

BACHELOROPPGÅVE

Seksuell veiledning, en mulighet i et tabubelagt tema?

**”Hvordan kan sykepleier veilede kvinner som opplever
endret selvilde til å håndtere seksuelle utfordringer, etter å
ha fjernet deler av livmorhals for sin kreftsykdom?”**

AV

Kandidatnummer: 38
Benedikte Karin Stien

Sexual counseling, an opportunity within an area of taboo?

Emnekode og namn: SK 152, Bachelor i Sykepleie

Innleveringsdato: 19.10.2012

Tal ord: 6886

Rettleiar: Karianne Røssummoen Øyen



Sammendrag

Tittel:

Seksuell veiledning, en mulighet i et tabubelagt tema?

Bakgrunn for valg av tema:

Forskning viser at seksualitet etter livmorhalskreft fortsatt for sykepleiere er et tabubelagt tema det er lite kunnskap og lite åpenhet om. I kirurgisk praksis 2. året i utdannelsen, var jeg utplassert på gynekologisk avdeling, hvor jeg møtte kvinner som hadde utført ulike inngrep i underlivet. Kommunikasjon mellom sykepleier og pasient opplevde jeg som å være utfordrende, spesielt når det dreiet seg om nære, intime forhold. På bakgrunn av dette, ønsket jeg å utforske og tilegne meg kunnskap innenfor valgt problemstilling.

Problemstilling:

"Hvordan kan sykepleier veilede kvinner som opplever endret selvbylde til å håndtere seksuelle utfordringer, etter å ha fjernet deler av livmorhals for sin kreftsykdom?"

Fremgangsmåte:

Denne oppgaven er et litteraturstudie. Det vil si at jeg har brukt litteratur fra bøker og forskningsartikler som allerede finnes om temaet, for å kunne skrive denne oppgaven.

Oppsummering:

I denne oppgaven har jeg drøftet hvordan sykepleier kan bruke PLISSIT- modellen, for pasienter opplever seksuelle utfordringer etter livmorhalskreft. Både i litteraturen og i forskningsartiklene, kommer det fram hvor viktig det er å følge opp pasienter i etterkant av livmorhalskreft, men at seksualitet fortsatt kan være et vanskelig tema det er lite kunnskap om hos sykepleiere.

Abstract

Title:

Sexual counseling, an opportunity within an area of taboo?

Background for choice of topic:

Research shows that sexuality after cancer cervix uteri is an area of taboo for nurses, and there is little knowledge and transparency around the topic. In my second year of studying to become a nurse I was deployed in practice in a gynecological surgical ward, here I met women who had been through different gynecological surgical procedures.

My experience was that the communication between nurses and the female patients was challenging, especially when it came to intimacy and relationships. Because of this, I wanted to explore and gain knowledge within chosen topic.

Problem statement:

“How can the nurse guide women who are experiencing changed self esteem, too manage sexual challenges after removing parts of cervix uteri due to cervical cancer?”

Procedures:

This project is a literature study. To write this project, I have used literature from textbooks and research papers that already have explored the topic.

Summary:

For this project I have discussed how the nurse can use the PLISSIT-model, towards patients who experience sexual challenges after cancer cervix uteri. Both through textbooks and research papers it emerges how important it is to follow up patients after cancer cervix uteri, but that there is still some taboo around and also a lack of knowledge among nurses on topic of sexuality.

