstre. Et kjennetegn ved metoden er at man får et lite antall opplysninger fra mange undersøkelsesobjekter. Data samles inn ved bruk av spørreskjema, eller strukturert og systematisk observasjon eller eksperiment (Thidemann, 2015, s. 78).

Kvalitativ metode brukes for å få forståelse om egenskaper ved mennesker, som for eksempel holdninger, motiver og opplevelser, og kjennetegnes ved dybdekunnskap (Thidemann, 2015, s.78). Datainnsamling gjøres ved intervju, observasjon, feltarbeid eller dokumentanalyse. Intervjuet er preget av fleksibilitet uten faste svaralternativer (Dalland, 2015, s. 113). Dataene som fremkommer blir tolket av forskerne (Dalland, 2012, s. 114), noe som kan være en utfordring da dette gir rom for mistolkning.

I studiene er det brukt ulike design (vedlegg 1). Kohortstudie innebærer å undersøke de samme individene over tid (Christoffersen et al., 2015 s. 223). I en tverrsnittstudie benyttes data fra en periode eller et bestemt tidspunkt (Christoffersen et al., 2015, s. 221). En fenomenologisk studie utforsker det subjektive perspektivet hos deltakerne og prøver å gi svar på hvordan verden blir slik den er (Christoffersen et al., s. 221).

2.2 Søkestrategi

2.2.1 Søk etter forskningsartikler

Før jeg startet søk etter forskningsartikler skumlese jeg egen relevant pensumlitteratur om gynekologisk kreft og seksualitet. Dette ga et raskt teoretisk overblikk av fagområdet og terminologi til bruk i søkeprosessen i databaser.

Databasene som ble brukt var Cinahl with full text og SweMed+, da dette er anerkjente databaser innenfor sykepleieforskning.

Databasenes egne standardiserte emneordssystemer ble benyttet som søkeord. I SweMed+ ble MeSH brukt, mens Cinahl Headings ble brukt i Cinahl. Bruk av databasenes standard emneordssystemer bidrar til å sikre at artiklenes sentrale innhold omhandler søkeordene som er brukt (Thidemann, 2015, s. 87).

Det kunne vært aktuelt å bruke norske søkeord i SveMed ettersom dette er en nordisk base, men da norske MeSH-termer likevel oversettes til engelsk i basen, ble kun engelske termer benyttet. Norsk, dansk, svensk og engelsk språk ble valgt for å finne eventuelle artikler på disse språkene. Jeg startet søket med gynekologisk kreft og de tre hovedgruppene av denne kreftformen, og søkte videre på seksualitet, sykepleierens rolle, kreftpasient, veiledning og PLISSIT- modellen. Det dukket også opp andre ord i databasenes egne emneordssystemer som ble brukt. De endelige søkeordene var: genital neoplasms female, ovarian neoplasms, uterine neoplasms, cervix neoplasms, sexuality, sexual health, sexual dysfunction psychological, sexual dysfunction physiological, nursing, nursing assessment, nursing role, nursing care, oncology nursing, cancer patients, patient education, guidance. Ingen av forskningsartiklene omhandlet PLISSIT-modellen, og jeg gjorde derfor fritekstsøk på PLISSIT og PLISSIT model, men fikk kun treff på fagartikler eller forskningsartikler som ikke var relevante for problemstillingen.

De boolske operatorene AND og OR ble brukt for å henholdsvis begrense og utvide søket (Thidemann, 2015, s. 88). For fullstendig oversikt over søkestrategi, se vedlegg (2).

For å velge ut relevante forskningsartikler leste jeg først tittelen på problemstillingen. Hvis den var relevant ble sammendraget lest, og på grunnlag av dette valgte jeg videre artikler jeg leste i sin helhet. Det var mange treff på enkeltord som genital neoplasms female, men i kombinasjon med søkeord som sexuality eller nursing var det et relativt begrenset antall treff med relevans for oppgavens problemstillingen.

Artikler som det ikke var lesetilgang til via databasene ble søkt opp på Oria og Google Scholar, eller bestilt via biblioteket til VID Oslo, Diakonhjemmet.

2.2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjons- og eksklusjonskriterier tydeliggjør litteratursøket, avgrensar mengden litteratur og gjør søket mer relevant ut fra den kunnskapen man ønsker (Thidemann, 2015, s. 84).

Inklusjonskriterier når det gjaldt forskningsartiklene var at de skulle være relevante for problemstillingen og fagfellevurdert, som innebærer at artiklene er vurdert og godkjent av eksperter innen fagområdet (Dalland, 2012, s.78). Videre skulle de ha godkjenning fra en etisk komite. Dette skal sikre at enkeltpersoners og samfunnets interesser er ivaretatt (Dalland, 2012, s. 98). Artiklene skulle være publisert i tidsrommet 2009-2019, være på norsk, engelsk, dansk eller svensk språk samt ha en IMRaD struktur. IMRaD er en anerkjent disponering av tekst i vitenskapelige artikler, og består av en innledning med hensikten med studien (I), metoden som er valgt (M), resultatene (R) og en diskusjon av resultatene (D) (Thidemann, 2015, s. 30).

Eksklusjonskriteriet var studier fra Asia, Afrika, Latin-Amerika, Oseania utenom Australia og New Zealand, og Europa utenom EU/EØS, som er Statisk sentralbyrå (2008) sin definisjon av ikke-vestlige land. Disse landene ble utelatt for at studiene skulle ha mest mulig relevans for norske forhold.

2.2.3 Søk etter øvrig litteratur

Søk etter øvrig litteratur ble gjort i egne tidligere pensumbøker, på biblioteket til VID Oslo, Diakonhjemmet og på internett. På biblioteket gikk jeg først gjennom hyllene på for å lete

etter relevant litteratur. Deretter søkte jeg på Oria.no for å finne siste tilgjengelig utgaver og få innblikk i annen litteratur som fantes.

2.3 Valg av relevant forskning

For å strukturere de ulike forskningsartiklene laget jeg en litteratormatrise (vedlegg 1). I denne ble hensikt med studien og hovedfunn beskrevet, som gjorde det enkelt å få oversikt over hvilke studier som var aktuelle å bruke for å belyse ulike deler av problemstillingen.

Fire studier ble brukt til å belyse fysiske og psykososiale konsekvenser av sykdommen relatert til seksualitet hos pasientene. Disse var: «Sexual activity and functioning in women treated for gynaecological cancers» (Sekse, Hufthammer & Vika, 2016), «Late symptoms in long-term gynaecological cancer survivors after radiation therapy: a population-based cohort study» (Lind et al., 2011), «Life beyond cancer: women's experiences 5 years after treatment for gynaecological cancer» (Sekse, Raaheim, Blaaka & Gjengedal, 2010) og «Experiences of incontinence and pelvic floor muscle training after gynaecological cancer treatment» (Lindgren, Dunberger & Enblom, 2017).

For å belyse pasientgruppens opplevelse av hvordan seksualitet ivaretas av sykepleiere ble følgende fire artikler brukt.: «Life beyond cancer: women's experiences 5 years after treatment for gynaecological cancer» (Sekse et al., 2010), «Shyness and openness – common ground for dialogue between health personnel and women about sexual and intimate issues after gynecological cancer» (Sekse, Råheim & Gjengedal, 2015), «Facilitating psychosexual adjustment for women undergoing pelvic radiotherapy: pilot of a novel patient psycho-educational resource» (Lubotzky et al., 2015) samt «Supportive Care Needs After Gynecologic Cancer: Where Does Sexual Health Fit in?» av McCallum et al. (2014).

Tre artikler viste sykepleieres perspektiver på ivaretagelse av pasientens seksualitet; «Nurses' perceptions of providing psychosexual care for women experiencing gynaecological cancer» (Williams, Hauck & Bosco, 2017), «Patient's sexuality – A neglected area of cancer nursing?» (Olsson, Berglund, Larsson & Athlin, 2012) og «Psychosexual support for gynecological cancer survivors: Professionals' current practices and need for assistance» av Vermeer, Bakker, Stiggelbout, Creutzberg, Kenter & ter Kule (2014).

Blant de elleve studiene, var seks med kvalitativ metode, fire med kvantitativ og i to av studiene var begge metoder brukt.

Kvantitative studier i oppgaven har gitt en oversikt over blant annet hvor mange som plages med smerter eller andre utfordringer knyttet til seksualitet på grunn av sykdommen og behandlingen, hvor mange som er seksuelt aktive, i hvilken grad de er fornøyd med seksuallivet og hva som kjennetegner de som har størst behov for hjelp.

De kvalitative studiene har bidratt til å gi en dypere forståelse for både pasientenes og sykepleieres opplevelser og erfaringer med tanke på ivaretagelse av seksualitet, og hvordan dette behovet kan ivaretas på en bedre måte.

2.4 Valg av øvrig litteratur

Til å belyse gynekologisk kreft brukte jeg boka «Sykdom og behandling» (Ørn & Bach-Gransmo, 2016) som hovedkilde, og supplerte med boka «Kreftsykepleie, pasient – utfordring – handling» (Reitan & Schølberg, 2017). Her fant jeg også relevant fagstoff om fysiske og psykososiale konsekvenser av sykdommen. Sistnevnte bok ble også brukt som kilde til seksualitet. Andre kilder som ble benyttet til å gjøre rede for seksualitet og sykepleie ved gynekologisk kreft var bøkene «Klinisk sykepleie 2» (Stubberud, Grønseth & Almås, 2016) og «Grunnleggende sykepleie. Grunnleggende behov» (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016).

Dorothea Orem er en sykepleieteoretiker som blant annet beskriver veiledning, støtte og undervisning som hjelpemetoder som sykepleier kan anvende for å styrke pasientens ressurser, og jeg valgte derfor å bruke hennes bok «Nursing Concepts of Practice» (1995) til å definere disse begrepene.

Jeg valgte Merle Mishels middel-range teori «Usikkerhet ved sykdom» (1988) for å belyse deler av problemstillingen. Teorien er relevant da den baseres på Mishels egne studier på blant annet gynekologisk kreft og er benyttet av flere norske sykepleieforskere (Kristoffersen, 2016, s. 64).

PLISSIT-modellen er omtalt i flere av de tidligere nevnte fagbøkene som en metode anbefalt i samtale om seksualitet med pasienter. I boka «Kreftsykdom. Psykologiske og sosiale perspektiver» (Dahl, 2016) er også BETTER-modellen presentert, som er av nyere dato. Valget falt likevel på PLISSIT-modellen da denne er dokumentert brukt på norske sykehus (Dahl, 2016, s. 248). Annon står bak modellen, og hans artikkel «The PLISSIT Model: A proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems» (1976) ble

brukt som kilde til å beskrive de ulike nivåene i modellen. Supplerende kilder var bøkene «Grunnleggende sykepleie. Grunnleggende behov» (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016), «Kreftsykdom. Psykologiske og sosiale perspektiver» (Dahl, 2016) og «Kreftsykepleie, pasient – utfordring – handling» (Reitan & Schølberg, 2017).

Ulike nettkilder som Norges Sykepleieforbund, Kreftregisteret, Kreftforeningen, Gynkreftforeningen, Helse- og omsorgsdepartementet, Lovdata og Oncolex ble brukt som kilder for å belyse ulike deler av problemstillingen.

2.5 Kildekritikk

Kildekritikk innebærer å vurdere og karakterisere de kildene som anvendes for å for å kunne fastslå om kilden er sann (Dalland, 2012, s. 67).

