

BACHELOROPPGÅVE

Tabubelagt samtaleemne – seksualitet og livmorhalskreft

«Korleis kan sjukepleiaren fremje seksualitet hos unge kvinner som er behandla for livmorhalskreft?»

Av

Lisa Heggøy Tombre - Kandidantnummer 17

Signe Øvrebotten Salbu - Kandidatnummer 43

Bachelor i sjukepleie

Emnekode: SK 152

November 2016

Antal ord: 9063

Rettleiar: Karianne Røssummoen Øyen



**Avtale om elektronisk publisering i Høgskulen i Sogn og Fjordane sitt
institusjonelle arkiv (Brage)**

Eg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane løyve til å publisere oppgåva (Skriv inn tittel) i Brage dersom karakteren A eller B er oppnådd.

Eg garanterer at eg har opphav til oppgåva, saman med eventuelle medforfattarar.

Opphavsrettsleg beskytta materiale er nytta med skriftleg løyve.

Eg garanterer at oppgåva ikkje inneheld materiale som kan stride mot gjeldande norsk rett.

Kandidatnummer : 17

Lisa Heggøy Tombre

JA NEI

Kandidatnummer : 43

Signe Øvrebotten Salbu

JA NEI

Samandrag

Tittel

«Tabubelagt samtaleemne - seksualitet og livmorhalskreft»

Bakgrunn for val av tema

Gjennom praksiserfaring såg vi at sjukepleiarar i møte med kreftpasientar generelt var flinke til å kommunisere, men at mange av dei unngjekk å snakke om seksualitet og seksuell helse. Vi meiner at seksualitet og seksuell helse må på dagsorden, for å heve kunnskapsnivået blant sjukepleiarar og for å gi sjukepleiaren betre kommunikasjonsverktøy i møte med kvinna og hennar seksualitet.

Problemstilling

Korleis kan sjukepleiaren fremje seksualitet hos unge kvinner som er behandla for livmorhalskreft?

Framgangsmåte

I denne oppgåva har vi nytta litteraturstudie som metode. Det vil seie at vi har brukt eksisterande faglitteratur og forskning på området, for å finne svar på problemstillinga vår. Vi har også nytta egne erfaringar frå praksis.

Oppsummering av funn og konklusjon

Gjennom drøfting av forskning, litteratur og egne erfaringar frå praksis ser vi at sjukepleiarrolla i stor grad omhandlar kommunikasjon, relasjonsarbeid og informasjonsarbeid. Det er viktig å sjå den enkelte pasienten, lytte og vise omsorg. Sjukepleiar må ha kunnskap om korleis sjukdom og behandling påverkar fysiske og psykiske delar ved pasienten og korleis dette påverkar seksualitet. I fleire av våre studiar blir det rapportert mangel på informasjon og rettleiing frå sjukepleiar til pasient. Informasjonsarbeidet og rettleiinga må tilpassast den enkelte pasient sine individuelle behov.

Innhold

1. Innleiing med val og grunngjeving av tema	1
1.1 Bakgrunn for val av tema	2
1.2 Problemstilling	2
1.2.1 Avgrensing.....	2
1.3 Oppgåva si oppbygging	2
2. Framgangsmåte	3
2.1 Metode.....	3
2.2 Faglitteratur	3
2.3 Forskning.....	3
2.4 Kjeldekritikk.....	4
3. Teoretisk og faglig grunnlag	5
3.1 Livmorhalskreft	5
3.1.1 Symptom og utgreiing.....	5
3.1.2 Behandling, konsekvensar og tiltak	5
3.1.3 Endra kropps- og sjølvbilete.....	7
3.1.4 Seksualtekniske hjelpemidlar.....	7
3.2 Seksualitet og seksuell helse.....	8
3.2.1 Livskvalitet.....	8
3.3 Kommunikasjon og samhandling	9
3.3.1 Joyce Travelbee sin kommunikasjonsteori	10
3.3.2 Meistring	10
3.3.3 PLISSIT-modellen.....	10
3.4 Sjukepleiarolla	11
3.5 Presentasjon av forskingsartiklane	11
3.5.1 Artikkel 1	11
3.5.2 Artikkel 2	12
3.5.3 Artikkel 3	12
3.5.4 Artikkel 4	13
4. Drøfting	14
4.1 Kvifor er seksualitet så vanskeleg å snakke om med kreftpasientar?	14
4.2 Kva kan bli konsekvensen ved manglande fokus på seksualitet og samliv?	15
4.3 Korleis kan sjukepleiaren hjelpe kvinna til å fremje sin seksualitet?	17
5. Konklusjon.....	21
Bibliografi	22

1. Innleiing med val og grunngjeving av tema

Kreft er ein kjent og frykta sjukdom. Ei diagnose som rammar mange kvinner er livmorhalskreft. Diagnosa er den tredje største kreftforma på verdsbasis, og den vanlegaste kreftforma som rammer kvinner under 35 år. Kvart år får rundt 300 norske kvinner diagnosen livmorhalskreft, og nærare 70 norske kvinner døyr kvart år av sjukdommen (Kreftregisteret, 2014). Gjennomsnittsalderen til kvinner i Noreg som blir ramma av livmorhalskreft er 52 år (Kreftforeningen, 2016).

Kvinnene som får denne diagnosen må igjennom fleire undersøkingar og behandlingar som blir beskrive i pakkeforløpet for livmorhalskreft. Pakkeforløpet skal sikre at pasientane får nødvendig behandling og oppfølging innan visse rammer. Dei vanlegaste formene for behandling er operasjon, cellegiftbehandling og strålebehandling. Etter gjennomgått behandling blir kvinna følgt opp med kontrollar (Helsedirektoratet, 2016).

Det at ein blir kreftsjuk påverkar pasientane på mange vis. Det er blant anna normalt at kvinnene med livmorhalskreft opplever at livet endrar seg etter kreftbehandlinga, både mentalt og fysisk. På grunn av seinskadar som blant anna tørre og såre slimhinner, for tidleg overgangsalder og samanvoksingar i underlivet, veit vi at kvinna si seksuelle helse kan bli endra (Kreftforeningen, 2016). Undersøkingar viser at kreftpasientar har eit stort informasjonsbehov som ikkje blir møtt av helsepersonell. Ein av dei fremste forskarane i Norge, Astrid H. Liavaag, seier at det definitivt er eit problem at legane og anna helsepersonell ikkje snakkar om seksuelle problem som kan oppstå ved behandling av livmorhalskreft (Grønset, 2012).

Vi fryktar at kvinner med livmorhalskreft kan erfare negative påverknadar i form av nedsett livskvalitet, seksualitet og endra samliv om ikkje tema blir tilstrekkeleg belyst for desse kvinnene. Tematikken er vurdert til å vere så viktig at den er framheva av verdas helseorganisasjon som definerer seksualitet som eit grunnleggande behov og eit aspekt ved det å vere menneske og kan ikkje skiljast frå andre sider av livet (Borg, 2010, s. 121). Ei av hovudoppgåvene til sjukepleiaren er nettopp å ivareta grunnleggjande behov. Éin norsk studie viste også at det er viktig for pasientane, uansett kreftdiagnose, at sjukepleiaren i tillegg til å ha tekniske ferdigheter også har kunnskap både om kreft og kreftbehandling (Sykepleien Forskning, 2010).

På bakgrunn av desse momenta, ser vi at sjukepleiaren si rolle blir svært viktig i møte med den kreftsjuke kvinna. Vi meiner difor at det er viktig at sjukepleiaren har ei heilskapleg forståing av problematikken, og at sjukepleiaren har kompetanse til å møte behova til pasienten i praksis. Ved å møte kvinna sine seksuelle problem, opnar sjukepleiaren opp for at ein kan finne løysingar på problema, som igjen kan føre til betre livskvalitet (Borg, 2010, s. 127).

1.1 Bakgrunn for val av tema

Gjennom praksiserfaring såg vi at sjukepleiarar i møte med kreftpasientar generelt var flinke til å kommunisere, men at mange av dei unngjekk å snakke om seksualitet og seksuell helse. Vi såg også at helsepersonell som skulle informere om meir spesifikke tiltak, blei brydd og usikre og at det dermed gjekk ut over kvaliteten på informasjonen som kvinna burde og skulle fått. I følge Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for gynekologisk kreft (2016) medfører behandling av denne kreftforma, ofte seksuell dysfunksjon og psykologiske reaksjonar både hos kvinna og hennar partner. Vi meiner difor at seksualitet og seksuell helse må på dagsorden, for å heve kunnskapsnivået blant sjukepleiarar.

1.2 Problemstilling

Problemstillinga vår er:

«Korleis kan sjukepleiaren fremje seksualitet hos unge kvinner som er behandla for livmorhalskreft?»

1.2.1 Avgrensing

Vi har valt å fokusere på pasientgruppa som har fått kurativ behandling. Desse kvinnene lever ofte med seinskadar av behandlinga, som kan påverke seksualiteten til pasienten, åleine eller i partnerskap. Med omgrepet "fremje seksualitet" meiner vi; korleis vi som sjukepleiarar kan følge opp kvinna si seksuelle helse, og gje henne verktøy for å ivareta sin eigen seksualitet. Arenaen vil vere sjukehus, i poliklinikk då det er der kvinna får den viktigaste informasjonen om tida som kjem og framtidige utfordringar som kan oppstå. Vi ønskjer å fokusere på unge kvinner mellom 25-55 år, fordi det er i denne aldersgruppa flest kvinner får livmorhalskreft (Helsenorge, 2016).