Innholdsliste

1.0	Innledning	Feil! Bokmerke er ikke definert.
1.1	Bakgrunn for valg av tema	Feil! Bokmerke er ikke definert.
1.2	Presentasjon av problemstilling	Feil! Bokmerke er ikke definert.
1.3	Avgrensing for tema	Feil! Bokmerke er ikke definert.
1.4	Begrepsdefinisjoner	Feil! Bokmerke er ikke definert.
1.4.1	Endret kroppsbilde, en komponent for endret selvbilde	Feil! Bokmerke er ikke definert.
1.4.2	Seksualitet	Feil! Bokmerke er ikke definert.
2.0	Metodedel	Feil! Bokmerke er ikke definert.
2.1	Metode	Feil! Bokmerke er ikke definert.
2.2	Søk etter relevant forskning	Feil! Bokmerke er ikke definert.
3.0	Teoridel	Feil! Bokmerke er ikke definert.
3.1	Livmorhalskreft	Feil! Bokmerke er ikke definert.
3.1.1	Behandlingsalternativer	Feil! Bokmerke er ikke definert.
3.1.2	Kontrollrutiner etter operasjon	Feil! Bokmerke er ikke definert.
3.1.3	Informasjon og rehabilitering	Feil! Bokmerke er ikke definert.
3.2	Kroppsbilde en komponent for selvbildet	Feil! Bokmerke er ikke definert.
3.3	Krise	Feil! Bokmerke er ikke definert.
3.4	Seksualitet	Feil! Bokmerke er ikke definert.
3.5	Sykepleieteori	Feil! Bokmerke er ikke definert.
3.5.1	Joyce Travelbee	Feil! Bokmerke er ikke definert.
3.6	Sykepleierens pedagogiske funksjon og kommunikasjon	Feil! Bokmerke er ikke definert.
3.6.1	Seksuell veiledning og PLISSIT- modellen	Feil! Bokmerke er ikke definert.
3.7	Forskning	Feil! Bokmerke er ikke definert.

3.7.1 Kroppsbilde og seksualitet	Feil! Bokmerke er ikke definert.
3.7.2 Effekt av kommunikasjonsmodell	Feil! Bokmerke er ikke definert.
3.7.3 Seksualterapi.....	Feil! Bokmerke er ikke definert.
4.0 Drøfting.....	Feil! Bokmerke er ikke definert.
4.1 ”Tillatelse”	Feil! Bokmerke er ikke definert.
4.2 ”Begrenset informasjon”	Feil! Bokmerke er ikke definert.
4.3 ”Konkrete forslag”	Feil! Bokmerke er ikke definert.
4.4 ”Intensiv Terapi”	Feil! Bokmerke er ikke definert.
5.0 Styrker og svakheter	Feil! Bokmerke er ikke definert.
6.0 Konklusjon.....	Feil! Bokmerke er ikke definert.
Litteraturliste	Feil! Bokmerke er ikke definert.

1.0 Innledning

Hvert år rammes rundt 270 kvinner av livmorhalskreft i Norge. Livmorhalskreft rammer stort sett kvinner som har vært seksuelt aktive, og risikoen for å utvikle denne krefttypen øker med alder (Gynkreftforeningen, 2012). Aldersspesifikk forekomst av livmorhalskreft var i 2005-2009, høyest blant kvinner mellom 30-39 år (Kreftregisteret, 2012). De kvinnene som får diagnosen livmorhalskreft vil ha behov for behandling som kan påføre kvinnen fysiske og psykiske utfordringer (Jacobsen, 2010). Behandling for livmorhalskreft kan føre til problemer som arrdannelser, skjedetørrhet og sammenvoksninger av skjeden eller forkortet skjede, nedsatt eller ingen fertilitet (Gynkreftforeningen, 2012). Når en kvinne må fjerne deler av livmorhalsen, kan hun oppleve endret kroppsbilde, som kan true selvbildet. Endret kroppsbilde og seksuell identitet henger sammen, og seksualitet er et tema mange sykepleiere fremdeles unngår å snakke om med pasientene (Borg, 2010). En sentral oppgave for sykepleieren etter kreft og kreftbehandling er å veilede pasienter med seksuelle utfordringer (Schjølberg, 2010). Seksualitet etter livmorhalskreft er fortsatt et tabuområde det er lite kunnskap om, og lite åpenhet mellom sykepleiere og pasienter. Og som kan være vanskelig å snakke om ettersom det ofte er forbundet med skyld og skam (Jacobsen, 2010). Paulsen (2012) hevder at den gruppen pasienter som ikke kommer tilbake til et normalt og godt seksualliv etter behandling, kan utvikle psykiske plager senere i livet. Sykepleiere må bli flinkere til å snakke åpent om seksuelle utfordringer hos gynkreftpasienter (Paulsen, 2012).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I kirurgisk praksis 2. året i utdannelsen var jeg utplassert på gynekologisk avdeling, der kvinner i forskjellige aldersgrupper hadde utført ulike inngrep i underlivet. Kommunikasjon mellom sykepleier og pasient opplevde jeg som å være utfordrende, spesielt når det dreiet seg om nære, intime forhold. Det er av egen interesse for tema jeg har valgt denne problemstillingen, fordi jeg mener det er viktig at sykepleieren har innsikt i seksualitetens betydning for livmorhalskreftopererte kvinner.