I denne oppgaven skulle det ikke gjøres kvalitetsvurdering av forskningsartiklene. Jeg har derfor kun vurdert artiklenes validitet. Validitet betyr relevans og gyldighet, og innebærer at resultatene i studiene som er benyttet skal være relevante til problemstillingen (Dalland, 2012, s. 52). Begrunnelse for artiklenes relevans er beskrevet i litteraturmatriksen (vedlegg 1).

Artikkelen «Life beyond cancer: women's experiences 5 years after treatment» ble publisert i 2010, og kvinnene som deltok hadde derfor avsluttet behandlingen fem år tidligere. Dette kan svekke funnenes relevans med tanke på at kunnskapen kan være utdatert. Studien ble likevel valgt da det var begrenset med søketreff på pasientenes opplevelse av ivaretagelse av seksualitet, samt at resultatene som fremkom i undersøkelsen til Gynkreftforeningen (2015), nevnt i innledningen, bekrefter at funnene fortsatt har aktualitet i dag. Jeg har ikke fått tilgang til sistnevnte undersøkelse i sin helhet. Studien er likevel nevnt i innledningen på grunn av dens relevans for problemstillingen og da jeg forutsetter av foreningen arbeider seriøst.

Sekse er medforfatter av tre studier som er med i oppgaven, noe som jeg har tenkt kan være uheldig for å få en bredde i analysegrunnlaget. Jeg har likevel valgt å bruke alle studiene da de belyser ulike perspektiver som er aktuelle for problemstillingen.

Ved å ha benyttet andre databaser, søkeord eller søkeordkombinasjoner, ville jeg ha kunnet funnet artikler som hadde gitt andre perspektiver og svar på problemstillingen.

Alle artiklene var på engelsk, og det er derfor en fare for at noe av innholdet kan ha blitt mistolket og gitt feil meningsinnhold. Google Translate og norsk faglitteratur ble benyttet for å finne oversettelser. Begrepet «psykoseksual» er brukt i noen artikler. Jeg har ikke funnet

tilsvarende begrep på norsk og har derfor oversatt dette til å handle om seksualitet, ettersom definisjonen av seksualitet som er brukt i oppgaven også omhandler den psykiske dimensjonen.

Faglitteraturen er valgt utfra pensumbøker fra studiet samt litteratur funnet på høgskolens bibliotek, og må derfor kunne regnes som valide. Jeg har brukt siste utgave av bøkene dersom disse har vært tilgjengelige, for å at innholdet skal være så oppdatert som mulig. Ettersom mye av teksten i faglitteraturen er sekundærlitteratur og omarbeidet av originalforfatteren, eller primærkilden, utgjør det en risiko for feiltolkninger. Når bøkene er på pensumlister til høgskolen, må de likevel regnes som pålitelige. For å sikre mest mulig objektiv gjengivelse av Merle Mishels teori og PLISSIT-modellen, er originalforfatterne brukt som hovedkilde.

Kun velkjente nettkilder er brukt, og må derfor kunne regnes som pålitelige.

2.6 Etiske vurderinger

Oppgaven gir innsyn i hvordan kilder og informasjon er samlet inn. Alle kilder er referert til etter APA standarden og personvern er ivaretatt gjennom anonymisering. Oppgaven følger skolens retningslinjer for oppgaveskriving.

3 Teoretisk grunnlag

3.1 Gynekologisk kreft

Gynekologisk kreft er et samlebegrep for maligne svulster som utgår fra de kvinnelige kjønnsorganene (Oncolex, 2017), og deles inn i tre store hovedgrupper: kreft i livmoren, livmorhalsen og eggstokkene (Jacobsen, 2017. s. 604). Livmorhalskreft rammer kvinner i alle aldre, mens kreft i livmor og eggstokker i størst grad rammer middelaldrende og eldre (Borg, 2017, s. 123).

Kreft i livmoren behandles kirurgisk med samtidig fjerning av livmor, eggstokker, eggledere, glandler og omkringliggende vev, avhengig av lokal invasjon og metastasering (Kristoff, 2016, s. 410). Stråling og hormonell terapi er behandlingsalternativer. 85-90 % har 5-års overlevelse dersom svulsten er lokal. Dersom svulsten har vokst gjennom til omkringliggende eller fjernere organer, synker 5-års overlevelse til 20%.

Behandling av kreft i livmorhalsen er avhengig av stadieinndeling (Kristoff, 2016, s. 410). Dersom svulsten er lokal, fjernes livmoren og livmorhalsen kirurgisk. Ved vekst inn i omliggende vev, fjernes i tillegg eggstokkene og lymfeknuter i det lille bekkenet. I tillegg behandles pasienten med stråling og cytostatika. Prognosen for 5-års overlevelse er 90 % med lokal cancer. Ved innvekst i nærliggende organer eller ved fjernmetastaser synker overlevelse etter 5 år til 18 %.

Kreft i eggstokkene behandles kirurgisk med fjerning av eggstokker, livmor, lymfeknuter og omentet. I tillegg får pasienten cytostatika. Da kreft i eggstokkene gir få symptomer i starten, kommer mange sent til behandling, noe som kan være årsaken til at 5-års overlevelse i snitt kun er 45 %. 92 % overlever etter 5 år dersom kreften kun er lokal (Kristoff, 2016, s. 411).

3.2 Innvirkning på pasientens seksualitet

Mange overlever kreft i underlivet, men de fleste vil oppleve at sykdommen og behandlingen får negative konsekvenser for den seksuelle helsen (Borg, 2017, s. 122).

3.2.1 Fysiske konsekvenser

Som beskrevet ovenfor, innebærer kreftformene behandling med kirurgi som kan medføre fjerning av blant annet livmor, eggstokker og omkringliggende vev. Ved fjerning av livmor, fjernes samtidig også ofte livmorhalsen og øverste del av skjeden (Jacobsen, 2017, s. 605). Dette fører til at skjeden blir kortere, noe som vil kunne gi støtsmerter ved samleie.

Fjerning av eggstokker hos kvinner før overgangsalder vil medføre kunstig fremkalt menopause (Jacobsen, 2017, s. 605). Stråling og kjemoterapi kan svekke eggstokkfunksjonen, med infertilitet og framskyndet menopause som resultat. Strålebehandling og hormonmangel kan gi tørre slimhinner i skjeden, noe som gir smerter og øker faren for infeksjoner. En studie utført i Norge (Sekse et al., 2016) viste at blant de seksuelt aktive kvinnene som hadde blitt behandlet for ulike former av gynekologisk kreft, var ca. halvparten plaget med tørrhet i skjeden. 41 % opplevde smerte eller ubehag under samleie (Sekse et al., 2016, s. 404).

Stråling medfører også atrofi av slimhinnen i vagina samt fibrose av vaginalveggen. Dette reduserer elastisiteten og kan gi kort og trang vagina, og dermed seksuelle plager (Kristensen, 2017, s. 596)

Blant deltagere i en svensk studie (Lind et al., 2011) der pasienter med gynekologisk kreft hadde blitt behandlet med stråling eller en kombinasjon av stråling og kirurgi, svarte 34 % at vagina var lite elastisk. 31% av hadde redusert evne til samleie, noe som ledet til lavere samleiefrekvens. 17 % svarte at de hadde smerter ved samleie (Lind et al., 2011, s. 740).

Strålebehandling kan også gi atrofi av blærens slimhinne og skrumpning av blæren, som kan føre til at hyppigere vannlating og inkontinens (Kristensen, 2017, s. 596). Tarmen påvirkes også av stråling, og ca. 15 % får kronisk diaré. Studien til Lind et al. (2011, s. 740) viste at ca. én av tre opplevde hasteinkontinens noen ganger og at like mange opplevde fekal lekkasje uten forvarsel.

Ca. 5% får lymfødem etter fjerning av lymfeknuter fra bekkenveggene. Andre komplikasjoner som kan oppstå er fistler til blære eller tarm, eller tarmstenoser som må opereres (Kristensen, 2017, s. 596). Fistler kan forårsake siving av urin eller avføring (Jacobsen, 2017, s. 605).

Andre fysiske plager som kan følge behandlingen er kvalme, malabsorpsjon, cystitt, vekttap og fatigue (Jacobsen, 2017, s. 604). Behandling av kreft som er lokalisert i urogenitalområdet slik som gynekologisk kreft, virker også på den seksuelle responssyklusen, ettersom fysiologiske prosesser som hormonproduksjon, nerveforsyning og blodsirkulasjon blir rammet. Responssyklusen består av fire faser: lyst, opphisselse, orgasme og avslapning (Borg,

2017, s. 122). 54 % av kvinner som tidligere var behandlet for gynekologisk kreft svarte i en undersøkelse at de ikke fornøyd eller lite fornøyd med hensyn til seksuell nytelse (Sekse et al., 2016, s. 404).

3.2.2 Psykososiale konsekvenser

Det å rammes av gynekologisk kreft er en alvorlig trussel for pasienten og familien rundt (Jerpseth, 2016, s. 154). Måten pasienten mestrer utfordringene på avhenger av ulike faktorer som alder, personlighet, hva prognosen er for å bli frisk samt ressurser hos pasienten selv og nettverket rundt (Jacobsen, 2017, s. 607). Sykdommen kan innebære tap av kvinnelig identitet ved at man mister en kroppsdel knyttet til fertilitet og femininitet (Jerpseth, 2016, s. 154). Dette kan igjen virke negativt på selvbildet, som handler om opplevelsen av å ha en verdi. Som eksempel vil det å komme i tidlig overgangsalder gi plagsomme symptomer og for mange forbindes med mindre kvinnelighet og aldring (Jacobsen, 2017, s. 607). En studie (Sekse et al., 2010) viste at enkelte av deltakerne var klar over at operasjonen ville medføre at de kom i klimakteriet, mens det for andre kom som en overraskelse. De som allerede hadde gjennomgått klimakteriet, beskrev at operasjonen hadde gitt de en ny og annerledes opplevelse. En kvinne fortalte at etter at livmoren ble fjernet var det som om temperaturkontrollen i kroppen ble fjernet samtidig (Sekse et al., 2010, s. 803).

Kroppslige forandringer og funksjonsforandringer på grunn av sykdommen og behandlingen fører til at pasienten kan oppleve endring av kroppsbildet (Schjølberg, 2017, s. 132). Kroppen kan oppleves som mer fremmed, sårbar og problematisk (Jacobsen, 2017, s. 607). Et endret kroppsbilde kan få følger for hvordan man ser på seg selv, altså selvbildet, og få konsekvenser for relasjon til en partner (Schjølberg, 2017, s. 132). Kvinnenes bekymringer for parforholdet som følge av utfordringer i seksuallivet bekreftes i studien til Sekse et al. (2010, s. 803). Kvinnene fortalte at de fant nye måter å relatere og uttrykke følelsene til partneren på. Dette var ofte gjort i stille og gjensidig forståelse med partneren.

I en studie utført i Sverige (Lindgren et al., 2016), deltok kvinner som alle opplevde urinal eller fekal inkontinens etter strålebehandling mot gynekologisk kreft. I undersøkelsen kom det frem at kvinnene hadde utfordringer når det gjaldt å være seksuelt aktive. Noen av kvinnene forklarte at de slet med å innlede seksuelle forhold av redsel for lekkasje, og at de trengte å bli godt kjent og bygge opp mye tillit til en person før de innledet et forhold. Kvinner i stabile forhold hadde også bekymringer for lekkasjer i forbindelse med seksuell aktivitet. Samtidig

fortalte mange at partneren viste stor forståelse og ikke så på mulig lekkasje som noe stort problem. Noen av deltagerne var ikke lenger seksuelt aktive og sa at de ikke var interessert i å ha en seksuell relasjon. De fortalte også at de mest sannsynlig ville ha følt seg seksuelt begrenset dersom partneren fortsatt levde eller om de var yngre (Lindgren et al., 2016, s. 160-162).