1.3 Oppgåva si oppbygging

Først i oppgåva vil vi gjere greie for val av metode og litteratur, samt presentere forskingsartiklane vi har nytta. I innleiinga tek vi for oss eit samfunnsperspektiv, sjukepleiarperspektiv og bakgrunn for val av tema, samt problemstilling med avgrensing. Så vil vi sjå nærare på det faglege grunnlaget for oppgåva. Vi startar med å gjere greie for kva livmorhalskreft er, og kva biverknadar og konsekvensar ei slik diagnose har for kvinna. Vidare tek vi føre oss seksualitet, seksualliv og seksuell helse. Deretter vil vi sjå på kva rolle sjukepleiaren har i møte med desse pasientane, i lys av Joyce Travelbee sin kommunikasjonsteori. Etter teoridelen følger ei drøfting av problemstillinga ut i frå forskning, teori og egne erfaringar. Som ei avslutning vil vi kort oppsummere oppgåva og vurdere om kunnskapen som er komen fram kan ha implikasjonar for vidare sjukepleiepraksis.

2. Framgangsmåte

2.1 Metode

Eigne erfaringar og opplevingar i praksis fekk oss til å undre over kvifor seksualitet og seksuell helse blei så lite snakka om, både mellom legar, sjukepleiarar og pasientar. Ved å sjå nærare på faglitteratur og forsking på området, ønskjer vi å finne svar på dette. Vi valde difor eit litteraturstudie som metode, noko som inneber fleire systematiske søk, kritisk vurdering og samanlikning av litteratur innanfor det bestemte fagområdet. Vi har analysert og tolka allereie eksisterande kunnskap for å kunne kome fram til ei samanfatning (Dalland, 2012, ss. 63-80). Ei viktig sjukepleierolle er å kunne bidra til at ny og oppdatert kunnskap blir nytta i praksis, jamfør yrkesetiske retningslinjer for sjukepleiarar (Norsk Sykepleierforbund, 2016).

Vi skil mellom kvantitativ og kvalitativ metode. Den kvantitative metoden tar utgangspunkt i teoriar og prinsipp basert på objektivitet og nøytralitet, medan den kvalitative metoden tar utgangspunkt på å fange opp meininga og opplevingar som ikkje lar seg måle eller talfeste. I følge Dalland kan begge metodane bidra til ei betre forståing av det samfunnet vi lever i, samt korleis enkeltindivid og grupper samarbeider og handlar (Dalland, 2012, s. 112). Vi tar utgangspunkt i relevant litteratur retta mot den aktuelle problemstillinga og nyttar forskingsartiklar med kvalitativt og kvantitativt design.

2.2 Faglitteratur

Det første steget i søkeprosessen vår starta på biblioteket ved Høgskulen i Sogn og Fjordane. Gjennom søkemotoren Oria og Bibsys Ask, fann vi relevant faglitteratur for problemstillinga vår ved hjelp av søkeorda *kreft og seksualitet, livmorhalskreft, seksuell helse og sykepleie*. Undervegs i skriveprosessen har vi funne fram pensum frå tidlegare emne og tatt i bruk bøker frå anerkjende fagpersonar frå fagområdet. Vi har nytta nettressurssar og statistikk som er relevant for oppgåva, samt at vi har nytta anbefalt litteratur om søking, analysering og oppgâveskriving (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, & Reinart, 2012, ss. 67-158).

2.3 Forskning

Vi byrja med å studere S-pyramiden, som er eit viktig prinsipp i kunnskapsbasert praksis. Pyramiden vektlegg førehandsvurdert, forskingsbasert kunnskap. Dess høgare opp i pyramiden ein kjem, dess meir brukbar, kvalitetssikker og lettlest er forkinga (Nortvedt et. al., 2012, s. 44).

For å finne gode søkeord tok vi utgangspunkt i problemstillinga vår. Vi kom fram til orda *cervical cancer, sexuality, nurse, sexual dysfunction, partners*. Databasen vi enda opp med å bruke var McMaster Plus der ein kan søke i fleire oppslagsverk samstundes (Nortvedt et. al., 2012, s. 45). Først

søkte vi på alle orda kvar for seg, for så å kombinere nokre av dei. Ved å kombinere *cervical cancer and sexuality, nurse* fekk vi 11 treff og kombinasjonen *cervical cancer, sexual dysfunction, partners* gav 6 treff. Ut i frå desse 17 treffa starta eit snøballsøk, der vi trykte oss vidare frå ein artikkel til ein annan ved hjelp av hjelpeverktøyet "similar articles". Etter å ha lese gjennom fleire relevante artiklar, kom vi fram til to kvalitative, ein "Mixed Method" og ein kvantitativ forskingsartikkel. Vi hadde eit krav om at forskingsartiklane ikkje skulle vere eldre enn 10 år.

2.4 Kjeldekritikk

Problemstillinga vår blir i stor grad belyst av faglitteraturen og forskinga som vi har valt. Den gir relevant kunnskap om livmorhalskreft, behandling og konsekvensar og korleis dette påverkar kvinna sin seksualitet. Den gir også kunnskap om korleis sjukepleiaren skal imøtekomme desse pasientane. Bøkene vi har nytta er i stor grad lærebøker og fagbøker av nyare dato, berekna for studentar og fagfolk. Ei ulempe ved å bruke slike bøker er at dei ofte er sekundærkjelder, noko som vil seie at det kan oppstå arving av feiltolkingar og unøyaktigheiter (Dalland, 2012). På grunn av stor pågang på biblioteket har ikkje dette alltid latt seg gjere å låne bøkene med den nyaste datoen. Vi har likevel vurdert bøkene vi har nytta, som relevante for vår oppgåve.

Alle forskingsartiklane vi har nytta er vurdert etter IMRAD- strukturen, som består av introduksjon, metode, resultat og diskusjon (Dalland, 2012). Artiklane vi har valt er med på vise at problemstillinga er aktuell, og dei presenterer kunnskap om kvifor det er viktig å samtale om seksualitet etter, gjennomgått kurativ behandling for livmorhalskreft. Vi fann fleire gode forskingsartiklar på området, noko som gjorde det vanskeleg å velje ut kven som svarte best på problemstillinga vår.

For å kritisk vurdere forskingsartiklane nytta vi sjekklister for kvalitativ metode på to av artiklane våre, henta frå Kunnskapsenteret (2014). Det var utfordrande å finne passande sjekklister for to av forskingsartiklane. Den eine artikkelen nytta kvantitativ spørjeskjema som metode, og det var difor vanskeleg å finne ei passande sjekklister til denne artikkelen. Vi såg difor på korleis forskarande strukturerte artikkelen og korleis dei la fram resultatane. Difor velgjer vi likevel å stole på forskinga. I følge John W. Creswell (2014) er Mixed Methods Research ei blanding av både kvantitative og kvalitative data. Ei av studiane vi har nytta hadde eit kombinert design med både spørjeskjema og korte intervju. Med bakgrunn i dette får forskarane fram spesifikke data og kan på denne måten kvalitetssikre innhaldet. Eit anna viktig kriterium for oss var forskinga si gyldigheit, haldbarheit og om forskinga var relevant til å svare på problemstillinga vår (Dalland, 2012).

3. Teoretisk og faglig grunnlag

3.1 Livmorhalskreft

Livmorhalskreft utviklar seg i livmorhalsen ved overgangen mellom plateepitel og sylinderepitel (Jerpeseth, 2016, s. 153). Med epitel meiner vi cellelag som kler innvendig eller utvendig kroppsoverflate, og kan vere i einlaga eller fleirlaga cellelag (Sand, Sjaastad, Haug, & Bjålie, 2006, ss. 91-94). Svulsten utviklar seg vanlegvis svært langsomt, og ein reknar med at det tek fleire år før dei ondarta cellene invaderer djupare strukturar i livmorhalsen som fører til ein definert svulst (Jerpeseth, 2016, s. 153).

Det er fleire faktorar som aukar risikoen for utvikling av livmorhalskreft, blant anna kjønnsjukdommar, nedsett allmenntilstand og røyking (Jerpeseth, 2016, s. 153). Den viktigaste årsaka til utvikling av livmorhalskreft er infeksjon av to spesifikke typar humant papillomavirus (HPV), type 16 og type 18. Desse blir kalla høgrisiko HPV og kan gi ulike former for kreft, både hos kvinner og menn (Folkehelseinstituttet, 2016).

3.1.1 Symptom og utgreiing

Dei fyrste symptoma på livmorhalskreft er at kvinna oppdagar blødingar og utflod frå skjeden - dette skuldast endringar i epitelvevet. Kvinna kan byrje å blø etter samleie, eller andre påkjenningar utan nokon spesiell forklaring. I byrjinga er utfloden ofte gulkvit på farge, for så å bli meir brunaktig. Etter kvart blir den grønaktig og luktar vondt. Andre symptom kan vere smerter i bekken og urinblæra, som ofte er eit teikn på at sjukdomsforløpet er i eit seinare stadium (Jerpeseth, 2016, s. 153).

For å kunne avdekkje celleforandringar og eventuelt livmorhalskreft på eit tidleg stadium, gjev Noreg i dag, eit tilbod om cytologisk prøvetaking til alle kvinner mellom 25-70 år. Denne prøva skal takast kvart tredje år. Tilbodet har vore med å redusere talet på årlege dødsfall fordi ein kan oppdage celleforandringar på eit tidleg stadium og behandle desse raskast mogeleg (Jerpeseth, 2016, s. 153). I tillegg til cytologisk prøvetaking er det kome ei HPV-vaksine som skal hindre infeksjon av viruset. Vaksina blei teke inn i barnevaksinasjonsprogrammet for 7.klassejenter, skuleåret 2009-2010. Frå november 2016 kan også unge kvinner som er født i 1991 og seinare, gratis vaksinere seg mot HPV (Folkehelseinstituttet, 2016).