1.2 Presentasjon av problemstilling

”Hvordan kan sykepleier veilede kvinner som opplever endret selvbylde til å håndtere seksuelle utfordringer, etter å ha fjernet deler av livmorhals for sin kreftsykdom?”

1.3 Avgrensing for tema

I denne oppgaven beskriver jeg livmorhalskreft, hvor pasienten har foretatt kirurgisk behandling. Der blir ikke vektlagt andre behandlingsmetoder, eller andre postoperative komplikasjoner. Religion, livssyn og etnisk opprinnelse blir heller ikke omtalt på grunn av oppgavens omfang. Oppgaven omhandler seksuell veiledning mellom sykepleier og pasient på poliklinikk. Kvinnen kan ha mannlig partner, være av vestlig opprinnelse og i alderen 30-39 år.

1.4 Begrepsdefinisjoner

1.4.1 Endret kroppsbylde, en komponent for endret selvbylde

Bob Price (1990) definerer endret kroppsbylde slik:

”En tilstand av personlig utilfredshet, definert av pasienten selv, som indikerer at kroppen ikke lenger underbygger personens selvfølelse, og som for personen ikke er funksjonell, og som begrenser hans sosiale kontakt med andre. Endret kroppsbylde eksisterer blant annet når mestringsstrategier som vanligvis brukes for å mestre endringer i kroppsrealitet, kroppsideal eller kroppsrepresentasjon, blir overveldet av skade, en sykdom, et handikap eller et sosialt stigma” (Schjølberg 2010, s. 133).

1.4.2 Seksualitet

Verdens helseorganisasjon (WHO) beskriver begrepet seksualitet slik:

”Seksualitet er en integrert del av ethvert menneskes personlighet. Den er et grunnleggende behov og et aspekt ved det å være menneske, noe som ikke kan skilles fra andre sider av livet. Seksualitet er ikke det samme som samleie. Det handler ikke om hvorvidt vi får orgasme eller ikke og det er ikke summen av vårt erotiske liv. Dette kan være en del av vår seksualitet, men behøver ikke å være det. Seksualitet er så mye mer. Det er det som driver oss til å søke etter kjærighet, varme og intimitet. Det uttrykkes i den måten vi føler, beveger oss, rører ved og berøres av andre på. Det er like mye det å være sensuell som å være seksuell. Seksualiteten har innflytelse på våre tanker, følelser, handlinger og vårt samspill med andre mennesker, og derved på vår mentale og fysiske helse. Og da helse er en grunnleggende menneskerett, må også seksuell helse være det samme (Borg 2010, s. 121).

2.0 Metodedel

Vilhelm Aubert (1985) sin definisjon på metode er:

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet hører med i arsenalet av metoder” (Dalland 2012, s. 111).

2.1 Metode

I denne oppgaven har jeg utført et litteraturstudie. Jeg har benyttet meg av fagbøker fra sykepleiepensum, kreftsykepleiebøker, samt annen litteratur som bidrar til kunnskap om sykepleierens pedagogiske funksjon og om kommunikasjon og seksualitet. Jeg har også brukt nettsider fra pasientorganisasjoner og forskningsartikler.