For kvinner i fertil alder som ennå ikke har fått barn, vil det å måtte fjerne organer som er nødvendige for reproduksjon være en dramatisk opplevelse og stor tilleggsbelastning (Jerpseth, 2016, s. 154). Dette ble også bekreftet i studien til Sekse et al. (2010, s. 803).

3.3 Pasientens opplevelse av hvordan seksualitet ivaretas

Hva sier forskning om hvordan pasientenes opplever at deres seksuelle helse blir ivaretatt av sykepleiere og annet helsepersonell?

I en norsk studie (Sekse et al., 2015) kom det frem at kvinner som hadde blitt behandlet for gynekologisk kreft, hadde hatt behov for å samtale med sykepleier eller annet helsepersonell om seksualliv, intimitet og kroppslige plager, og at de ønsket dette hadde skjedd på et tidlig stadium av sykdommen. På grunn av sjenanse for å snakke om seksualitet, hadde de ønsket at initiativet kom fra helsepersonell, men dette skjedde sjelden. En av kvinnene fortalte hun hadde tatt opp temaet med helsepersonell, men det korte svaret hun fikk oppmuntret ikke til noe videre samtale. Kvinnene hadde savnet ekte engasjement og åpenhet om temaet, og mer tid til samtale. Måten mange ble møtt på av helsepersonell når det gjaldt seksualitet, førte til mer skam og sjenanse, som igjen ledet til at mange følte seg alene om utfordringer på dette området (Sekse et al., 2015, s.1260-1263).

Tilsvarende funn kom frem i studien til Lubotzky et al. (2016). Pasienter som hadde vært gjennom strålebehandling av bekken grunnet blant annet gynekologisk kreft, uttrykte behov for bedre informasjon om seksualitet og bruk av dilator fra helsepersonell. Mange var usikre på om det var legens rolle å diskutere seksualitet og endringer i vagina. Inntrykket de satt igjen med var at helsepersonell generelt ignorerte, unngikk og var ukomfortable med å ta opp disse temaene, noe som ga en ensomhetsfølelse (Lubotzky et al., 2016, s. 1296).

Gynekologiske lidelser generelt kan for mange være forbundet med skam, sjenanse og skyldfølelse (Jerpseth, 2016, s. 134). Dette gjør at mange kvinner kan føle seg sårbare og blottstilte i møte med helsepersonell.

3.4 Sykepleierens rolle og funksjon

Seksualitet er et grunnleggende behov, og som sykepleier har man ansvar for at dette behovet ivaretas på lik linje som andre grunnleggende behov (Gamnes, 2016, s. 373).

Hva som er seksuelle behov og utfordringer er svært individuelt (Borg, 2017 s.121).

Seksualitetens uttrykk og innhold forandrer seg i løpet av livsløpet. Yngre kreftpasienter kan ha bekymringer om fertilitet som er truet, seksuell lyst og kroppsbilde (Borg, 2017 s.121), mens studie viser at mange eldre har bekymringer som gjelder parforholdet (Sekse et al., 2010).

Sykepleierens oppgave er, i samarbeid med legen, å veilede og undervise pasienten om endringer i seksualiteten som kan være et resultat av sykdommen og behandlingen, samt veilede om hjelpemidler og bruk av disse (Jerpseth, 2016, s. 141). Som sykepleier må man i denne sammenheng være åpen, spørrende og tilgjengelig (Jerpseth, 2016, s. 141).

Undervisning og veiledning er en av sykepleierens funksjons- og ansvarsområder (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016, s. 17). Hensikten er å møte behovet for kunnskap og forståelse slik at pasienten kan ivareta og fremme egne helse (Kristoffersen et al., 2016, s. 19). Sykepleier og annet helsepersonell har en lovmessig plikt til å informere. Dette gjelder også forhold som er av betydning for seksuallivet (Gamnes, 2016, s. 401). Som det fremgår av pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-2), har pasienten rett til å få den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand, og informasjonen skal tilpasses pasientens kultur- og språkbakgrunn, erfaring og alder (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-5). Dersom pasienten samtykker til det skal også nærmeste pårørende informeres (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-3). En eventuell partner er mest relevant å involvere når det gjelder seksualitet.

Veiledning kan være aktuelt når pasienten må ta avgjørelser eller trenger veiledning til å gjennomføre en handling riktig (Orem, 1995, s. 16). Metoden forutsetter kommunikasjon mellom sykepleier og pasient, og pasienten må være motivert for å kunne gjennomføre aktivitetene som kreves. Fra sykepleier kreves det at veiledningen er tilpasset pasientens behov og målsetninger.

Veiledning brukes ofte i forbindelse med å støtte en annen (Orem, 1995, s. 16). Støtte er viktig når pasienten står ovenfor noe smertefullt eller ubehagelig (Orem, 1995, s. 17). Å støtte innebærer å hjelpe pasienten i å lykkes eller unngå unødig stress i forbindelse med en

ubehagelig avgjørelse eller situasjon. Eksempler på psykisk støtte kan være sykepleierens trygge tilstedeværelse eller oppmuntrende og betryggende ord. Gjennom støtte kan pasienten oppmuntres til å reflektere over en situasjon, ta en avgjørelse og utføre eller opprettholde handlinger (Orem, 1995, s. 16).

Undervisning er nyttig når pasienten trenger å tilegne seg nye ferdigheter eller kunnskap (Orem, 1995, s. 19). Dette forutsetter at pasienten er i en tilstand der han eller hun er mottagelig for å lære. Pasienten må også ha et ønske om å lære og være klar over sin manglende kunnskap. For å kunne undervise må sykepleier vite hva pasienten trenger å lære slik at undervisningen kan tilpasses pasientens bakgrunn, erfaring og behov (Orem, 1995, s. 19).

Gamnes (2016, s. 398) peker på at kunnskap om kommunikasjon og holdninger er viktige forutsetninger for å hjelpe pasienter med seksuelle problemstillinger. For å hjelpe bør sykepleier ha innsikt i egen og andres holdninger, og være bevisst på at forhold som religion og gruppetilhørighet virker inn på pasientens holdninger til seksualitet (Gamnes, 2016, s. 398). Når det gjelder kommunikasjon med kreft kreftpasienter, er det ifølge Reitan (2017, s.106) spesielt viktig å beherske responderende og initierende kommunikasjonsferdigheter. Responderende ferdigheter handler om blant annet oppmerksom lytting rettet mot pasienten, anerkjennelse, støtte, ros og non verbal kommunikasjon. Initierende ferdigheter trengs for å kunne starte, bygge ut og avslutte en samtale, og handler om å stille spørsmål, forklare og informere (Reitan, 2017, s.106).

På grunn av de mange senskadene som kan oppstå som følge av gynekologisk kreft, er det viktig at helsepersonell tar opp temaet rundt seksualitet før utskrivelse fra sykehuset (Kreftforeningen, 2019).

3.4.1 Sykepleieres ivaretagelse av seksualitet

Hva viser forskning om hvordan den seksuelle helsen til pasientene ivaretas av sykepleiere?

Resultater fra en svensk studie (Olsson et al., 2012) viste at samtlige kreftsykepleiere, blant annet innen gynekologisk kreft, mente at det å samtale med pasientene om deres seksuelle helse burde være en del av deres profesjonelle ansvar. Likevel uttrykte kun noen få at de faktisk gjorde dette. Noen fortalte at de var villige til å snakke om temaet dersom pasienten

tok initiativet, noe som sjelden skjedde, og andre ignorerte pasientenes invitasjon til samtale (Olsson et al., 2012, s. 428).

Årsaken til sykepleiernes vegring for å snakke om seksualitet kom frem i flere studier. De fleste var usikre på når og hvordan dialogen skulle gjennomføres (Olsson et al., 2012, s. 428). De som snakket om seksualitet med pasientene fortalte at samtalen dreide seg om praktiske problemer. Det fremkom i intervjuene at deltakerne ikke så på samtaler om seksuelle problemer som en del av de daglige rutineene, og noen mente dette var legens ansvar. Studien viste videre at sykepleierne baserte sitt syn på behovet for å adressere temaet om seksualitet på flere antagelser. En felles oppfattelse var at kvinner som hadde partnere som oftest håndterte seksuelle problemer seg imellom og derfor ikke trengte samtale. De mente også at pasienter som var under behandling hadde store bekymringer om overlevelse og opplevde psykiske og fysiske påkjenninger som overskygget seksuelle problemer, og de unngikk derfor temaet. Sykepleierne uttrykte også at de manglet kunnskap og ferdigheter om hvordan de skulle støtte og veilede pasientene (Olsson et al., 2012, s. 428).

Seksuelle problemer ble videre ansett som en personlig anliggende (Olsson et al., 2015, 428), og sykepleierne var redd for å støte eller gjøre pasienten forlegen. Sykepleierne beskrev også forhold på sykehuset som en barriere for å gjennomføre samtaler om seksualitet. Kort liggetid og mangel på kontinuitet var til hinder for å kunne bygge en tillitsfull relasjon med pasienten. Mangel på tid og et egnet rom uten forstyrrelser var andre hindringer som ble nevnt. Sykepleierne understreket også viktigheten av at det måtte være aksept på avdelingen for å bruke tid på samtaler med pasienten (Olsson et al., 2015, 429).

I en undersøkelse gjennomført i Australia (Williams et al., 2017), utforsket man sykepleiernes syn på hvordan seksualitet ble ivarettatt hos kvinner som gjennomgikk behandling for gynekologisk kreft. Studien viste at de hadde ulik grad av tiltro til egen evne til å snakke om temaet. De som hadde lang erfaring som sykepleier mente dette påvirket positivt. Mange uttrykte at de spurte pasientene om de ønsket å snakke om sin seksuelle helse og var bevisste på å lytte aktivt. Flere av deltakerne følte seg likevel lite komfortable med å ta opp kvinnenes bekymringer da de ikke hadde alle svarene, og mente at økt kunnskap gjennom kursing ville kunne bidra til økt selvtillit. Studiet viste også at sykepleiernes personlig meninger og bevissthet rundt seksualitet påvirket hvordan de møtte pasientene, og at dette kunne ha røtter tilbake fra barndommen der sex aldri var samtaletema. Stor aldersforskjell mellom sykepleier og pasient kunne også være en barriere for å snakke om seksualitet, spesielt når sykepleier var i 20-årene og pasienten på alder med deres mor eller bestemor. Andre barrierer som ble nevnt

var kort liggetid på sykehuset og at de for travle med andre plikter (Williams et al., 2017, s. 38-39),

En sykepleier fra et sykehus i Holland med mer enn 10 års erfaring innen gynekologisk sykepleie, uttrykte at hun ikke følte seg fri til å diskutere seksualitet og at dette var et tema som var vanskelig å diskutere med kreftpasientene (Vermeer et al. 2014, s. 834-835). Grunnen til dette, mente hun, var at hun representerte en generasjon som snakket lite om seksualitet. Hun hadde imidlertid observert at de yngre sykepleierne var mer komfortable på dette området. En uttalelse fra en annen sykepleier viste at det var behov for hjelp til måter å bringe opp tema om seksualitet på når pasienter var reserverte, da hun opplevde at mange ønsket å holde dette for seg selv (Vermeer et al. 2014, s. 835).

For å integrere seksualitet som en del av omsorgen pekte én sykepleier på at pasientens seksualitet burde være en del av sykehistorien (Vermeer et al. 2014, s. 835). Betydning av dokumentasjon for å ivareta pasientens seksualitet ble også påpekt i studien til Williams et al. (2017, s. 40).