3.1.2 Behandling, konsekvensar og tiltak

Livmorhalskreft kan behandlast kirurgisk, med kjemoterapi og radioaktiv stråling. Desse tre blir ofte kombinert i behandlinga. I det fyrste stadiet blir det utført konisering, eit enkelt kirurgisk inngrep som gjer at slimhinnene på livmortappen blir skore vekk ved hjelp av ein laser. Ved seinare stadium

er standardbehandligna intrakavitær stråleterapi i vagina, og kirurgisk behandling. Dersom det er spreining i det lille bekkenet vil kvinna alltid få stråleterapi i tillegg.

Dei fleste kvinner som blir operert for gynekologisk kreft, får livmora og livmorhalsen fjerna. Dette betyr at skjeden blir noko kortare, og såroverflata øvst i skjeden må legast. Skjeden vil difor kjennast annleis, og vil ha behov for å tøyast ved seksuell aktivitet (Jerpeseth, 2016, s. 154). Dersom kvinna har vore gjennom strålebehandling i bekkenområdet eventuelt i kombinasjon med stråling i skjeden, kan behandligna føre til nedsett elastisitet og skjeden kan kjennast tørr og sår. I tillegg kan det føre til at kvinna kjem i for tidleg overgangsalder som kan påverke evna hennar til å bli mor (Siggerud, 2010, s. 157). Det å fjerne eggstokkane mange år etter overgangsalderen, er noko heilt anna enn å komme i ein brå og uventa overgangsalder. Kroppen kan oppfattast som meir sårbar, framand og problematisk. For kvinna kan det å komme i for tidlig overgangsalder vere traumatisk i seg sjølv fordi det gir plagsame symptom, og fordi overgangsalderen kan forbindast med redusert kvinnelegheit og aldring. Det største tapet for mange av desse kvinnene er å miste evna til å få barn. Både kvinna og ein eventuell partner kan kjenne på djupe taps- og sorgreaksjonar. Dei mistar ein moglegheit, ein funksjon og ei rolle, og framtida kan bli annleis enn det dei kanskje hadde sett for seg og ønska (Jacobsen, 2010, s. 545). Dette kan føre til at enkelte kvinner kjenner seg mindre verdifulle, som kvinne og som seksualpartner (Jerpeseth, 2016, s. 154).

Ved stråling av det nedre bekkenområdet, kan det oppstå arrdanningar og samanvoksningar øvst i skjeden. Grunna den raske celledelinga i slimhinna i vagina, kan det oppstå fibrose og ei auka mengde med utflod. Vagina kan bli trongare, kortare og mindre elastisk (Siggerud, 2010, s. 157). Dette kan medføre store problem ved samleie, grunna smerter og støtsmerter, tørrhet, kløe, ubehag og endra kjensle i underlivet (Jacobsen, 2010, ss. 543-550) Nokre kvinner kan utvikle fisteldanningar etter operasjon og strålebehandling. Fisteldanningar vil seie holrom eller opningar frå blæra, tarmen eller skjeden til andre organ i bekkenet. Fistlar kan vere ei stor påkjenning for kvinna, då det kan føre til sivning av urin, avføring og utflod. Fisteldanningar aukar også faren for infeksjonar og kan vanskeleggjere seksuallivet til kvinna (Jacobsen, 2010, s. 543). I tillegg til biverknadar og konsekvensar som påverkar kvinna si seksuelle helse, må kvinna leve med andre biverknadar som følgje av behandligna ho har vore gjennom. Fysiske symptom som kvalme, trøttheit, fatigue og nevropati blir ofte rapportert som plagsame tilstandar kvinna opplev (Jerpeseth, 2016, s. 153).

Alle desse konsekvensane som kvinna kan kjenne på kroppen kan være ei stor belastning, og det kan også påverke kvinna på det kjenslemessige planet. Å få ei kreftdiagnose er i seg sjølv ein alvorleg trussel, for både kvinna og hennar familie. Kvinna blir nøyd til å ta stilling til fleire vanskelege problemstillingar, og mange kvinner kjenner tap av sin kvinnelege identitet og at sjølvbilete hennar blir endra (Ulvund, 2013, s. 875).

3.1.3 Endra kropps- og sjølvbilete

Sjølvbiletet er det indre biletet ein har om seg sjølv. Det omfattar både utsjånad, kroppen sin funksjon og opplevinga av det å ha ein verdi (Jacobsen, 2010, s. 545). Å ha det godt med tanke på sin eigen kropp er difor avgjerande for eit godt sjølvbilete. Sjølv om kreftdiagnosa ikkje fører til synlege forandringar i fyrste omgang, er den ofte med på å endre kroppsiletet til kvinna. Forandringar i kroppsiletet kan ha innverknad på sjølvbiletet og betydninga av kvinna si sjølvkjensle (Schjøberg, 2010, ss. 131-135).

Mange kvinner med livmorhalskreft opplever kroppen sin som forandra, både fordi organ er fjerna, og fordi kroppen fungerer annleis enn før, men også fordi den ser annleis ut. Det kan vere vanskelig for kvinna å akseptere ein kropp som kan vere avmarga, hårlaus og med arr etter gjennomgått behandling. Eit endra sjølvbilete, fysiske endringar, biverknadar og seinskadar etter behandling og lystproblematikk er eksempel som kan vanskeleggjere seksuallivet (Jacobsen, 2010, s. 545). Ofte tek ikkje pasienten opp temaet med sjukepleiaren på eigenhand, og treng difor ein "invitasjon" frå sjukepleiaren med opne tilnærmingar. Jacobsen (2010) skriv at sjukepleiaren kan nytte skriftleg informasjon som er berekna for kvinner med underlivskreft, for å invitere til ein slik samtale.

3.1.4 Seksualtekniske hjelpemidlar

Biverknadar etter kreftbehandlinga kan som vist i kapittelet ovanfor, ha store konsekvensar for kvinna si seksuelle helse, seksualitet og samliv. Nokre kvinner blir også plaga med illeluktande utflod, og må jamleg skylje skjeden. Andre blir plaga med tynne, tørre og lite elastiske slimhinner, trong skjede, arrdanningar, hyppig vasslating eller lekkasje, forsnevring av tarmen med smerter og diaré (Gamnes, 2011, s. 96) Ved hyppige vasslatingar og lekkasje kan hjelpetiltak som bekkenbunnstrening og analpropp vere til nytte (Kreftforeningen, 2016).

Slike seksualtekniske hjelpetiltak og hjelpemiddel har som funksjon å erstatte eller å bidra til å støtte- og vedlikehalde seksualfunksjonen til kvinna (Gamnes, 2011, s. 101). Kvinna treng informasjon og rettleiing om kva konkrete hjelpetiltak og hjelpemiddel som kan nyttast for å betre og fremje hennar seksualitet.

For å hindre samanvoksningar må kvinna jamleg dilatere skjeden ved samleie eller ved bruk av ein massasjestav for å halde vagina open, og for å oppretthalde eit framtidig seksualliv. Dersom kvinna ikkje har regelmessig samleie, er det naudsynt at kvinna dilaterer skjeden jamleg over ei lengre periode. Alternativet er at kvinna må ha samleie minst tre gonger i veka i tre månadar etter behandling. Ved dilatering av skjeden kan det vere naudsynt med ein vassbasert glidekrem for at det ikkje skal bli smertefullt for kvinna (Siggerud, 2010, s. 158).

3.2 Seksualitet og seksuell helse

Seksualiteten blir lett skadelidande når ein blir ramma av sjukdom og psykiske- og fysiske påkjenningar. Seksualitet er ei drivkraft som er til stades hos alle menneske, gjennom heile livet og er ein vesentleg del av menneske sin identitet. Det å elska og å kjenne seg elska er ein viktig føresetnad for å bevare god helse (Schjøberg, 2010, s. 140). Verdas helseorganisasjon definerer seksualitet slik: «Seksualitet er en integrert del av det å være mann, kvinne eller barn. Det er et grunnleggende behov og et aspekt ved menneskelig væren som ikke kan skilles fra andre deler av livet. Seksualitet er ikke synonymt med samleie, det handler ikke om å ha orgasme eller ikke, og det er heller ikke summen av våre erotiske liv. Disse kan være deler av vår seksualitet, men trenger ikke være det (...)» (Borg, 2010, s. 121). Når vi snakkar om seksualitet meiner vi dei fysiske, psykiske, åndelege, sosiale og kulturelle sider ved det å vere menneske (Gamnes, 2011, s. 73). Seksualitet har også eit biologisk og fysiologisk aspekt som er viktig for å oppnå eit tilfredsstillande seksualliv, blant anna fysiologiske prosessar som normal hormonproduksjon, intakte nerveforsyningar og god blodsirkulasjon (Jerpeseth, 2016, s. 140).

I følge Jerpeseth (2016) er seksuell helse eit produkt av både somatiske, psykiske og samfunnsmessige faktorar. God seksuell helse er knytt til glede, lyst og anerkjenning. Seksuell helse er det motsette av seksuell dysfunksjon. Ved kreft i underlivet aukar risikoen for seksuell dysfunksjon, grunna kreftbehandlinga og seinskadar av denne (Ulvund, 2013, s. 876). Ulvund (2013) seier også at kreftpasientar ofte er avventande med å oppretthalde si seksuelle helse og gjenoppta seksuell kontakt etter kreftbehandling. Det er difor viktig at sjukepleiaren har kunnskap og innsikt i kva seksualitet betyr for pasienten, slik at sjukepleiaren kan hjelpe pasienten og fremje hennar seksualitet (Borg, 2010, ss. 121-122). Eit godt forhold til eins eigen seksualitet og gode relasjonar til andre menneske er eit viktig fundament for eit godt seksuelt liv og for å oppretthalde god livskvalitet (Gamnes, 2011, s. 73).