Jeg har forsøkt å bruke primærkilder der det er mulig, men ellers brukt sekundærkilder. Sekundærkilde vil si at forfatteren bruker sin egen tolkning av primærteksten (Dalland, 2012), og har derfor stilt meg kritisk at den ikke kan være helt identisk med primærkilden. Det har også vært en utfordring å lese gjennom og begrense valg av litteraturen, men også å oversette og tolke de engelske forskningsartiklene. Gjennom innsamling og vurdering av litteraturen, har jeg først og fremst sett om den er relevant for min problemstilling. Jeg har også valgt å holde meg innenfor litteratur som ikke er eldre enn 10 år.

2.2 Søk etter relevant forskning

På Helsebiblioteket.no får en tilgang til ulike database systemer for å kunne finne relevant forskning. Jeg har valgt å bruke databasene MEDLINE, som er en av verdens største database innen helsefaget. Der fikk jeg størst uttelling for resultater for søkeordene som ble brukt. Jeg har også brukt PubMed. Denne databasen er gratisversjonen av MEDLINE, og gir tilgang til fulltekstversjoner for artiklene. Jeg har satt spesifikke krav under søkeprosessen for å forenkle søkene og finne nyere forskning. Kravene gir meg en god oversikt for artiklene med at de må

inneholde et kort sammendrag, at de ikke er eldre enn 5 år, og at den er fagfellevurdert før publisering. Jeg brukte deretter sjekkliste fra Norsk Kunnskapssenteret for å kvalitetsvurdere forskningsartiklene. Under søkeprosessen brukte jeg engelske søkeord. Søkeord som ble benyttet:

Self image (selvbilde), *gynecological cancer* (gynekologisk kreft), *sexuality* (seksualitet).

I MEDLINE brukte jeg søkeordene: "*gynecological cancer OR self image OR sexuality*", og fikk 15276 resultater. Kombinasjonsordet "*OR*" utvider søket ved å gi treff på artikkelreferanser som inneholder enten det ene, det andre eller begge søkeordene (Nortvedt og Jamtvedt, 2008). Etter å ha fulgt mine spesifikke krav for å få relevante forskningsartikler, kom det frem mange artikler, men søkemotoren viste ikke antall treff.

Jeg leste flere sammendrag i artiklene, og fant en kvalitativ studie som jeg mener er relevant for min oppgave: "Addressing the Sexual Health Needs of Patients With Gynecologic Cancers". Forskningsteamet i denne studien brukte en case hvor de følger et ektepar, der kvinnen har hatt livmorhalskreft. På bakgrunn av tidligere forskning blir PLISSIT – modellen brukt som kommunikasjonsredskap for tilnærming. Jeg valgte å bruke denne artikkelen fordi den beskriver oppfølgingen av dette ekteparet på en veldig god måte. Men at det kan tenkes at utfallet av oppfølgingen kunne vært varierende om der hadde blitt omtalt flere ektepar.

PubMed er lett å bruke i forhold til søkeord og filtrering av overnevnte kriterier. Jeg brukte søkeordene: "*gynecological cancer, self image*". Der kom det fram 47 resultater, hvor jeg valgte en artikkel som heter: "Altered Sexuality and Body Image after Gynecological Cancer Treatment: How can Psychologists help?". Dette er en kvalitativ intervjuopprosess med kvinner som har deltatt i en støttegruppe for kvinner med gynekologisk kreft diagnose.

I forbindelse med søk av litteratur, ble jeg tipset om en norsk studie "*Effekter av seksualterapeutiske intervensjoner for seksuelle problemer*". Dette er en oversiktsartikkel fra 2012, utført av Norsk kunnskapssenter, noe som jeg mener kan være et fortrinn fordi nyere forskning er oppdatert kunnskap.

Jeg leste gjennom flere abstrakter i søkeprosessen, og fant en del om gynekologisk kreft, selvbilde og seksualitet. Der var også et par forskningsartikler jeg valgte å forkaste på grunn av oppgavens omfang.