3.5 Usikkerhet ved sykdom

Det å få en kreftdiagnose innebærer å leve med betydelig usikkerhet over tid (Lorentsen & Grov, 2016, s. 398). Ifølge Kristoffersen (2016, s. 67), viser forskning at usikkerhet kan knyttes til en negativ følelsesmessig reaksjon, som depresjon. Mishel (1988) har utviklet middel-range teorien «Usikkerhet ved sykdom», som gir sykepleiere et nyttig perspektiv på viktigheten av å informere og påvirke faktorer som kan skape mindre usikkerhet for pasienten. Middel-range teorier er utviklet og testet ved bruk av empirisk sykepleieforskning (Kristoffersen, 2016, s. 65). Mishel (1988, s. 225) definerer usikkerhet som manglende evne til å fastslå betydningen av hendelser knyttet til sykdom. Teorien forklarer hvordan pasienter kognitivt prosesserer og skaper mening i sykdomsrelaterte hendelser. Mishel (1988, s. 225) hevder at den kognitive vurderingen av usikkerhet påvirkes av en stimuliramme, som er de stimuliene pasienten utsettes for. Stimulirammen har tre komponenter:

1. Symptommønster: dette innebærer hvorvidt symptomene ved sykdommen oppleves så konsistente at de utgjør et mønster.
2. Gjenkjennelse av hendelser: dette handler om hvorvidt det er hendelser som går igjen de helseomgivelsene pasientene befinner seg i.

3. Kongruens i hendelser: dette innebærer om det er samsvar mellom det som er forventet og det som erfares ved sykdomsrelaterte hendelser.

Pasienten vil vurdere situasjonen som en trussel eller mulighet avhengig av hvordan han eller hun kognitivt vurderer situasjonen (Mishel, 1988, s. 225).

Ressurser som hun hevder vil fremme pasientens evne til å skape struktur i situasjonen er pasientens utdanningsnivå, sosial støtte og troverdige autoriteter. Disse kaller hun strukturfremmere. Troverdige autoriteter refererer til i graden av tillit som pasienten til helsepersonellet. Sykepleiere og annet helsepersonell kan være viktige strukturfremmere og styrke stimulirammen ved å gi pasienten informasjon om årsaken til og konsekvensene av symptomene (Mishel, 1988, s. 228).

Hvordan kan så sykepleiere gå frem for å gi pasientene den informasjonen de trenger?

3.6 PLISSIT-modellen

PLISSIT-modellen ble publisert i 1976 av Jack S. Annon, og er en kommunikasjonsmodell som helsepersonell kan bruke som verktøy for å kartlegge seksuelle problemer og strukturere samtalen (Dahl, 2016, s. 248). Den illustrerer ulike nivåer av behov for informasjon og hjelp, og gir rom for rådgivning og sexologisk behandling dersom pasienten og eventuelt partneren har behov for dette (Dahl, 2016, s. 248). Annon (1976, s. 1) henvender seg til kliniske psykologer for bruk av modellen. Dette er omskrevet til å gjelde sykepleiere i beskrivelsen nedenfor. Veiledning, støtte og undervisning kan, slik jeg tolker det, passe inn som metoder i de ulike trinnene.

Modellen er bygget opp som en pyramide. På det laveste nivået, P, befinner mange pasienter seg, og mange seksuelle utfordringer kan løse seg på dette trinnet. Nivåene som følger over er LI, SS og øverst IT, der noen få pasienter befinner seg (Gamnes, 2016, s. 399).

P står for *permission*, tillatelse, og innebærer at sykepleier må gi pasienten tillatelse til å snakke om seksualitet (Annon, 1976, s. 4). Sykepleier trenger ikke ha ekspertise på dette trinnet. Det viktigste er at pasienten har en som lytter, viser interesse og respekt og ikke er dømmende.

LI står for *limited information*, begrenset informasjon. På dette trinnet gir sykepleier enkel og tilpasset informasjon rundt seksuelle spørsmål som er relevante for pasienten (Annon, 1976, s.

8). Begrenset informasjon gis vanligvis i sammenheng med nivået tillatelse. I hvilken grad sykepleiere er villige til å bruke tilnærmingen med begrenset informasjon, vil avhenge av sykepleieres breddekunnskap på området og hva de er komfortable å snakke om.

SS står for *specific suggestions*, spesifikke forslag. Dette gis til de pasientene som har mer konkrete spørsmål om seksualitet, som for eksempel hvordan man kan unngå smerter under samleie (Annon, 1976, s. 10).

IT står for *intensive therapy*. For å utøve intensiv terapi kreves det en trent kliniker (Annon, 1976, s. 13). Dette er det høyeste nivået i pyramiden som bare et fåtall av pasientene har behov for (Gamnes, 2016, s. 400). Det kan eksempelvis gjelde kjønnsidentitetsproblemer eller spesielle seksuelle dysfunksjoner. Her er det aktuelt å henvise til spesialister innen psykologi og sexologi.

En sykepleier med grunnutdanning, bør ha tilstrekkelig kompetanse til å ivareta de to første nivåene (Gamnes, 2016, s. 400).

4 Drøfting

Problemstillingen var: Hvordan kan sykepleier anvende PLISSIT-modellen for å hjelpe pasienter med gynekologisk kreft til å ivareta sin seksualitet?

I drøftingen diskuteres de første tre nivåene i PLISSIT-modellen, i lys av forskning, erfaringsbasert kunnskap og teori som tidligere er presentert i oppgaven.

4.1 Gi tillatelse

Pasientene vil ha ulike behov for hjelp når det gjelder sin seksuelle helse. Som PLISSIT-modellens første nivå viser, kan sykepleier hjelpe mange pasienter bare ved å gi en mulighet eller tillatelse til å snakke om seksualitet (Annon, 1976, s. 4). Undersøkelse kan tyde på at pasientene ønsker informasjon om seksualliv og kroppslige plager på et tidlig stadium av sykdommen, og de ønsker at initiativet skal komme fra helsepersonell (Sekse et al., 2015, s. 1260). Borg (2017, s. 128) hevder at tillatelse bør gis allerede før behandlingen starter selv om mange ikke vil orke å snakke om seksualitet i denne fasen. Dialogen kan så tas opp igjen senere i behandlingen. Dette er i tråd med Mishels (1988, s. 226) teori om det å bringe opp en hendelse flere ganger, slik at det skapes gjenkjennelse hos pasienten. Hun hevder at dette kan påvirke pasientens tankemessige prosesser positivt og bidra til mindre usikkerhet.

Som det fremkommer av forskning og faglitteratur, sliter mange pasienter med seksuelle problemer som følge av gynekologisk kreft og behandlingen av sykdommen. Vanlige utfordringer er smerter og ubehag under samleie, tørrhet i skjeden (Sekse et al., 2016, s. 404), mindre elastisitet i skjeden samt redusert evne til samleie som fører til lavere samleiefrekvens enn tidligere (Lind et al., 2011, s. 105). Fjerning av eggstokkene vil medføre infertilitet, og stråling og kjemoterapi vil kunne svekke eggstokkfunksjonen og gi en kunstig fremkalt menopause (Jacobsen, 2017, s. 605).

Sykdommen er en alvorlig trussel for kvinnens liv, og mange opplever tap av kvinnelig identitet (Jerpseth, 2016, s.154) og et endret kroppsbilde, noe som blant annet kan gå utover forholdet til partneren (Schølberg, 2017, s. 132). Når det gjelder tap av kvinnelig identitet viste samtidig en norsk studie (Sekse et al., 2010, s. 803) at flere av kvinnene i liten grad følte seg mindre feminine som følge av behandlingen. Dette fordi kjønnsorganer ikke var synlig slik som bryst. Mange anså at kjønnsorganene hovedsakelig hadde en reproduksjonsfunksjon og at følelsen av tap var minimal. Fokuset hos kvinnene hadde vært å bli frisk. Kvinner som hadde vært plaget med smerter og blødninger, erfarte at fjerning av organene var en lettelse.

Dette er et eksempel på at ikke alle erfarer det samme, og at sykepleier derfor må tilpasse innholdet i samtalen til hver enkelt pasient.

Til tross for at mange pasienter ønsker mulighet til å snakke om sin seksuelle helse, kan funn fra studier tyde på at temaet ofte unngås eller sjelden tas opp av sykepleiere og annet helsepersonell (Lubotzky et al., 2016, s. 1296; Sekse et al., 2015, s. 1260). Det er ulike årsaker til dette. Undersøkelsen til Olsson et al., (2012, s. 428) viste at sykepleierne hadde en holdning om at seksualitet var noe de ikke tok opp med pasientene, da de mente pasientene håndterte disse problemstillingene med partneren eller hadde andre bekymringer som var alvorligere. I studiene til Vermeer et al. (2014, s. 835) og Williams et al. (2017, s. 40) var manglende dokumentasjon oppgitt som en årsak til at seksualitet ikke ble tema med pasientene. Som nevnt i innledningen var det også min erfaring fra praksis at data om pasientenes seksuelle helse i liten grad dokumentert i pasientens journal. I følge helsepersonelloven (1999, § 39; § 40) har den som yter helsehjelp plikt til å føre journal i samsvar med god yrkesskikk, og journalen skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten. Gjennom dokumentasjon sikrer man at opplysninger som er nødvendige og relevante for en forsvarlig behandling av pasienten blir nedtegnet og kan gjenfinnes (Helsedirektoratet, u.å.).

En annen årsak til at sykepleierne unnlot å tillate samtale om seksualitet, var manglende kunnskap og ferdigheter i hvordan de skulle støtte og veilede pasientene på dette området (Olsson et al., 2012, s. 428). Mange var lite komfortable med å ta opp kvinnes bekymringer da de ikke har alle svarene, og mente de trengte kursing for å øke kompetansen (Williams et al., 2017, s. 39).

Ifølge Borg (2017, s. 126) stiller mange for høye krav til å snakke om seksualitet. PLISSIT-modellens første nivå, tillatelse, viser imidlertid at sykepleier ikke trenger inngående kunnskap om seksualitet for å ivareta en stor andel av pasientenes behov (Annon, 1976, s. 4). Mye kan løses ved å bare gis en mulighet til å snakke om seksuelle problemer. For mange pasienter er det viktig å høre at de ikke er unormale eller alene om bekymringer, og bare det å få mulighet til å diskutere seksuelle spørsmål kan forløse angst og bidra til at ikke nye bekymringer oppstår (Annon, 1976, s. 6).

Dersom ikke sykepleier har kunnskap til å veilede og undervise i spørsmål som kommer opp når pasienten gis tillatelse til å snakke om seksualitet, kan støtte være en egnet metode på dette nivået, slik jeg tolker det.

Ifølge Orem (1995, s. 16) innebærer støtte som metode blant annet å reflektere over en situasjon, ta en avgjørelse og utføre eller opprettholde handlinger. Som en studie viste (Sekse et al., 2015, s. 1263), førte mangelen på informasjon fra helsepersonell til at pasientene følte seg ensomme rundt bekymringer om seksualitet. Det å gis anledning til å reflektere over sitt seksualliv med en sykepleier vil kunne bidra til å redusere denne følelsen. Oppmuntrende og betryggende ord er også en måte å gi pasienten psykisk støtte (Orem, 1995, s. 17). Det å for eksempel oppmuntre pasienten til å snakke med en eventuell partner om seksuelle bekymringer, vil være et tiltak som ikke krever mye kompetanse av sykepleier men som kan være av stor betydning for pasienten. Betryggende ord som kan virke støttende kan for eksempel være å fortelle om normalvariasjoner i kroppsfunksjoner etter behandling. Dette kan gi pasienten større tillit til egen kropp (Jerpseth, 2016, s. 141).