3.2.1 Livskvalitet

Det finnes ei rekke definisjonar på livskvalitet, og det er eit vanskeleg omgrep å definere. Siri Næss; definerer livskvalitet slik: "Å ha det godt, og å ha gode følelser og positive vurderinger av eget liv". Med gode kjensler meiner ho glede, engasjement og kjærleik. Positive vurderingar kan til dømes vere tilfredsheit, sjølvrespekt og oppleving av mening (Næss, 2011, s. 16). Livskvalitet er derfor eit subjektivt omgrep som tek for seg både fysiske, psykiske og sosiale aspekt ved livet. Det er den enkeltes oppleving av å ha det godt eller dårlig. For å vurdere livskvalitet, må ein difor ta utgangspunkt i den enkelte sine egne opplevingar av situasjonen (Rustøen, 2010, s. 53).

Menneske som får eller har kreft, må leve med ein endra livssituasjon i ein periode eller resten av livet. Det er difor viktig å vite korleis diagnosen påverkar livskvaliteten deira. Når behandlinga er kurativ, er det viktig at pasienten får informasjon om dei subjektive plagene ein kan oppleve under og etter behandling (Reitan, 2010, s. 109). Sjukepleiaren sin evne til å kommunisere om vanskelege tema blir difor ein faktor for at slik informasjon skal bli gitt.

3.3 Kommunikasjon og samhandling

I Noreg er pasienten sin rett til informasjon forankra i Pasientrettighetslova § 3-2, som seier at pasienten har rett på den informasjonen som er naudsynt for å få innsikt i sin helsetilstand og i innhaldet i helsehjelpa. Pasienten skal informerast om mogelege risikoar, biverkandar og konsekvensar av behandlinga. Det er legen sitt ansvar å informere pasienten om diagnose, behandlingsmogelegheit, eventuelle komplikasjonar, biverkandar og om prognosen til pasienten. Sjukepleiaren har ansvar for å gi informasjon som har betydning for utøvinga av sjukepleie til pasienten, og informasjon relatert til behandlingssopplegget (Pasient- og brukerrrettighetsloven, 1999). Ei av hovedoppgavene til sjukepleiaren er å bidra med informasjon i form av å kommunisere med pasienten.

God kommunikasjon er grunnleggjande for utøving av god sjukepleie. Normalt ynskjer vi å formidle eit meningsfullt budskap til den andre. Ein kan seie at god kommunikasjon skjer når det er samsvar mellom det budskapet som blir oppfatta og det budskapet som er sendt. Gjennom kommunikasjon ynskjer ein ofte å oppnå noko meir enn å formidle meiningar og informasjon til kvarandre. Vi handlar ut i frå bestemte verdiar som tryggleik, openheit, ettertanke, tillit, velvære eller ei kjensle av kontakt, som vi ynskjer å fremje i samhandlinga (Røkenes & Hanssen, 2012). Ein viktig del av kommunikasjon er pasientinformasjon. Det har blitt ei dramatisk reduksjon i tid til rådighet for pasientinformasjon, både før, under og etter behandling. Forsking viser at manglande informasjon er noko av det pasientar rapporterer hyppigast at dei er mest misnøgd med etter sjukehusopphald. Dette fordi pasienten ikkje veit kva dei skal forvente når dei kjem heim etter avslutta behandling. (Kristoffersen, 2011, s. 178).

For å samhandle med andre menneske må ein kunne forstå den andre og gjere seg sjølv forstått. Sjukepleiaren må nytte eit klart språk og tydeleg språk. For å kunne forstå andre menneske i deira situasjon og deira oppleving av situasjonen, må ein kunne lytte aktivt, ha ei open haldning og komme med tydelege spørsmål (Kristoffersen, 2011, s. 180). Dette kjem tydeleg fram i Travelbee sin kommunikasjonsteori (Kristoffersen, 2011, s. 215).

3.3.1 Joyce Travelbee sin kommunikasjonsteori

Joyce Travelbee er kjend for sin kommunikasjonsteori og har med denne hatt stor innverknad på korleis helsepersonell tenkjer. Kommunikasjonsteorien definerer ho slik: "Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleieren hjelper en person, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig å finne en mening i disse erfaringene" (Kristoffersen, 2011, s. 215).

I følge Travelbee må sjukepleiaren og pasienten gjennom ein prosess for å etablere eit menneske-til-menneske-forhold. Prosessen ho beskriv har fleire fasar; det innleiande møte, framvekst av identitetar, empati, sympati og etablering av gjensidig forståing og kontakt. Travelbee sin sjukepleiedefinisjon er bygd på det faktum at smerte og liding er ein del av menneskelivet, og at ein stor del av sjukepleiaren sitt arbeid består i å hjelpe den sjuke og lidande til å finne mening i den situasjonen han eller ho er i (Kristoffersen, 2011, s. 216). Ho meiner at ein pasient vil få sterk tillit til ein sjukepleiar som gjennom sine handlingar viser at han eller ho er til å stole på. Travelbee meiner at sjukepleiaren må ha kunnskap og ferdigheiter til å setje i verk sjukepleiartiltak i samsvar med pasienten sine behov (Kristoffersen, 2011, s. 219).

3.3.2 Meistring

Livet er meistring i den forstand at vi utviklar oss, tilpassar oss og lærer nye ferdighetar. Dette er generelle sider ved meistring, i motsetning til dei spesielle, når menneske kjem i situasjonar som er så tyngjande at dei får problem med å mestre dei. For enkelte problem finnes det inga løysing, kun meistringsmoglegheit. Meistring handlar om korleis menneske handterer ulike situasjonar (Reitan, 2010, s. 83). For å takle krav eller utfordringar kan ein bruke meistringsstrategiar. Å vere med i ei støttegruppe saman med andre kreftpasientar i liknande situasjon har vist seg å gi positiv helsegevinst for pasientane (Zabalegui, Sanchez, Sanchez, & Juando, 2005). Alle meistringsstrategiar ein person brukar, har som mål å hjelpe vedkommande med å bevare sjølvbiletet sitt, finne mening og oppretthalde personleg kontroll over dei problema vedkommande har (Reitan, 2010, s. 84).

3.3.3 PLISSIT-modellen

Ei sjukepleiaroppgåve er å leggje til rette for god kommunikasjon. Kommunikasjon er den viktigaste arbeidsreiskapen sjukepleiaren har. PLISSIT-modellen er ein av mange kommunikasjonsmodellar som er nyttige å kjenne til når ein skal rettleie i seksuelle spørsmål (Schjølberg, 2013, s. 141). PLISSIT-modellen er bygd opp som ein pyramide og består av 4 trinn. Det første trinnet er P-nivået (tillatelse), som gir pasienten trygge rammer til å samtale om sin seksualitet. LI-nivået (begrensa informasjon), handlar om behovet for saklig og enkel informasjon om seksualitet. Desse trinna lar kvinna få uttrykke seg om hennar oppleving av seksualitet, noko som ofte er tilstrekkelig for mange. Neste nivå er SS-nivået (spesifikke forslag) der pasienten kan stille spørsmål kring sin situasjon og få

spesifikke løysningar på problema. I det siste trinnet finn vi IT-nivået (intensiv terapi) som krev ekspertise i form av sexolog eller psykoterapi, som kan rettleie pasienten i form av konkrete tiltak og som også kan tilby terapibehandling (Gamnes, 2011, ss. 86-87).

3.4 Sjukepleiarolla

Sjukepleiarar og anna helsepersonell har i liten grad vektlagt å samtale med kreftpasientane om seksualitet og seksuell helse. Sjukepleiarar unngår framleis å ta opp temaet, på tross av kunnskap og erfaringar som seier at seksualiteten og livskvaliteten til pasienten blir påverka (Schjølberg, 2013, s. 141). Å samtale med kreftpasienten om seksualitet krev kunnskap om både fysiske og psykiske utfordringar, samt kunnskap om kommunikasjonsverktøy og rettleiing.

Mange sjukepleiarar stiller for høge krav til eigen kunnskap og profesjonalitet og kvir seg på å ta opp temaet med pasienten. I ein dansk studie blant kreftsjukepleiarar kom det fram at 43% av deltakarane følte seg for sjenerte til å ta opp temaet. Medan 28% skyldte på omsyn til pasienten. Nokre kreftsjukepleiarane meinte også at manglande tid og kunnskap var bakgrunnen til at dei valde å ikkje samtale om temaet med pasientane sine (Borg, 2010, s. 126).

Jamfør Helsepersonelloven (1999). er sjukepleiarar pålagde å utføre sitt arbeid i samsvar med dei krav til fagleg forsvarleg og omsorgsfull hjelp. Helsepersonell skal innrette seg sine faglige kvalifikasjonar, og skal innhente bistand der det er naudsynt. Sjukepleiaren må også rette seg etter Yrkesetiske retningslinjer for sjukepleiarar i møte med pasienten. Kreftforeningen gav i 2005 ut ei retningslinje for fagpersonell om seksuell helse og kreft, som tek føre seg korleis pasienten si seksuelle helse skal bli ivaretatt i løpet av heile behandlingsløpet. Retningslinja seier noko om korleis sjukepleiaren skal kommunisere med pasienten for å sikre at informasjon som blir gitt, blir forstått og korleis dei på best moglege måte kan ivareta pasienten sine behov (Kreftforeningen, 2005).

3.5 Presentasjon av forskingsartiklane

3.5.1 Artikkel 1

Cervical cancer survivors' and partners' experiences with sexual dysfunction and psychosexual support (Vermeer, Bakker, Kenter, Stiggelbout, & ter Kuile, 2015).

Studiet tek føre seg intervju med kvinner som har gjennomgått kurativ behandling for livmorhalskreft og deira partnarar. Det kom fram at fleire av deltakarane rapporterte endra seksuell funksjon, og at dei kjende seg uroa av dette. Dei fleste rapporterte at helsepersonell samtala med dei om tematikken, men at tidsbruken rundt temaet var avgrensa. Nokre av deltakarane rapporterte at dei ikkje søkte profesjonell helsehjelp fordi dei opplevde temaet som skamfullt og tabubelagt. Det

kom klart fram at deltakarane likevel ønska informasjon om seksualitet og seksuell helse, samt at dei ikkje ønska å vere den fyrste til å ta opp temaet.

3.5.2 Artikkel 2

Sexuality issues in gynaecological oncology patients: post treatment symptoms and therapeutic options (Lavazzo, C., Johnson, K., Savage, H., Gallagher, S., Datta, M., & Winter-Roach, B, 2014)

Dette er ei retrospektiv studie som blei gjennomført i 2012- 2013, der var totalt 194 deltakarar. Målet med studien var å evaluere tenesta som heiter "Gynaecological Advice Clinic". Tenesta tilbyr støtte for dei som står ovanfor problem med seksualitet. Klinikken tilbydde konsultasjonar mellom sjukepleiar og pasient, der pasienten fekk høve til å ta opp seksuelle problemstillingar. I realiteten varierte innhaldet i samtalen mellom seksuelle problem og andre opplevingar, tankar og kjensler som var viktige for pasienten. For å evaluere tenesta har forskarane samla data om nivå av frammøte, type og mengde av klinisk aktivitet og utforska pasientens erfaring, gjennom korte intervju og spørjeundersøkingsskjema. I denne studien kjem det fram at 80% av pasientane ønskjer å få meir informasjon om korleis kreftbehandlinga kan påverke deira seksuelle funksjon. 75% føler seg ikkje komfortabel med å vere den fyrste som tek opp emnet. Konklusjonen med studien var at klinikken vart til nytte for pasientane.

3.5.3 Artikkel 3

Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears (Saunamäki & Engström, 2013).

Metoden som er nytta i dette studiet er ei kvalitativ tilnærming, der 10 registrerte sjukepleiarar blei intervjuet i 2010. Hensikta med studien var å avdekkje korleis sjukepleiarane tok opp temaet seksualitet med pasientane sine. Sjukepleiarane hadde mostridande kjensler til det å snakke om seksualitet med pasientane sine, og nokre lét vere å ta opp temaet, grunna frykt og forlegenheit. Dei som tok opp temaet, gjorde dette på grunn av ei sterk kjensle av å ville hjelpe. Sjukepleiarane gav uttrykk for at temaet ikkje blei snakka om grunna manglande tid, støtte frå kollegaer og manglande private lokalar til å snakke med pasientane om temaet. Nokre få sjukepleiarar meinte at temaet om seksualitet og seksuell helse var andre profesjonars ansvarsområde. Forskarane konkluderte med at sjukepleiarane må kunne nytte kunnskapen sin for å ivareta pasientens seksuelle problem, og at dei då treng støtte frå arbeidsstaden sin. Det å ha gode rutinar som forsterkar oppfatninga om at seksualitet er eit tema som er verdt å drøfte med pasientane.

3.5.4 Artikkel 4

Discussing sexuality with patients: nurses' attitudes and beliefs (Saunamäki, Andersson & Engström, 2009).

Dette er ein studie om sjukepleiarane si haldning og oppfatning rundt det å diskutere seksualitet med pasientar. Det kom fram at over 90% av sjukepleiarane forstod at pasientens sjukdom og behandling kunne påverke deira seksualitet. Om lag to tredjedelar var komfortable med å snakke om seksuelle problem, medan 80% ikkje tok seg tid til å snakke om seksuelle bekymringar. Dess eldre sjukepleiaren var, dess tryggare følte dei seg på å ta opp temaet. Det var likt for sjukepleiarar med vidareutdanning. I studien konkluderer dei med at sjukepleiarutdanningar bør lære studentane korleis ein kan møte pasientars seksualitet, for å gje heilskapleg omsorg ved å oppdage problema tidleg og førebygge seksuelle problem som eller ikkje ville komme til overflata.

4. Drøfting

4.1 Kvifor er seksualitet så vanskeleg å snakke om med kreftpasientar?

Som sjukepleiarstudentar opplever vi at det dagleg dukkar opp overskrifter i tabloidavisene om seksualitet og sex. Det kryr av artiklar som fortel deg korleis du skal få eit betre sexliv, og korleis du kan sikre deg eit betre samliv med partnaren din. Internett er fylt av sexrelaterte artiklar og bilete, og folk er meir open om seksualitet og sex enn nokon gong før. Likevel opplever vi at sjukepleiarstudiet ikkje inkluderer tematikken i undervisninga, og at det er eit manglande fokus i praksis. I løpet av det treårige bachelorstudiet vårt, hadde vi til saman førtifem minutt med undervisning om seksualitet og sjukdom. Vi som sjukepleiarstudentar stiller oss difor mange spørsmål rundt temaet om seksualitet og kreft, og kvifor det framleis framstår som eit tabubelagt og skamfullt samtaleemne i 2016.

Seksualitet er eit sårbart tema for dei fleste menneske, og dei færreste av oss ønskjer å samtale om dette med framande menneske. Kreftforeningen belyser at kreftbehandling og seksualitet ofte er forbunden med ein del misforståingar. Dette kan føre til unødig frykt og tilbakehaldenheit hos både pasientar og pårørande. Med bakgrunn i dette har Kreftforeningen difor sett behovet for å få temaet på dagsorden, då pasientar og helsepersonell ofte opplever det som tabubelagt å snakke opent om tematikken (Kreftforeningen, 2016). I 2016 gav også Helsedirektoratet ut eit Nasjonalt handlingprogram for gynekologisk kreft, som skal sikre at kreftomsorga har god kvalitet og at behandlinga blir likeverdig over heile landet. Dette inkluderer behandling av psykososiale og seksuelle behov (Helsedirektoratet, 2016). Forsking understrekar at kreftpasientar som har gjennomgått behandling for livmorhalskreft, vegrar seg for å vere den første til å ta opp tematikken og problem rundt seksualitet og seksuell helse med helsepersonell. Samtidig viser studiar at kreftpasientar ønskjer informasjon og rettleiing om kreft og seksualitet (Vermeer, Bakker, Kenter, Stiggelbout, & ter Kuile, 2015; Lavazzo, et al., 2014).

I følge Schjølberg (2013) unngår framleis helsepersonell å snakke om seksualitet med pasientane og deira eventuelle partnarar. I ein studie gjort av Saunamäki & Engström (2013) kom det fram at sjukepleiarane hadde motstridande kjensler om det å snakke om seksualitet med pasientane sine. Difor valde nokon å ikkje ta opp temaet grunna forlegenheit og frykt. Samstundes kom det fram at 90 % av sjukepleiarane forstod at kreftsjukdommen kunne gå ut over pasienten sin seksualitet. I møte med kreftpasientar bør sjukepleiaren ha kunnskap om både fysiske og dei psykiske utfordringane som denne pasientgruppa står ovanfor (Schjølberg, 2013, s. 141). Vi er og forplikta både gjennom lovverk og yrkesetiske retningslinjer å gi informasjon som er naudsynt for at pasientane skal få kunnskap og oppleve tryggleik rundt det som rører pasienten si helse.

Informasjonsplikta inneberer å gi informasjon utan at pasienten sjølv tek initiativ for å få utdelt informasjonen (Helsepersonelloven, 1999; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999)

Forsking og teorien viser at tematikken rundt seksualitet og seksuell helse ofte kan opplevast som vanskeleg å snakke ope om, både for pasientar og helsepersonell (Lavazzo, et al., 2014; Saunamäki, Andersson & Engström, 2009). Ein årsak til dette kan vere at mange sjukepleiarar stiller for høge krav til eigen kunnskap og profesjonalitet, og at dei dermed kvir seg på å ta opp temaet med kvinna (Borg, 2010, s. 126). Andre faktorar kan vere manglande tid, støtte frå kollegaer og manglande private lokale som kan nyttast ved vanskelege og private samtalar (Saunamäki & Engström, 2013). Studien til Saunamäki, Andersson, & Engström (2009) viste at 80 % av sjukepleiarane ikkje tok seg tid til å snakke med pasientane sine om seksuelle bekymringar. Både haldningar, ytre faktorar, støtte frå kollegaer kan difor vere barrierar som og kan påverke kommunikasjon og samhandling rundt dette temaet.

Dette såg vi ved eit døme i praksis der ei ung kvinne skulle få informasjon om seksualitet og hjelpemiddel etter gjennomgått kirurgisk behandling, der både livmor og livmorhals var blitt fjerna. Kvinna blei møtt av ein lege og ein nyutdanna sjukepleiar, der legen tydeleg var brydd og nærmast slengte ein glasstav framfor ho. Legen sa ho måtte bruke den for å unngå samanvoksingar i underlivet og deretter forlèt han pasienten. Sjukepleiaren tok heller ikkje opp igjen temaet med kvinna i etterkant av denne episoden.

Ein annan årsak som for oss peikar på at temaet ikkje blei tatt opp igjen etter denne episoden, var alderen til sjukepleiaren. Forskinga til Saunamäki, Andersson, & Engström (2009) viser at ung alder og lite erfaring kan vere ein årsak til at yngre sjukepleiarar vegrar seg for å ta opp temaet, medan den røynde sjukepleiaren tek opp temaet med bakgrunn i ei sterk kjensle av å ville hjelpe (Saunamäki & Engström, 2013). Vi som unge, snart nyutdanna sjukepleiarar kjenner nettopp på denne usikkerheita og vi har dermed eit ønske om å tileigne oss meir kunnskap slik at vi blir meir budd på det som møter oss i yrkeslivet.