For å støtte pasienten kan også sykepleier informere om at det finnes behandling for seksuelle problemer som måtte oppstå (Gynkreftforeningen, u.å.), og orientere om at det finnes sexolog og andre fagpersoner på sykehuset som det kan være nyttig å prate med. Sykepleier kan videre vise til nettsidene til Kreftforeningen og Gynkreftforening og fortelle at Gynkreftforeningen (2019) arrangerer kurset «Gynekologisk kreft,- livskvalitet og senvirkninger». Alle pasientene bør også få brosjyren fra Kreftforeningen om kreft og seksualitet (Kreftforeningen, 2015), som gir nyttig informasjon om seksuelle utfordringer i forbindelse med gynekologisk kreft, samt tiltak de kan iverksette. Dette kan være en fin inngang til samtaler om seksualitet.

En studie utført i Australia (Lubotzky et al., 2015) viste at informasjon om seksualitet ved bruk av skriftlig informasjon kan være nyttig for pasienter med gynekologisk kreft. 85 % av deltakerne syntes brosjyren var til hjelp. Spesielt satt de pris på at brosjyren bidro til mindre tabu om seksualitet. Mange kvinner syntes heftet bekreftet deres seksuelle bekymringer. Heftet bidro også til å redusere lidelse og ga selvtillit for å løse problemer knyttet til seksualitet. Ved å få denne kunnskapen opplevde de også mindre frykt. Dersom skriftlig informasjon gis, må sykepleier forsikre seg om at pasienten forstår innholdet, slik at misforståelser kan fanges opp og oppklares (Gamnes, 2016, s. 400).

Selv om nivået tillatelse i PLISSIT-modellen ikke krever mye kunnskap om seksualitet, vil det være viktig å beherske initierende og responderende kommunikasjonsferdigheter som tidligere beskrevet (Reitan, 2017, s. 398). Det er også viktig å kunne vise empati og åpenhet slik at pasienten føler seg trygg og samtalen om seksualitet går lettere (Borg, 2017, s. 126). Studier viste imidlertid at mange ikke var komfortable med å snakke om seksuelle problemer

da de representerte en generasjon der det ikke var åpenhet om seksualitet (Vermeer et al. 2014, s. 834; Williams et al., 2017, s. 39). Fra studien til Williams et al. (2017, s. 39) fremkom det også at unge sykepleiere syntes det var utfordrende å snakke om seksualitet med pasienter på alder med deres mor eller bestemor. For å signalisere at det er tillatt å snakke om seksualitet, kan sykehuset ha litteratur eller plakater om temaet tilgjengelig for pasienten (Gamnes, 2016, s. 400). Dette vil også kunne bidra til mer åpenhet hos sykepleierne.

Sykepleier må akseptere at ikke alle ønsker å snakke om sin seksuelle helse, og som det står nedfelt i pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-2) skal ikke informasjon gis mot pasientens vilje. I undersøkelsen til McCallum (2014) var respondentene kvinner som fortsatt gikk til etterkontroll etter behandling. 67 % rapporterte om minst ett seksuelt problem, og 40 % var bekymret for samlivet. Til tross for dette, svarte kun 46 % av de som hadde seksuelle problemer at de ønsket hjelp fra helsepersonell. 42 % var usikre. Studien viste at behovet for hjelp var størst blant de yngre, de som var premenopausale på diagnosetidspunktet, de med lavest seksuell tilfredshet og mest vaginale endringer (McCallum, 2014, s. 300-302). I studiene til Sekse et al., (2015), Lubotzky et al. (2016) og Lindgren et al. (2016) var informasjon om seksuelle utfordringer både ønsket og savnet. Kvinnene i disse studiene var alle ferdig behandlet eller skulle på siste kontroll, mens deltagerne i studien til McCallum (2014) fortsatt gikk til behandling eller etterkontroll. Dette kan være en indikasjon på at seksualitet er et tema som får større aktualitet hos pasienter som har levet lenge med sykdommen eller som er blitt erklært friske, men det kreves flere studier for å validere dette.

Selv om ikke alle vil snakke om seksuelle problemer, bør alle få tilbudet (Borg, 2017, s. 128). Når sykepleier tar opp temaet er det viktig å være diskret og gå varsomt frem (Borg, 2017, s. 126). Dersom sykepleier lar være å ta opp seksuelle problemer, kan det føre til at kvinnene opplever at deres seksualitet usynliggjøres og styrke deres oppfatning av at dette er et avsluttet kapittel (Borg, 2017, s. 126).

4.2 Begrenset informasjon

Det neste nivået i modellen, viser at sykepleier kan hjelpe mange ved å gi begrenset informasjon om seksualitet. Hvorvidt sykepleier har kompetanse til å gi begrenset informasjon, vil avhenge av sykepleierens breddekunnskap (Annon, 1976, s. 9;13). På dette nivåene vil det være behov for veiledning og undervisning, utfra min tolkning. Ifølge Jerpseth (2016, s. 141) er det sykepleierens oppgave, i samarbeid med legen, å veilede og undervise

pasienten og en eventuell partner i bruk av hjelpemidler og endringer i seksualiteten som kan være et resultat av sykdommen og behandlingen. Én studie viste imidlertid at det var uklarerhet blant sykepleierne om seksualitet var deres ansvarsområde (Olsson et al., 2012, s. 428). Flere så ikke på samtaler om seksuelle problemer som en del av de daglige rutinene, og noen mente dette var legens ansvar (Olsson et al., 2012, s. 428). Dette er også mitt inntrykk fra praksis på gynekologisk avdeling. Sykepleierne utførte oppfølging av pasienter i henhold til prosedyrene og seksualitet var ikke en del av standardrutinene, med unntak av noen praktiske opplysninger. Dette kan være forhold som hindrer sykepleiere å gi veiledning og undervisning.

For å kunne undervise og veilede kreves det at sykepleieren har god kunnskap om fysiske og psykosomatiske utfordringer pasienten står ovenfor (Borg, 2017, s. 127), og det er viktig at viktig at temaet er tilpasset pasientens behov (Annon, 1976, s. 9). I følge Mishel (1988, s. 228), fordrer det å samtale om årsaker og konsekvenser av sykdommen at pasienten opplever sykepleierne som troverdige autoriteter ved å blant annet formidle hendelsene på en logisk og strukturert måte (Mishel, 1988, s. 228).

Temaer som kan være aktuelle for pasienten er hormonforandringer og menopause som følge av stråling eller fjerning av eggstokkene, samt mulighet for arrdannelse og sammenvoksing i skjeden (Jacobsen, 2017, s. 605-606,). Det er viktig at pasienten får beskjed om at dilatering av skjeden er nødvendig og at dette kan forebygges ved å gjenoppta samliv som omfatter samleie, eller ved bruk av plaststav eller vibrator. Sykepleier må alminneliggjøre bruk av stav, da det for en del kvinner vil være forbundet med flauhet eller ubehag. Kvinnene må også få vite at det finnes hormonbehandling og glidekremer mot smerter, sårhet og tørrhet i skjeden, og at smerter ved samleie ikke er farlig (Jacobsen, 2017 s. 607). Mange kvinner har liten kunnskap om egen anatomi og fysiologi, og har behov for undervisning for å få forstå behandlingen de går gjennom og konsekvensene dette kan ha for kroppsfunksjoner (Jacobsen, 2017, s. 605). Bruk av plansjer eller tegninger kan gjøre det enklere å forstå hvor organene ligger i bekkenet, og hvordan fjerning eller strålebehandling av ett organ kan affisere andre organer (Jacobsen, 2017, s. 605).

I studien til Sekse et al., (2010, s. 804), kom det frem at det å ikke ha blitt forberedt på de kroppslige endringer som menopause, tørrhet og sårhet i vagina av helsepersonell hadde ført til mye unødvendig usikkerhet. Én pasient uttalte at hun selv kunne ha stilt spørsmål under behandlingen, men at alt var så nytt og at hun visste ikke hvilke spørsmål hun burde stille. En annen pasient uttrykte at dersom helsepersonell hadde vært åpne og forberedt henne på

forandringene, ville hun visst hva som skulle komme (Sekse et al., 2015, s. 1263). Hun fortalte at det ville utgjort en stor forskjell å vite om mulige endringer slik at hun kunne vært forberedt. Denne oppfatning deles også av Mishel (1988, s. 227), som hevder at den tankemessige vurderingen av usikkerhet blant annet påvirkes av hvorvidt det er kongruens mellom det som er forventet og det som erfarer ved sykdomsrelaterte hendelser, og at sykepleier ved å informere kan bidra til å redusere denne usikkerheten.

Som Annon (1976, s. 9) understreker, vil det for hvert nivå man beveger seg oppover i pyramiden, vanligvis kreves mer kunnskap og tid. Sykehusinnleggelse er i dag kortet ned, også for kreftpasienter (Reitan, 2017, s. 109), og en studie viste at kort liggetid og mangel på tid ble oppgitt som årsaker til at seksualitet ikke ble tatt opp med pasientene (Olsson et al., 2015, s. 429). Reitan (2017, s. 109) viser til at den korte tiden på sykehuset gir store utfordringer når det gjelder kontinuitet i informasjonsformidlingen, planlegging, pedagogisk utforming og tilpassing av informasjon.

En god ramme for samtalen kan skapes ved å reservere rom der man sitter uforstyrret (Reitan, 2017, s. 109). Ett studie viste imidlertid at sykepleiere manglet egnet rom uten forstyrrelser, og at de heller var ikke hadde klarhet i om det var aksept på av avdelingen for å bruke tid på samtaler med pasienten (Olsson et al., 2015, 429). Som jeg opplevde det i praksis, delte mange pasienter rom, noe som i perioder med høyt belegg ga begrensninger i muligheter til mer intime samtaler med pasienten. Dette er forhold som kan hindre gjennomføring av veiledning og undervisning med pasientene.

4.2.1 Fokuset på seksualitet i sykepleierutdanningen

Som tidligere nevnt, bør en sykepleier med grunnutdanning ha tilstrekkelig kompetanse til å ivareta pasientenes behov for hjelp på de to første nivåene i PLISSIT-modellen (Gamnes, 2016, s. 400). Det fremkommer imidlertid av flere studier at mange sykepleiere mener de mangler kompetanse og har liten tillit til egne evner når det gjelder å snakke om seksualitet med pasientene, noe som kan være en barriere for å ta opp temaet. Jeg har derfor ønsket å se på om det kan være forhold ved sykepleierutdanningen som kan være en av årsakene til dette.

I en svensk undersøkelse (Aareskog-Josefsson, Larsson, Gard, Rolander & Juuso, 2016, s. 293), svarte helsefagstudentene, derav sykepleiestudenter, at de ikke var enige i at de hadde fått undervisning om seksuell helse. De mente også at de ikke hadde tilstrekkelig kompetanse

til å snakke med pasienter om seksuelle spørsmål, og ikke var trent i kommunikasjon om seksuell helse.