4.2 Kva kan bli konsekvensen ved manglande fokus på seksualitet og samliv?

Seksualitet og samliv påverkar alle delar ved det å vere menneske (Gamnes, 2011, s. 73), og er ei drivkraft som lett blir skadelidande ved sjukdom og skade (Schjølberg, 2013, s. 140). Verdas helseorganisasjon sin definisjon legg vekt på at seksualitet er eit grunnleggjande behov (Borg, 2010, s. 121), men i kor stor grad spelar seksualitet inn? Teorien peikar på at både seksualitet og kjærleik treng næring for å overleve. Dette gjeld ikkje berre pasienten åleine, men og pårørande (Gamnes, 2011, s. 90). For oss blir det vesentleg å tenkje på at også partnaren treng å bli invitert til ein samtale

saman med kvinna og helsepersonell, slik at dei kan få felles informasjon. Ved å tenkje på denne faktoren trur vi at vi kan hjelpe paret til å forstå kvarandre og førebyggje at dei glir i frå kvarandre.

Kvinna vi møtte i praksis var nyoperert for livmorhalskreft. For kvinna betyr det fleire fysiske endringar i underlivet. Skjeden hennar har blitt noko kortare, og det er mogeleg at skjeden vil kjennast annleis (Jerpeseth, 2016, s. 154). Forsking viser at pasientar med livmorhalskreft opplever ei endring i seksuell funksjon og at dette påverkar dei negativt i form av uro og bekymringar (Vermeer, Bakker, Kenter, Stiggelbout, & ter Kuile, 2015). Det blir difor svært viktig at vi som helsepersonell har ei heilheitleg tilnærming til konsekvensane som kvinna kan oppleve av både kroppslege og emosjonelle endringar. Teorien peikar på at kreftpasientar er avventande med å oppretthalde si seksuelle helse, og gjenoppta seksuell kontakt etter gjennomgått kreftbehandling (Ulvund, 2013). Vi tenkjer at seksualitet og seksualliv, kanskje ikkje er det første kvinna tenkjer på etter gjennomgått behandling. Som sjukepleiarar veit vi at det er ei rekkje konsekvensar som kan få negative følger, dersom vi ikkje informerer undervegs i forløpet (Jacobsen, 2010, ss. 543-545). Vi trur at ein konsekvens av helsepersonellet sin taushet kan føre til at kvinna ikkje får naudsynt informasjon som er viktig for å gjenoppta og oppretthalde eit godt seksualliv som igjen kan føre til at kvinna opplever meistring og betring i livskvalitet og sjølvbilete.

Det å ha eit godt forhold til sin eigen seksualitet og å kunne skape gode relasjonar til andre menneske er eit viktig fundament for eit godt seksuelt liv og for å oppretthalde god livskvalitet (Gamnes, 2011, s. 73). Sjølv om det er legen sitt ansvar å informere pasienten om behandling, konsekvensar og biverknadar (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999), har sjukepleiaren også eit ansvar for at denne informasjonen blir gitt (Helsepersonelloven, 1999). Vi tenkjer at sjukepleiaren si oppgåve i møte med denne nyopererte kvinna, var å informere grundig om korleis ein kan førebyggje ytterligere forverringar av tilstanden hennar. Dette blir også stadfesta i ein av våre forskingsartiklar som peikar nettopp på at sjukepleiar må nytte kunnskapen sin for å ivareta pasienten sine seksuelle problem (Saunamäki & Engström, 2013).

Måten kvinna blei møtt på av lege og sjukepleiar, var slik vi opplevde det svært avvisande og lite imøtekommande. Vi undrar oss over korleis dette kjentes for kvinna; at ein lege og ein sjukepleiar som i utgangspunktet skulle ha kunnskap og informasjon om dette sårbare augneblikket, valde å forlate den nyopererte pasienten, i staden for å legge til rette for ein samtale kring temaet der viktig informasjon kunne blitt formidla. Vi stiller oss difor kritiske til om denne pasientbehandlinga blir norma i staden for unntaket, dersom det manglande fokuset på tematikken held fram både i sjukepleiarutdanninga og i yrkesutøvinga.

Kvinna vi møtte i praksis fekk ikkje høve til å stille spørsmål etter at legen hadde vore inne med hjelpemiddelet ho skulle ta i bruk. Dette peikar for oss på kor viktig det er at sjukepleiaren får god undervisning i sjukepleiarstudiet og i praksis slik at sjukepleiaren blir budd på ulike utfordringar knytt til seksualitet og sjukdom. Dersom sjukepleiaren derimot hadde vist interesse for å ta opp tematikken vidare med kvinna, kunne sjukepleiaren spele ei viktig nøkkelrolle for å få tak i kva tankar pasienten hadde og deretter gitt tilpassa informasjon- og rettleiing (Jerpeseth, 2016, s. 155). Noko som og blir understreka i kommunikasjonsteorien til Joyce Travelbee (Kristoffersen, 2011, s. 215). Ho meiner at ein av våre hovudoppgåver som sjukepleiarar er å bli kjend med pasienten, etablere eit menneske-til-menneske-forhold og på denne måten hjelpe henne til å finne mening i livet og meiste kvardagen, på tross av sjukdom og lidning. Det blir og understreka at vi som sjukepleiarar må ha tankar om kva vi kan bidra med for å fremje seksualitet som ein del av sjukepleia til pasientane (Borg, 2010, s. 126).

Ein måte sjukepleiaren i denne situasjonen kunne gått fram på, var å fortelje at det er vanleg å ha spørsmål kring seinskadar og seksualitet når ein er i ein slik livssituasjon som det denne kvinna var i. Etter kirurgisk og adjuvant behandling for livmorhalskreft, er det ei rekke biverknadar kvinna må leve med. Til dømes endringar i slimhinner, i vagina, smerter ved intimitet, tørrheit og kløe i underlivet, samt samanhengslingar i skjeden (Siggerud, 2010, s. 157; Jacobsen, 2010, s. 543). I tillegg til kroppslege endringar er det normalt at kvinna også blir påverka på det kjenslemessige planet. Som sjukepleiar tenkjer vi at ein bør vere imøtekommande og nysgjerrig, samt vere førebudd på at kvinna kan ha andre uttrykk for seksualitet enn det ein sjølv har. Det er viktig å respektere kvinna sine grenser og lage trygge rammer for at ein kan snakke opent om seksualitet, slik at ein ikkje krenkar kvinna og utøver overgrep mot henne (Jacobsen, 2010, s. 547). Dette er slik vi tolkar det, ein del av PLISSIT modellen sitt trinn 1. Trinnet peikar på at helsepersonell kan opne opp for samtale om seksualitet ved å invitere kvinna til å samtale om temaet (Borg, 2010, s. 127). Når ein unnlèt å diskutere seksuelle problem med pasienten, kan det bidra til å styrke fordommen om at seksualitet er eit avslutta kapittel for denne pasientgruppa. I tillegg bryt sjukepleiaren ei informasjons- og rettleiingsplikt som er nedfelt i Helsepersonellova. Lova seier at helsepersonell skal gje tilstrekkeleg og tilpassa informasjon til den enkelte (Helsepersonelloven, 1999). Vi meiner at personalets taushet kring emnet vil vere med på å oppretthalde myter vedrørande kreft og seksualitet.

4.3 Korleis kan sjukepleiaren hjelpe kvinna til å fremje sin seksualitet?

Kommunikasjon er ein av dei viktigaste arbeidsreiskapane til sjukepleiarar og anna helsepersonell. Røkenes & Hanssen (2012) belyser samhandling med andre menneske som ein grunnleggande ferdigheit for sjukepleiarar. Det er av stor betydning at sjukepleiaren har gode kommunikasjonsferdigheiter når ein skal samhandle med kreftpasientar og deira pårørande. Evna til

å setje seg inn i den andre parten si verkelegheit vil vere avgjerande for å kunne forstå kvarandre (Kristoffersen, 2011, s. 180). Dette understrekar også Joyce Travelbee i sin kommunikasjonsteori. Ho meiner at pasienten vil få sterk tillit, dersom sjukepleiaren gjennom handling viser at han eller ho er til å stole på (Kristoffersen, 2011, s. 219).

I møte med desse kreftpasientane må sjukepleiaren ha kunnskap om korleis ein kan hjelpe pasienten til å ivareta sin eigen seksualitet. Å få informasjon om sjukdom, behandling og praktiske ting er ikkje alltid nok. Jacobsen (2010) meiner at pasienten ofte treng hjelp til å snakke om sine tankar, kjensler og opplevingar. Pasienten har eit behov for å bli "invitert" til å samtale om temaet, av sjukepleiaren. Ein bør nytte "naturlige situasjonar" for å invitere til å snakke om slike vanskelige, vage og intime temaer som seksualitet og samliv (Jacobsen, 2010, s. 546). Dette peiker for oss på kor viktig det er at sjukepleiaren tek initiativ til å ta opp denne tematikken og at pasienten blir møtt med respekt og aksept. Dersom sjukepleiar og lege hadde samtala ilag på førehand om seksualitet og nedsett seksuell funksjon, trur vi at informasjonen kunne blitt gitt til kvinna på ein hensiktsmessig og fagleg forsvarleg måte. Teorien og forskinga vår viser at mange kvinner ikkje tek opp kva dei tenkjer om sjølvbilete og seksualitet med sjukepleiaren på eiga hand (Vermeer, Bakker, Kenter, Stiggelbout, & ter Kuile, 2015; Jacobsen, 2010, s. 545).