I rammeplan for sykepleiere (Kunnskapsdepartementet, 2008, s. 6) står det at studentene etter endt utdanning skal ha handlingskompetanse til å ivareta pasientens grunnleggende behov. I løpet av sykepleierutdanningen ved VID Oslo, Diakonhjemmet, er min erfaring at seksualitet som grunnleggende behov har vært nevnt noen ganger i forelesninger men at det ikke har vært en del av pensum. Boken «Grunnleggende sykepleie. Grunnleggende behov» (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016) var pensum første året av studiet, og boken inneholder et kapittel med tittelen «Seksualitet og helse». Da jeg sjekket pensumlisten for 1. semester høst 2018, bachelor i sykepleie, VID Diakonhjemmet (2018), står fortsatt samme bok oppført, men kapittel 18 om seksualitet og helse er ikke på pensumlisten. Fokuset på seksualitet vil nok variere utfra forelesere og fra skole til skole. Som sykepleier har man et personlig ansvar for at for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig (NSF, 2011, s. 7), men samtidig er det min oppfatning at seksualitet som grunnleggende behov er et tema i større grad burde være en del av pensum og undervisning. På den måten er man som fremtidig sykepleier bevisstgjort nødvendigheten av å ta opp dette med pasientene og har noe kunnskap å bygge videre på.

I Helse- og omsorgsdepartementets (2016, s. 27) «Strategi for seksuell helse (2017–2022)» står det blant annet at for å sikre at seksuell helse blir en integrert del av helse- og omsorgstjenestene, er det viktig at seksualitet som ressurs tematiseres i grunnutdanningen.

4.3 Spesifikke forslag

På det tredje nivået i PLISSIT-modellen kan sykepleier gjennom veiledning og undervisning hjelpe pasienter som har konkrete spørsmål om seksualitet. Dersom sykepleier ikke har tilstrekkelig kompetanse eller tid til å komme med spesifikke forslag, kan det være nødvendig å etablerer et tverrfaglig samarbeid, med for eksempel en sexolog eller fysioterapeut på sykehuset. Behovet for tverrfaglig samarbeid er aktuelt når situasjonen er uavklart eller sammensatt (Kristoffersen, 2016, s. 232). Flere norske sykehus har i dag godkjente sexologiske rådgivere som kan bistå (Borg, 2017, 130).

Inkontinens er et eksempel på et tema der sykepleier kan samarbeide med en fysioterapeut om bekkenbunnstrening. I studien til Lindgren et al. (2016) fremkom det at pasientene hadde ønsket informasjon om risikoen for inkontinens som mulig senvirkning etter behandling.

Ingen av respondentene hadde opplevd at helsepersonell informerte om muligheten for dette eller at bekkenbunnstrening kunne være viktig. De hadde heller ikke fått tilbud om fysioterapi underveis i behandlingen. Studien konkluderer med at mangel på informasjon virker negativt på hvordan man håndterer blant annet seksualitet, og at helsepersonell bør informere om mulig inkontinens slik at gapet mellom forventet resultat og realiteten blir minst mulig. Dette bekrefter igjen Mishels teori (1988, s. 227) om betydningen av at pasienten opplever at det er samsvar i hendelser. Ved å forberede pasientene på mulige senvirkninger allerede under behandlingen på sykehuset, vil mange håndtere dette bedre og bli mindre usikre når senskaden eventuelt oppstår.

4.4 Noen begrensninger ved bruk av PLISSIT-modellen

Ved å anvende PLISSIT-modellen kan sykepleier bidra til å hjelpe pasienten med ulike behov knyttet til seksualitet. Samtidig vil ikke nødvendigvis alle behov som pasienten har bli løst gjennom bruk av modellen (Annon, 1976, s. 14). For eksempel vil begrenset informasjon og spesifikke forslag som gis til noen pasienter, ikke være tilstrekkelige eller passende for andre. En dårlig relasjon mellom pasienten og sykepleieren vil også kunne hindre at pasienten følger sykepleierens råd (Annon, 1976, s. 14). En annen begrensning ved modellen, sett fra et sykepleierperspektiv, er at den er tiltenkt kliniske psykologer og at det derfor er uklart hvilke metoder sykepleier kan bruke i kommunikasjonen med pasientene på de ulike trinnene.

5 Konklusjon

Jeg har i denne oppgaven sett på hvordan sykepleier kan bruke PLISSIT-modellen for å hjelpe pasienter med gynekologisk kreft til å ivareta sine seksuelle behov.

Forskning og faglitteratur viser at gynekologisk kreft og behandlingen som følger sykdommen kan gi både fysiske og psykososiale problemer som vil påvirke kvinnens seksuelle helse i negativ retning, og at utfordringene kan variere utfra faktorer som alder. Mye tyder på at de fleste, uavhengig av alder, ønsker informasjon om seksuelle endringer som kan oppstå, og de ønsker informasjon på et tidlig stadium av sykdommen. En studie viste at enkelte som så tilbake på tiden de var i behandling mente at de hadde unngått mye unødvendig usikkerhet dersom de hadde blitt fortalt hvilke seksuelle senskader som kunne oppstå.

Det fremkommer at mange ikke tar opp temaet om seksualitet med sykepleiere på grunn av sjenanse eller fordi senskadene kan komme etter behandlingen er over, og at de derfor ikke er bevisst på at dette er et tema de bør ha kunnskap om. Seksualitet er et grunnleggende behov, og det er sykepleier sitt ansvar å ta initiativet til samtale og gi pasienter tilpasset veiledning og undervisning om seksuelle problemer som kan oppstå. Undersøkelse kan imidlertid tyde på at sykepleiere ofte unngår eller lar være å snakke om seksualitet, selv om dette ikke er tilfelle for alle. Årsakene til dette kan blant annet være mangel på tid, kort liggetid, et miljø på sykehuset som ikke er tilrettelagt for samtaler og manglende kunnskap om seksualitet.

Ved å anvende PLISSIT-modellen kan sykepleier hjelpe pasienter som har ulike nivåer av behov for hjelp. Mange pasienter er forlegne rundt seksuelle spørsmål og trenger at sykepleier gir de en mulighet, eller tillatelse, til å snakke om temaet. Dette er det første trinnet i modellen. Ved at sykepleier åpner opp for samtale, kan mange av pasientens bekymringer løses. En del pasienter oppgir at de føler seg alene om seksuelle spørsmål de har. Selv om sykepleier ikke har kompetanse til å svare på spørsmålene, vil bare det å ha en som lytter, viser interesse og respekt og ikke er dømmende kunne være til hjelp for mange. På det neste nivået i modellen, begrenset informasjon, kan sykepleieren, utfra sin kompetanse og pasientens ønske om hjelp, gi veiledning og undervisning om for eksempel hormonelle endringer og tørrhet og sårhet i vagina og bruk av hjelpemidler. Spesifikke forslag til konkrete spørsmål, om for eksempel smerter ved samleie, kan gis til pasienter som har behov for dette. Sykepleieren må hele tiden tilpasse veiledningen og undervisningen utfra pasientens ønsker og behov. Modellen viser at sykepleier ikke trenger mye kunnskap om seksualitet på det

første nivået. På de neste nivåene kreves det gradvis mer kunnskap, og på områder der sykepleieren ikke har tilstrekkelig kompetanse kan han eller hun etablere tverrfaglig samarbeid med fagpersoner.

For at sykepleier skal kunne veilede og undervise pasienten om seksualitet, kan det for fremtiden være nyttig at sykepleierstudenter lærer mer om seksualitet og eksempelvis PLISSIT-modellen i utdanningen, slik at de som fremtidige sykepleiere har den nødvendige kompetansen. For at seksuell helse skal ivaretas, bør også sykehusene i større grad integrere veiledning og undervisning om seksualitet som en del av behandlingen, samt tydeliggjøre at dette er en del sykepleiernes ansvarsområde og tilrettelegge for gjennomføringen.

Resultatene som fremkommer i oppgaven er basert på et lite antall undersøkelser, og man kan derfor ikke trekke noen endelige konklusjoner. Mye kan likevel tyde på at seksualitet er et tema forbundet med sjenanse, både blant sykepleiere og pasienter, og at vi som helsepersonell må tørre å snakke oftere om dette. PLISSIT-modellene er et nyttig verktøy til hjelp i samtaler, og selv om ikke sykepleieren klarer å hjelpe pasienten med alle seksuelle problemer, kan undervisning og veiledning med utgangspunkt i modellen blant annet bidra til at pasientene opplever mer forutsigbarhet i en alvorlig livssituasjon.

Litteraturliste

Annon, J. S. (1976). The PLISSIT Model: A proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems, *Journal of sex education and therapy*, 2:1, 1-15. DOI: 10.1080/01614576,1976,11074483.

Areskoug-Josefsson, K., Larsson, A., Gard, G., Rolander & B., Juuso, P. (2016). Health care students' attitudes towards working with sexual health in their professional roles: Survey of Students at Nursing, Physiotherapy and Occupational Therapy Programmes. *Sex Disabil*, 34:289–302. DOI 10.1007/s11195-016-9442-z.

Borg, T. (2017). Seksualitet. I A. M. Reitan & T. K. Schølberg (Red.). *Kreftsykepleie, pasient – utfordring – handling*. (4. utg., s. 120-131). Oslo: Cappelen Damm AS.

Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene* (1. utg.). Oslo: Abstrakt forlag AS.

Dahl, A. A. (2016). *Kreftsykdom. Psykologiske og sosiale perspektiver* (1. utg.). Oslo: Cappelen Damm AS.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk forlag Akademisk.

Gamnes, S. (2016). Seksualitet og helse. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (red.), *Grunnleggende sykepleie: Grunnleggende behov* (3. utg., bind 2, s. 373-405). Oslo: Gyldendal norsk forlag AS.

Gynkreftforeningen. (2015). Betydelig redusert seksualliv. Hentet fra 25. januar 2019 <https://www.gynkreftforeningen.no/2017/12/betydelig-reduisert-seksualliv/>

Gynkreftforeningen. (2019). Kurs om gynekologisk kreft – for pasienter som har eller har hatt gynekologisk kreft. Hentet 25. januar 2019 fra <https://www.gynkreftforeningen.no/arrangement/kurs-om-gynekologisk-kreft-for-pasienter-som-har-eller-har-hatt-gynekologisk-kreft/>

Gynkreftforeningen (u.å.). Seksuelle problemer skal behandles. Hentet 25.februar 2019 fra <https://www.gynkreftforeningen.no/2017/12/seksuelle-problemer-behandles/>

Helsedirektoratet. (u.å.). Helsepersonelloven med kommentarer. Kapittel 8. Dokumentasjonsplikt. Hentet 19. februar 2019 fra

<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsepersonelloven-med-kommentarer/seksjon?Tittel=kapittel-8-dokumentasjonsplikt-11475#%C2%A7-39.-plikt-til-%C3%A5-f%C3%B8re-journal>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). Strategi for seksuell helse (2017–2022). Hentet 25. januar 2019 fra https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf

Jacobsen, A. M. L. (2017). Sykepleieutfordringer ved kreft i kvinnelige kjønnsorganer. I A. M. Reitan & T. K. Schølberg (Red.). *Kreftsykepleie, pasient – utfordring – handling*. (4. utg., s. 604-613). Oslo: Cappelen Damm AS.

Jerpseth, H. (2016). Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie* (5. utg., bind 2, s. 133-165). Oslo: Gyldendal

Kreftforeningen. (2015). Kreft og seksualitet hos kvinnen. Hentet 10. februar 2019 fra <https://wpstatic.idium.no/kreftforeningen.no/2018/08/kreft-og-seksualitet-kvinner-a5-des15w.pdf>

Kreftforeningen. (2019, 28. februar). Livmorhalskreft. Hentet fra <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/livmorhalskreft/>

Kreftregisteret. (u.å.). Data og statistikk. Hentet 29. januar 2019 fra <https://sb.kreftregisteret.no/insidens/>

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

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

Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleierens ansvar og arbeidsområder i helsetjenesten. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. J. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie – fag og funksjon* (3. utg., bind 1, s. 193-253). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. J. Grimsbø (red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., bind 3, s. 15-64). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, N. J. (2016). Å styrke pasientens ressurser. I I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. J. Grimsbø (red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., bind 3, s. 349-401). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? Sykepleie – fag og funksjoner. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. J. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie – fag og funksjon* (3. utg., bind 1, s. 15-27). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kunnskapsdepartementet. (2008). Kunnskapsdepartementet (2008). Rammeplan for sykepleierutdanning. Hentet 05. mars 2019 fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf
- Lind, H., Waldenström, A.-C., Dunberger, G., al-Abany, M., Alevronta, E., Johansson K.-A., Olsson, C., ... & Åvall-Lundqvist E. A. (2011). Late symptoms in long-term gynaecological cancer survivors after radiation therapy: a population-based cohort study. *British Journal of Cancer*, *105*, 737–745. doi:10.1038/bjc.2011.315.
- Lindgren, A., Dunberger, G. & Enblom, A. (2017). Experiences of incontinence and pelvic floor muscle training after gynaecologic cancer treatment. *Support Care Cancer*, *25*, 157–166. DOI 10.1007/s00520-016-3394-9.
- Lorentsen, V. B. & Grov, E. K. (2016). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie* (5. utg., bind 2, s. 397-430). Oslo: Gyldendal.
- Lubotzky, F., Butow, P., Nattress, K., Hunt, C., Carroll, S., Comensoli, ..., & Juraskova, I. (2015). Facilitating psychosexual adjustment for women undergoing pelvic radiotherapy: pilot of a novel patient psycho-educational resource. *Health Expectations*, *19*, 1290–1301. doi: 10.1111/hex.12424.
- Mishel, M. (1988). Uncertainty in illness, *Journal of nursing scholarship*, *1988*(4), 225-231.

McCallum, M., Jolicoeur, L., Lefebvre, M., Babchishin, L. K., Robert-Chauret, S., Le, T., Lebel, S. (2014). Supportive care needs after gynecologic cancer: Where does sexual health fit in? *Oncology Nursing Society*, 41(3), 297–306. doi:10.1188/14.ONF.297-306

NSF. (2011, 9. august). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Olsson, C., Berglund, A-L., Larsson, M. & Athlin, E. (2012). Patient's sexuality – A neglected area of cancer nursing? *European Journal of oncology nursing*, 16, 426-431. doi: 10.1016/j.ejon.2011.10.003.

Oncolex. (2017, 22. juni). Gynekologisk kreft. Hentet fra <http://oncolex.no/GYN>

Orem, D.E. (1995). *Nursing Concepts of practice* (5. utg.). St. Louis: Mosby-Year Book, Inc

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

Reitan, A. M. (2017). Klinisk kommunikasjon. I A. M. Reitan & T. K. Schølberg (Red.). *Kreftsykepleie, pasient – utfordring – handling*. (4. utg., s. 104-119). Oslo: Cappelen Damm AS.

Sekse, R. J. T., Hufthammer, K. O. & Vika, M. E. (2016). Sexual activity and functioning in women treated for gynaecological cancers. *Journal of Clinical Nursing*, 26, 400-410, doi: 10.1111/jocn.13407.

Sekse, R. J. T., Raaheim, M., Blaaka, G., Gjengedal, E. (2010). Life beyond cancer: women's experiences 5 years after treatment for gynaecological cancer. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24, 799-807. doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00778.x.

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

Schjølberg, T. K. (2017). Endret kroppsbilde. I A. M. Reitan & T. K. Schølberg (Red.). *Kreftsykepleie, pasient – utfordring – handling*. (4. utg., s. 132-143). Oslo: Cappelen Damm AS.

Statisk sentralbyrå. (2008). Innvandrerbegreper i statistikken. Hentet 02.februar 2019 fra <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/vestlig-og-ikke-vestlig-ord-som-ble-for-store-og-gikk-ut-paa-dato>

Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter. Den lille motivasjonsboken i akademisk skriving* (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Vermeer, W. M., Bakker R. M., Stiggelbout, A. M., Creutzberg, C.L., Kenter, G. G. & ter Kuile, M. M. (2014). Psychosexual support for gynecological cancer survivors: professionals' current practices and need for assistance. *Support Care Cancer* (2015) 23, 831–839. DOI 10.1007/s00520-014-2433-7.

VID Diakonhjemmet (2018). Pensumliste 1. semester høst 2018, bachelor i sykepleie, VID Diakonhjemmet. Hentet 01.mars 2019 fra <https://vid.no/site/assets/files/14174/pensumliste-1-semester-host-2018-bachelor-i-sykepleie-vid-diakonhjemmet-vid.pdf?1du942>

WHO (2006a). Sexual and reproductive health. Hentet 02.februar 2019 fra https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/

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. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2017.07.006>.

Vedlegg 1

Litteratormatrise

Forfatter (e) (Publiseringsår) Tidsskrift Land Tittel	Hensikten med studien	Metode	Utvalg/ populasjon	Hovedfunn /resultater Relevans
Sekse, Hufthammer & Vika (2016) Journal of Clinical Nursing «Sexual activity and functioning in women treated for gynaecological cancers»	Beskrive og sammenligne seksuell aktivitet og funksjon relatert til ulike diagnoser innen gynekologisk kreft, behandlings- måter, alders- gruppe, psykisk påkjenning og helserelatert livskvalitet.	Kvantitativt studie Deskriptivt tverrsnitt- studie.	129 kvinner <u>Inklusjonskriterier:</u> Hadde gjennomført kurativ behandling for gynekologisk kreft. Over 18 år. Kognitivt vevfungerende. Deltakerne ble rekruttert fra tre ulike sykehus i Norge.	2/3 var seksuelt aktive. Halvparten var lite eller ikke fornøyd med sin seksuelle aktivitet. Ca. halvparten var plaget med tørrehet i vagina, og 41 % hadde smerter ved penetrering. Ingen signifikant ulikhet med hensyn til plager relatert til behandlingsmåte, diagnose eller stadie av kreft. <u>Relevans:</u> Resultatene har relevans for å beskrive fysiske konsekvenser ved behandlingen.
Lind et al. (2011) British Journal of Cancer UK «Late symptoms in long-term gynaecological cancer survivors after radiation therapy: a population-based cohort study»	Undersøke forekomsten av fysiske symptomer hos overlevende av gynekologiske kreft som har gjennomgått strålebehandling i bekkenet målt mot en kontrollgruppe.	Kvantitativt studie Kohortstudie	789 overlevende av gynekologisk kreft og en kontroll-gruppe med 478 kvinner. Deltagelsesrate: 78 % blant gynekologisk kreft pasientene og 72 % for kontrollgruppen. <u>Inklusjonskriterier</u> <u>kreftoverlevende:</u> født 1927 eller senere, behersket svensk, ingen aktuelle sykdommer. Fått ekstern strålebehandling av bekkenet og evt. tilleggsbehandling i perioden 1991-2003. <u>Kontrollgruppe:</u> Tilsvarende alder og bosted som kreftgruppen. Ikke behandlet med stråling i bekkenet.	<u>Hovedfunn relatert til</u> <u>seksualitet:</u> Kreftoverlevende rapporterte om mindre vaginal elastisitet, mer smerte ved samleie og lavere samleiefrekvens i forhold til kontrollgruppen. De hadde også høyere forekomst av inkontinens. <u>Relevans:</u> Deler av resultatene er relevante for å beskrive fysiske konsekvenser etter strålebehandling.

			De tidligere kreftpasienten ble rekruttert fra 2 sykehus i Sverige	
<p>Sekse, Raaheim, Blaaka & Gjengedal</p> <p>(2010)</p> <p>Scandi-navian Journal of Caring Science</p> <p>«Life beyond cancer: women's experiences 5 years after treatment for gynaecological cancer»</p>	<p>Få dypere forståelse for opplevd erfaring hos kreftoverlevende og for hvilke erfaringer de har med kreftomsorg.</p>	<p>Kvalitativ Studie</p> <p>Forankret i fenomenologisk hermeneutisk filosofi.</p>	<p>16 deltok 31 kvinner ble invitert</p> <p>Gjennomsnittsalder: 56 år.</p> <p>Alle ble rekruttert fra samme poliklinikk ved et sykehus i Norge, rett før siste kontroll (5-års kontrollen).</p>	<p>Å overleve kreft medfører fundamentale livsendringer som er krevende og berikende.</p> <p>Mangelfull informasjon under behandlingen om blant annet seksualitet gjorde at de følte seg alene, både eksistensielt og psykososialt.</p> <p><u>Relevans:</u> Resultatene har relevans for å få innsikt i psykososiale konsekvenser av sykdommen og behandlingen, og hvordan dette ivaretas av helsepersonell.</p>
<p>Lindgren, Dunberger & Enblom.</p> <p>(2017)</p> <p>Support care cancer</p> <p>«Experiences of incontinence and pelvic floor muscle training after gynaecological cancer treatment»</p>	<p>Beskrive hvordan overleve av gynekologisk kreft erfarer inkontinens relatert til livskvalitet og muligheten til fysisk aktivitet, samt deres syn på og erfaring med bekkenbunns- trening.</p>	<p>Kvalitativ studie</p>	<p>13 kvinner Alder: 48-82 år.</p> <p><u>Inklusjonskriterier:</u> 18 år eller mer. Hadde blitt behandlet for gynekologisk kreft. Hadde urinal og fekal inkontinens i.h.t. ICSs definisjon. Behersket svensk. Kunne bevege seg uten hjelp. Ingen pågående kreft eller tidligere eller planlagt operasjon av inkontinensen.</p> <p>10 av deltakerne ble rekruttert fra en pasientforening og 3 fra et kreftrehabiliterings-senter i Sverige.</p>	<p>Symptomer relatert til inkontinens medførte begrensninger i aktivitetsnivået og reduserte livskvaliteten både fysisk og psykisk. Seksuallivet ble også rammet.</p> <p>Kvinnene hadde lite erfaring med bekkenbunnstrening og var positive til å prøve dette. Det hadde vært mangel på informasjon om inkontinens i løpet av behandlings-tiden.</p> <p><u>Relevans:</u> Funnene gir innsikt i fysiske og psykososiale konsekvenser av sykdommen og behandlingen.</p>
<p>Sekse, Råheim & Gjengedal.</p> <p>(2015)</p> <p>Health Care for Women International</p> <p>«Shyness and openness – common ground</p>	<p>Undersøke hvilke erfaringer kreftoverlevende har når det gjelder å samtale med helsepersonell om seksualitet og intimitet, og undersøke hvor åpne eller sjenerte</p>	<p>Kvalitativ studie</p> <p>Studien er forankret i fenomenologisk hermeneutisk filosofi.</p>	<p>16 kvinner deltok 32 kvinner ble invitert</p> <p>Alder: fra 39-66 år Gjennomsnittsalder: 54 år</p> <p><u>Inklusjonskriterier:</u></p>	<p>Pasientenes erfaringer viste sjenanse og sårbarhet knyttet til hvordan de håndterte seksualitet og intimitet. Kvinnene hadde ønsket å snakke med helsepersonell om temaet. De hadde ønsket at helsepersonell hadde tatt initiativ til samtale. Dette skjedde sjelden.</p> <p><u>Relevans:</u></p>