Sjølvbiletet er ein viktig del av seksualiteten. Ein konsekvens av at kvinna ikkje tek opp temaet med sjukepleiaren er at det blir vanskeleg for sjukepleiaren å gi naudsynt informasjon, og kvinna kan oppleve unødige bekymringar, biverknadar, smerter og ubehag (Jacobsen, 2010, ss. 545-546). Å kunne fungere sosialt, inneha forskjellige roller, meistre ein ny kvardag og ein endra livssituasjon er viktig for å kunne oppretthalde eit godt sjølvbilete (Schjøllberg, Endret kroppsbylde, 2010, s. 132). Å føle seg attraktiv, å ha ein kropp som ein sjølv likar og aksepterer, er ofte ein føresetnad for å tru at andre også kan akseptere og like den (Jacobsen, 2010, s. 545).

Vi tenkjer det er få kreftpasientar som har det same forholdet til kroppen sin etter å ha gått igjennom behandling for ei kreftdiagnose, og at det difor ikkje er unormalt å vere bekymra for korleis sjukdommen og behandlinga vil påverke den seksuelle helsa. Når kvinna sin utsjånad endrar seg, opplev pasientane dette svært forskjellig. Det er av stor betydning at sjukepleiaren har evne til å setje seg inn i kva den tapte kroppsdelene eller dei kroppslege endringane betyr for den enkelte kvinna, og kva konsekvensar dette fører til for henne. Det å komme for tidlig i overgangsalderen kan vere traumatisk og kan føre til djupe taps- og sorgreaksjonar (Jacobsen, 2010, s. 545). Vi tenkjer at det er ei sentral sjukepleiaroppgåve å hjelpe den enkelte kvinna til å forstå og akseptere det endra kroppsbylde. Vi kan som sjukepleiarar forsøke å vere til nytte ved å oppmuntre pasienten til å samtale om vanskelege tankar, og finne mening i desse erfaringane og på denne måten lære kvinna å meistre dei utfordringane som ho møter (Kristoffersen, 2011, s. 215).

Informasjonsformen er også viktig i slike krevjande situasjonar som det desse kvinnene går gjennom. Teorien vår peikar på at informasjonen gitt av sjukepleiar ofte bør vere både skriftleg og munnleg. Det må også vere fokus på at ein gjentek prosessen når det trengs, då evna til kvinna kan vere avgrensa med tanke på å forstå og bearbeide informasjonen ho får (Reitan, 2010, s. 109). Dette understrekar Kreftforeningen allereie tilbake i 2005, då dei gav ut ei retningslinje for fagpersonell om seksuell helse og kreft. Retningslinja seier noko om korleis sjukepleiaren skal kommunisere med pasienten for å sikre at informasjon som blir gitt, blir forstått og korleis dei på best mogeleg måte kan ivareta pasienten sine behov (Kreftforeningen, 2005). Vi tenkjer at for å gjere det mest mogeleg forståeleg for kvinna, kan det vere nyttig å bruke teikningar eller modellar for å vise pasienten det kvinnelige kjønnsorganet i informasjonsarbeidet. Eit viktig ansvar som sjukepleiar er pasientopplæring. Det å delta i støttegrupper kan ha betydning for livskvaliteten for kvinna. Ei studie viser at kreftpasientar som er saman med kreftpasientar i likande situasjon, kan gje positiv helsegevinst for pasientane (Zabalegui, Sanchez, Sanchez, & Juando, 2005).

God kommunikasjon og samhandling mellom kvinna og sjukepleiar er avgjerande for å vurdere desse behova. Det er viktig å respektere kvinna sine grenser og språk. Sjukepleiar må vere komfortabel med å gi denne informasjonen for å sikre at informasjonen har god overføringsverdi frå helsepersonell til pasient (Borg, 2010, s. 127). Ein god kommunikasjonsmodell for å opne opp for slike samtaler kan til dømes vere PLISSIT-modellen. Den inneheld 4 trinn som beskriv ulike nivå ein kan nytte når ein skal rettleie i seksuelle spørsmål og problem. Største delen av pasientar er å finne på trinn 1 og 2, der sjukepleiaren skal invitere til samtale og kvinna skal få moglegheit til å setje ord på tankar rundt seksualitet. Eit fåtal av kvinnene er på nivå 3 og dei færreste på trinn 4 (Gamnes, 2011, ss. 87-88). Vi tenkjer at denne modellen er eit godt verktøy når ein skal rettleie kvinner som er blitt behandla for livmorhalskreft, og som har spørsmål knytt til seksualitet. Ved å opne opp for ein samtale mellom sjukepleiar og kreftpasient, opplev ofte pasientane det som tilstrekkeleg seksuell rettleiing (Gamnes, 2011, ss. 86-87). Kvinna vi møtte i praksis kunne fått tilstrekkeleg hjelp dersom sjukepleiaren hadde nytta trinn 1 i PLISSIT-modellen, og invitert til samtale ved å spørje kvinna om hennar tankar rundt livssituasjonen hennar (Jacobsen, 2010, s. 546). Kvinna kunne då fått rettleiing kring glasstaven ho fekk tildelt, biverknadar etter operasjonen, og korleis ho kunne førebyggje unødvendige plagar ved å bruke glasstaven. Gjennom praksis har vi erfart at PLISSIT-modellen blir lite nytta, på tross av at litteratur har vist at denne modellen er eit godt verktøy i møte med denne pasientgruppa (Borg, 2010, s. 127).

Måten behandlingløpet er lagt opp i dagens sjukehus, reduserer talet på døgnopphald ved dei forskjellige avdelingane. Samstundes blir det eit auka omfang av poliklinisk kirurgi. Dette har ført til dramatisk reduksjon i tid til rådighet for pasientkontakt og informasjonsarbeid. Forsking viser at

manglande informasjon, er det pasientane er mest misnøgd med under eit sjukehusopphald. Dette med tanke på kva som møter dei når dei kjem heim. Dette viser til at det er eit stort behov for meir oppfølging etter heimreise. Lavazzo, et al., (2014) viser at pasientar har vore positive til eit tilbod om oppfølging etter behandling. Som ein del av trinn 3 i PLISSIT-modellen, kan det vere hensiktsmessig at pasientane får moglegheit til å spørje om tankar og utfordringar som dukkar opp undervegs og etter heimreise. Kvinna bør få tilgang på eit telefonnummer som ho kan ringe til ved behov. Eit tiltak kan vere at sjukepleiar tek rutinemessig kontakt etter heimreise for å hjelpe kvinna best mogleg. Ved skriftleg og audiovisuell informasjon er det viktig at denne er pasientsentrert, av god kvalitet, mest mogleg variert, og at bilete, figurar og grafar blir tatt i bruk for å gjere innhaldet lettare å forstå (Kristoffersen, 2011, s. 178). Dersom kvinna nyttar seg av tilbodet etter heimreise, kan sjukepleiar avdekkje om ho har behov for trinn 4 i PLISSIT-modellen, og vidare tilvise pasienten til spesialist, til dømes ein sexolog.

Ved eit anna pasientmøte i praksis såg vi at trinn 1 i PLISSIT-modellen blei nytta. Sjukepleiaren i dette møte tok i mot ei kvinne som skulle til sin fyrste adjuvante cellegiftbehandling, ved ein kreftpoliklinikk. Kvinna fekk først munnleg informasjon om biverknadar som kunne førekomme etter cellegiftbehandlninga, der sjukepleiaren blant anna informerte om tørre og såre slimhinner. Kvinna fekk i etterkant mogelegheit til å stille spørsmål og ho fekk med seg skriftleg informasjon og brosjyer frå Kreftforeningen, som tek opp temaet seksualitet og kreft. I følge Kristoffersen (2011) er dette byrjinga av etableringsprosessen i eit menneske-til-menneske-forhold. Dette dømet viser også korleis sjukepleiaren inviterte til samtale der kvinna sjølv fekk velje om ho ville snakke om temaet. Det blei også synleggjort for kvinna at dette er ei normal problemstilling og at ho har høve til å snakke med profesjonelle ved behov. Forskingsartikkelen til Lavazzo med fleire (2014) syner at sjølv om slike samtalar er meint for å ta opp seksuelle problem og behov, blir det i realiteten ein plass der kvinna kan få samtale om sine opplevingar og tankar rundt behandlinga, og på den måten få snakke om det som er viktig for henne der og då. Ho får også på denne måten høve til å bli kjend med sine meistringsmogelegheiter.

Det er viktig å styrke pasienten i trua på egne meistringsmogelegheiter og la pasienten gjere reie for sine meistringsmåtar (Reitan, 2010, ss. 91-92). Sjukepleiaren må få tak i kva pasienten sjølv tenkjer er god meistring, og korleis ho tidlegare har meistra problem og påkjenningar. Sjukepleiaren må finne ut kor mykje av pasienten sitt sjølvbilete som er knytt til dei enkelte områda, samt få ei oversikt over kva problem og grunnleggjande behov som er påverka eller kan bli påverka innanfor dei forskjellige områda. Ein må også avdekkje kva utfordringar kvinna står ovanfor og kva ressursar ho har for å kunne meistre desse (Reitan, 2010, ss. 91-92).

5. Konklusjon

Målet med oppgåva var å finne fram til korleis vi som sjukepleiarar kan fremje seksualitet blant unge kvinner, behandla for livmorhalskreft. Når vi snakkar om å “fremje seksualitet” meiner vi korleis vi som sjukepleiarar kan følge opp kvinna si seksuelle helse, og gje henne verktøy for å ivareta sin eigen seksualitet. Kvinna kan oppleve ei rekkje biverknadar og konsekvensar etter behandlinga. Ved manglande kommunikasjon mellom helsepersonell og kreftpasient, kan det oppstå ein del unødige konsekvensar for kvinna. Dette kan påverke både fysiske og psykiske faktorar, som igjen kan påverke seksualiteten og den seksuelle helsa, kropps- og sjølvbilete og livskvaliteten hennar. Det er difor viktig at sjukepleiaren har kunnskap om korleis sjukdommen kan påverke desse områda.

Sjukepleiaren har ansvar for å møte kvinna der ho er, ha evna til å ivareta og sjå heile pasienten, leggje til rette for best mogeleg informasjon og pasientbehandling. Til tross for at mange pasientar har eit behov for informasjon og rettleiing om seksualitet, er det mange sjukepleiarar som unnlèt å ta opp temaet eller ikkje tek seg tid til å snakke om dette. Studiar viser at sjukepleiarar ikkje føler seg komfortable nok til å ta opp temaet, men dei er likevel klar over at det er deira ansvar å følge dette opp.

Nokre av konsekvensane som kvinna kan oppleve i underlivet er blant anna nedsett elastisitet, sårheit, skjedetørrheit og arrdanningar som igjen kan føre til samanvoksingar i skjeden. Dette kan vere med på å sette samlivet og seksualiteten på prøve. Det å skulle leve med seinskadar etter livmorhalskreft, kan vere svært utfordrande for kvinna og hennar pårørande. Seksualitet og kropp er sterkt binda saman, og kan gje pasienten ytterlegare belastning dersom dette ikkje blir følgt opp. Seksualitet kan vere eit sårbart tema for mange. Det er difor viktig at sjukepleiaren ikkje pressar fram ein samtale om seksualitet, men at kvinna får mogelegheit til å samtale om det, og at sjukepleiaren får høve til å gi henne naudsynt informasjon. Dersom kvinna har lyst til å snakke med sjukepleiar, må ein tilpasse rettleiinga etter hennar behov. PLISSIT- modellen er eit godt hjelpemiddel som ein kan bruke ved seksuelle spørsmål, dette kan bidra til tryggleik og auka gjennomføringsevne for sjukepleiaren i rettleiinga.

Gjennom arbeidet med denne oppgåva har vi fått ei større innsikt kring utfordringar som mange kvinner med livmorhalskreft kan møte, deriblant seksualitet og seksuell helse. Vi har også fått større innsikt i kor viktig rolle sjukepleiaren spelar i denne samanhengen. Vi vil truleg ha ei betre forståing av kreftpasienten sin situasjon, og yte betre sjukepleie til denne pasientgruppa. Vi ser også stor overføringsverdi til andre pasientgrupper ut i frå dei funna vi har gjort.

Bibliografi

- Borg, T. (2010). Seksualitet. I A. M. Reitan, & T. K. Schjølberg, *Kreftsykepleie, pasient - utfordring - handling* (3. utg.). Oslo: Akribe AS.
- Creswell, J. (2014). *Research design. Qualitativ, quantitative and mixed methods approaches*. Henta frå <https://books.google.no/books?id=PViMtOnJ1LcC&printsec=frontcover&dq=inauthor:%22John+W.+Creswell%22&hl=no&sa=X&ved=0ahUKEwj-zfXbobXQAhVB2BoKHdJKCf0Q6AEIHTAA#v=onepage&q&f=false>
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Folkehelseinstituttet. (2016, 09. 26). *HPV-vaksinasjon (Humant papillomavirus) - veileder for helsepersonell*. Henta frå <https://www.fhi.no/nettpub/vaksinasjonsveilederen/vaksiner-mot-de-enkelte-sykdommene/hpv-vaksinasjon-humant-papillomavir/>
- Folkehelseinstituttet. (2016, 02. 05). *Spørsmål og svar om HVP (Humant papillomavirus)*. Henta frå <https://www.fhi.no/sv/vaksine/hpv/hpv-vaksine-til-unge-kvinner/hpv-og-kreft/>
- Gamnes, S. (2011). Nærhet og seksualitet. I N. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug, *Grunnleggende sykepleie. Bind 3*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Grønset, E. (2012). Seksuelle problem skal behandles. *Afrodite*, 11(4), ss. 10-11. Henta frå <http://docplayer.me/1728983-Jeg-har-kreft-i-underlivet.html>
- Helsedirektoratet. (2016). *Gynekologisk kreft - handlingsprogram*. Henta frå <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonalt-handlingsprogram-med-retningslinjer-for-diagnostikk-behandling-og-oppfolging-av-gynekologisk-kreft>
- Helsedirektoratet. (2016, 08. 01). *Introduksjon til pakkeforløp for livmorhalskreft*. Henta frå <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/pakkeforlop-for-livmorhalskreft/seksjon?Tittel=introduksjon-til-pakkeforlop-for-4040>
- Helsenorge. (2016, 03. 17). *Livmorhalskreft - symptomer og behandling*. Henta frå <https://helsenorge.no/sykdom/kreft/livmorhalskreft>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* Henta frå <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=Helsepersonellova>
- Jacobsen, A. (2010). Sykepleieutfordringer i kvinnelige kjønnsorganer. I A. Reitan, & T. Schjølberg, *Kreftsykepleie, pasient - utfordring - handling* (3. utg.). Oslo: Akribe AS.
- Jerpeseth, H. (2016). Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås, *Klinisk sykepleie* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kreftforeningen. (2005). *Seksuell helse og kreft. Retningslinjer for fagpersonell*. Oslo: Kreftforeningen.
- Kreftforeningen. (2016). *Kreft og seksualitet hos kvinnen*. Oslo: Kreftforeningen. Henta frå <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/mestre-livet-med-kreft/seksualitet/>

- Kreftforeningen. (2016, 11. 07). *Livmorhalskreft*. Henta frå <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/livmorhalskreft/>
- Kreftregisteret. (2014). *Livmorhalskreft*. Henta frå <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Fakta-om-kreft/Livmorhalskreft/>
- Kristoffersen, N. (2011). Sykepleie - kunnskap og kompetanse. I N. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug, *Grunnleggende sykepleie. Bind 1* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, N. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug, *Grunnleggende sykepleie. Bind 1* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, N. J. (2011). Stress og mestring. I N. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug, *Grunnleggende sykepleie. Bind 3* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kunnskapssenteret. (2016, 04. 19). *Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler*. Henta frå <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler>
- Lavazzo, C., Johnson, K., Savage, H., Gallagher, S., Datta, M., & Winter-Roach, B. (2014, 09. 27). *Sexuality issues in gynaecological oncology patients: post treatment symptoms and therapeutic options*. doi:DOI: 10.1007/s00404-014-3491-2
- Norsk Sykepleierforbund. (2012, 02. 14). *nsf.no*. Henta frå <https://www.nsf.no/vis-artikkel/1469839/264559/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere-som-plakat>
- Norsk Sykepleierforbund. (2016, 05. 23). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Henta frå <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert, en arbeidsbok*. Oslo: Akribe AS.
- Næss, S. (2011). Språkbruk, definisjonar. I S. Næss, T. Moum, & J. (. Eriksen, *Livskvalitet. Forskning om det gode liv*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Henta frå https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3
- Reitan, A. (2010). Kommunikasjon. I A. M. Reitan, & T. K. Schjølberg, *Kreftsykepleie, pasient - utfordring - handling* (3. utg.). Oslo: Akribe AS.
- Reitan, A. (2010). Krise og mestring. I A. Reitan, & T. Schjølberg, *Kreftsykepleie, pasient - utfordring - handling* (3. utg.). Oslo: Akribe AS.
- Rustøen, T. (2010). Livskvalitet og velvære. I U. (. Knutstad, *Sentrale begreper i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 2*. Oslo: Akribe As.
- Røkenes, O., & Hanssen, P.-H. (2012). *Bære eller breste. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Sand, O., Sjaastad, Ø., Haug, E., & Bjålie, J. (2006). *Menneskekroppen. Fysiologi og anatomi* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag As.

- Saunamäki, N., & Engström, M. (2013, 10. 9). *Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears*. doi:10.1111/jocn.12155
- Saunamäki, N., Andersson, M., & Engström, M. (2009, 12. 04). *Discussing sexuality with patients: nurses' attitudes and beliefs*. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05260.x
- Schjøberg, T. (2010). Endret kroppsbilde. I A. Reitan, & T. Schjøberg, *Kreftsykepleie, pasient - utfordring - handling* (3. utg.). Oslo: Akribe AS.
- Schjøberg, T. (2013). Sykepleie til pasienter med kreft. I U. Knutstad, *Utøvelse av klinisk sykepleie. Sykepleieboken 3* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Siggerud, M. (2010). Sykepleieutfordringer ved strålebehandling. I A. Reitan, & T. Schjøberg, *Kreftsykepleie, pasient - utfordring - handling* (3. utg.). Oslo: Akribe.
- Sykepleien Forskning. (2010). *Pasienters opplevelse av kunnskap hos sykepleiere*. doi:10.4220/sykepleienf.2010.0120
- Ulvund, I. (2013). Sykepleie til pasienter med gynekologiske lidelser. I U. Knutstad, *Utøvelse av klinisk sykepleie. Sykepleieboken 3* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Vermeer, W., Bakker, R., Kenter, G., Stiggelbout, A., & ter Kuile, M. (2015, 09. 28). *Cervical cancer survivors' and partners' experiences with sexual dysfunction and psychosexual support*. Henta frå <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4766206/>
- Zabalegui, A., Sanchez, S., Sanchez, P., & Juando, C. (2005, 07. 28). *Nursing and cancer support groups*. doi:10.1111/j.1365-2648.2005.03508.x