for dialogue between health personnel and women about sexual and intimate issues after gynecological cancer»	kvinnene er rundt dette temaet.		Behandlet for gynekologisk kreft 5 år tidligere. Ingen tilfeller av metastasering etter behandling. Alle ble rekruttert fra samme poliklinikk ved et sykehus i Norge.	Funnene gir en dypere forståelse for pasientenes behov for informasjon og støtte, og hvordan dette ivaretas av helsepersonell.
Lubotzky et al. (2015) Health Expectations «Facilitating psychosexual adjustment for women undergoing pelvic radiotherapy: pilot of a novel patient psycho-educational resource»	Få tilbakemelding på nytten av en brosjyre som ledd i seksuell rehabilitering etter strålebehandling i bekkenet, og undersøke kvinnenes behov for informasjon og støtte rundt seksualitet etter strålebehandlingen.	Kvantitativ og kvalitativ studie Spørreskjema og oppfølging med semi-strukturert telefonintervju.	20 kvinner deltok 60 kvinner ble invitert Gjennomsnittsalder: 55 år <u>Inklusjonskriterier:</u> Blitt strålebehandlet for gynekologisk eller rektal kreft for under 5 år siden. Hadde fått tildelt dilator. Var 18 år eller eldre. Behersket engelsk. Ingen psykiatrisk eller kognitiv sykdom. Kvinnene ble rekruttert fra ett kreftsenters i Australia.	Brosjyren hadde stor aksept og nytteverdi for deltagerne. Den ga god forståelse i hvordan de kunne bedre seksuell helse etter stråling. Mange rapporterte at samtale om seksualitet ble unngått av helsepersonell til tross for at de hadde seksuelle bekymringer og utfordringer. <u>Relevans:</u> Funnene er relevante for nytten av bruk av skriftlig informasjon om seksualitet til pasienten.
McCallum et al. (2014) Oncology Nursing Society «Supportive Care Needs After Gynecologic Cancer: Where Does Sexual Health Fit in?»	Undersøke: 1. Hvilke behov har pasienter som behandles for gynekologisk kreft (GK) vedr. støttende omsorg og seksuell helse. 2. Hvor stor andel får ikke hjelpen de trenger. 3. Hvilken type hjelp ønsker de. 4. Hva karakteriserer de med størst behov.	Kvantitativ studie Deskriptivt tverrsnittstudie.	113 kvinner deltok Alder: 27-89 år Majoriteten var 50-79 år. <u>Inklusjonskriterier:</u> Kvinner diagnostisert og behandlet for GK 18 år eller eldre, behersket engelsk og fransk. Kvinnene ble rekruttert fra et kreftsenters i Ottawa, Canada, hvor de gikk til oppfølging og screening for tilbakefall.	40 % var bekymret for sitt seksualliv. Mange ønsket møte med helsepersonell eller skriftlig informasjon om dette. De med størst behov for hjelp var de yngre, de som var premenopausale på diagnosetidspunktet, de med lavest seksuell tilfredshet og de som var mest plaget med vaginale endringer. <u>Relevans:</u> Funnene har blant annet relevans for hvordan pasientene opplever at seksualitet ivaretas og hvem som har størst behov for hjelp.
Areskog-Josefsson, Larsson, Gard, Rolander & Juuso.	Undersøke holdninger til å jobbe og kommunisere med pasienter	Kvantitativ studie Tverrsnitt studie.	186 deltakere. 419 sykepleiestudenter, 193 fysioterapistudenter	Studentene mente de trengte mer undervisning om seksuell helse og bedre kommunikasjonsferdigheter relatert til dette temaet.

<p>(2016)</p> <p>Sex Disabil</p> <p>«Health Care Students' Attitudes Towards Working with Sexual Health in Their Professional Roles: Survey of Students at Nursing, Physiotherapy and Occupational Therapy Programmes»</p>	<p>om seksuell helse blant studenter innen helsefag. Kartlegge om faktorer som kjønn, alder og fremtidig yrke påvirket holdningene.</p>		<p>og 136 ergoterapistudenter ble invitert. Svarprosent var hhv. 23%, 23% og 32%.</p> <p>Alle deltakerne studerte ved samme universitet i Sverige og var på ulike stadier i studiet.</p>	<p>Sykepleie- og ergoterapi-studenter hadde mest positiv holdning til å jobbe med seksuell helse i fremtidig yrke.</p> <p><u>Relevans:</u> Funnene gir innsikt i hva som kan være en årsak til at sykepleiere har barrierer for å snakke om seksualitet med pasienter.</p>
<p>Williams, Hauck & Bosco.</p> <p>(2017)</p> <p>European Journal of oncology nursing</p> <p>«Nurses' perceptions of providing psychosexual care for women experiencing gynaecological cancer.»</p>	<p>Undersøke hvordan sykepleiere i Vest-Australia oppfatter at de ivaretar seksualitet pasienter som behandles for gynekologisk kreft.</p>	<p>Kvalitativ studie</p> <p>Deskriptivt design.</p>	<p>17 sykepleiere deltok, hvorav alle var kvinner.</p> <p>Gjennomsnittlig arbeidserfaring som sykepleier: 23 år. Erfaring varierte fra 2-40 år.</p> <p><u>Inklusjonskriterier:</u> Deltakerne måtte ha minst 12 mnd. arbeidserfaring og for tiden jobbe med kvinner som ble behandlet for gynekologisk kreft.</p> <p>Alle jobbet ved samme sykehus i Vest, Australia – enten på poliklinikk eller gynekologisk avdeling.</p>	<p>Studien avdekket 5 ulike temaer som påvirket ivaretagelse av seksualitet:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Sykepleiene brukte strategier som «å støtte» for å lette samtale. 2.De gjorde tilpasninger utfra kvinnenes behov. 3. Sykepleierne var påvirket av egne holdninger og verdier. 4. Systemet/strukturen på avdelingen påvirket – for eks. om det var tilgjengelig dokumentasjon om temaet. 5.Samfunnet påvirket holdninger til seksualitet. <p><u>Relevans:</u> Studien gir sykepleieres perspektiv på hvordan seksualitet ivaretas, hvilke barrierer de har rundt temaet og årsaker til dette.</p>
<p>Olsson, Berglund, Maria Larsson & Athlin</p> <p>(2012)</p> <p>European Journal of oncology nursing</p> <p>«Patient's sexuality – A neglected area f cancer nursing?»</p>	<p>Beskrive sykepleieres oppfatninger av samtaler om seksualitet med kreftpasienter.</p>	<p>Kvalitativt fenomenologisk studie</p>	<p>10 sykepleiere deltok, hvorav alle var kvinner. Alder: 24-54 år (median 50). Arbeidserfaring: 2-32 år (median 19).</p> <p><u>Inklusjonskriterier:</u> 2 års erfaring som sykepleier at de i nåværende jobb arbeidet med kreftpasienter. Behersket svensk.</p>	<p>Sykepleiere opplevde at pasientene hadde lite behov for samtale og støtte om seksualitet i behandlingsperioden. De mente likevel at de burde snakke med pasientene om seksualitet, men gjorde det vanligvis ikke. Dette skyldtes egne holdninger, forhold på avdelingen og kunnskap og ferdigheter rundt temaet.</p> <p><u>Relevans:</u> Studien har relevans da den gir sykepleieres perspektiv på hvordan seksualitet ivaretas og</p>

			Deltakerne jobbet ved fem ulike avdelinger (inkl. gynekologisk kreft) på et sykehus i Sverige.	hvilke barrierer de har rundt temaet.
Vermeer, Bakker, Stiggelbout, Creutzberg, Kenter & ter Kule. 2014 Support Care Cancer. «Psychosexual support for gynecological cancer survivors: Professionals' current practices and need for assistance.	Evaluerer helsepersonells (HP) praksis vedr. å gi støtte rundt seksualitet til pasienter med gynekologisk kreft, hvilke barrierer de har og HPs behov for trening og assistanse på dette området.	Kvalitativ studie	30 deltakere Gjennomsnittsalder: 49 år 77% var kvinner. 64% hadde mer enn 10 års erfaring. Deltakerne var kreftsykepleiere med spesialisering i gynekologi, gynekologisk onkologer og radio onkologer. Det ble forsøkt rekruttert én fra hver av disse profesjonene fra 9 hollandske sykehus.	Flertallet rapporterte at de diskuterte seksuell funksjon minst én gang med pasientene. Dette gjorde de for å forsikre pasientene om at var normalt å ha bekymringer om seksualitet og gi pasientene en mulighet til å diskutere temaet. Ca. halvparten av HP ga spesifikke forslag og pasientene ble sjelden henvist til sexolog. Flauhet og mangel på tid var barrierer hos HP for å gi støtte om seksualitet. <u>Relevans:</u> Studien har relevans da den gir sykepleieres perspektiv på hvordan seksualitet ivaretas og hvilke barrierer de har rundt temaet.

Vedlegg 2

Søkehistorikk

Søke-dato	Database	Søke-nr.	Søkeord og ordkombinasjoner	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler inkludert
25.01.2019	Cinahl with full text	1	Genital neoplasms, female	2 507			
		2	Ovarian neoplasms	10 990			
		3	Uterine neoplasms	3 277			
		4	Cervix neoplasms	13 149			
		5	Sexuality	31 154			
		6	Sexual health	8 913			
		7	Genital neoplasms female OR ovarian neoplasms OR uterine neoplasms OR cervix neoplasms AND sexuality OR sexual health <u>Avgrensning:</u> Abstract, peer review Språk: dansk, engelsk, svensk, norsk Geografisk område: Europa, Continental Europe, USA, UK & Irland, Canada, Australia, New Zealand. Periode: 01.2009-01.2019	189	23	11	6
		8	Nursing assessment	17 663			
		9	Nursing role	49 828			
		10	Cancer patients	60 988			
		11	Cancer patients AND Nursing assessment OR Nursing role AND Sexuality OR Sexual health Avgrensning som ovenfor.	10	5	1	0
		11	Nursing care	73 728			
		12	Nursing	602 842			
		13	Genital neoplasms female OR ovarian neoplasms OR uterine neoplasms OR cervix neoplasms AND Nursing OR Nursing care OR Nursing assesement OR Nursing role AND sexuality OR sexual health Avgrensning som ovenfor	355	12	8	4
			PLISSIT Avgrensning som ovenfor	8	1	0	0
15.02.2019	SveMed+	1	Counceling	786			
		2	Patient education as topic	2 575			
		3	Genital neoplasms, female	656			
		4	Ovarian neoplasms	178			
		5	Uterine neoplasms	431			
		6	Cervix cancer	319			
		7	Counceling OR Patient education as topic AND Gential	5	2	1	0

			neoplasms female OR Ovarian neoplasms OR Uterine neoplasms OR Cervix cancer <u>Avgrensning:</u> Peer review, Periode: 2009-2018				
			Genital neoplasms female Avgrensning som ovenfor	34	2	1	1
		8	Sexuality	490			
		9	Sexual health	0			
		10	Sexual dysfunction, psychological	262			
		11	Sexual dysfunction, physiological	233			
		12	Sexuality OR Sexual health OR Sexual dysfunction psychological OR Sexual dysfunction physiological AND Counseling OR Patient education as topic AND Genital neoplasms female OR Ovarian neoplasms OR Uterine neoplasms OR Cervix cancer Avgrensning som ovenfor.	0			
		13	Counseling OR Patient education as topic AND Sexuality Avgrensning som ovenfor.	5	0		
		14	Sexuality OR Sexual health OR Sexual dysfunction psychological OR Sexual dysfunction physiological AND AND Genital neoplasms female OR Ovarian neoplasms OR Uterine neoplasms OR Cervix cancer Avgrensning som ovenfor.	0			
			PLISSIT OR PLISSIT Model	0			