3.0 Teoridel

3.1 Livmorhalskreft

Ved kreftsykdom oppstår det en feil i kroppens celledeling, som gjør at cellene i kroppen vår deler seg ukontrollert. Det kan da dannes en ondartet svulst, som enten vokser raskt eller som kan ta flere år før den oppdages som kreftsvulst (Lorentzen og Grov, 2010). Livmorhalskreft rammer som oftest kvinner som har vært seksuelt aktive og risikoen for denne krefttypen øker med alder, nedsatt immunsystem og ved røyking. En annen viktig årsak til livmorhalskreft er et Humant papillomavirus (HPV), som overføres ved seksuell omgang. (Gynkreftforeningen, 2012). Kvantitativ data sier at den høyest forekomsten ved livmorhalskreft er mellom 30-39 år (Kreftregisteret, 2010). Rundt 3000 kvinner i Norge behandles hvert år for celleforandringer eller forstadier til kreft i livmorhalsen (Tellugen, 2012).

3.1.1 Behandlingsalternativer

Behandlingsmetodene som brukes i dag er kirurgi, cellegift, strålebehandling eller kombinasjon av disse. Dersom sykdommen befinner seg på et tidlig stadium av kreftutvikling i livmorhalsen, blir det utført en konisering, det vil si å operere bort en liten bit av livmorhalsen. Mens det vanligste kirurgiske inngrepet ved livmorhalskreft er fjerning av livmor, livmorhalsen og støttevevet omkring, øvre del av skjeden, samt fjerning av lymfeknuter i bekkenet (Tellugen, 2012). Behandlingsmetoden bestemmes ut i fra hvilket stadium sykdommen befinner seg på og hvor stor svulsten er. For kvinner med livmorhalskreft med en svulst mindre enn 2 cm og som ikke har noen tumorinvasjon i kar-/lymfekaner, kan det tilbys operasjon med bevaring av livmor slik at kvinnen kan bli gravid senere (Oncolox, 2012).

3.1.2 Kontrollrutiner etter operasjon

Oppfølging av pasienter som primært bare har fått kirurgisk behandling, innebærer at pasienten får en gynekologisk undersøkelse samt cytologisk prøve fra vaginaltoppen. Intervall

for oppfølging de første to år er kontroll hver tredje måned. Etter tre år til og med fem år, er vanligvis den videre oppfølgingskontroll hver sjetten måned. Og etter femte året, er det en oppfølgingskontroll i året (Oncolex, 2012).

3.1.3 Informasjon og rehabilitering

Retten til informasjon er i Norge forankret i Pasient- og brukerrettighetsloven, som sier at pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for at en skal kunne få innsikt i sin helsetilstand og i innholdet i helsehjelpen (Reitan, 2010). Informasjon er en vesentlig del av sykepleier rollen. Spesielt er informasjon viktig i forhold til sen- og ettervirkninger av sykdom og behandling. Tilstrekkelig informasjon til pasient og eventuelt pasientens pårørende kan være til god støtte for dem, og det kan bidra til å trygge pasienten for de tanker eller spørsmål en har før, under og etter behandling. Pasienter tror ofte de er alene om disse problemene, og de klandrer seg selv for at de ikke prøver eller gir opp for lett. En viktig del av informasjonen starter allerede i rehabiliteringsprosessen, som begynner i det personen blir syk. Planer skal da legges for diagnostisering, behandling og tiden etter behandlingen! Både pasienten selv, pasientens pårørende og helsevesenet kan ha en forventning om at tiden etter behandling skal pasienten leve omtrent slik som før (Jacobsen, 2010).

3.2 Kroppsbilde en komponent for selvbildet

Kroppsbildet, det fysiske selvet, omfatter alle oppfatninger en person har av seg selv når det gjelder kroppsfunksjoner og utseende. Kroppsbildet er en viktig komponent i selvbildet, det personlige selvet. Selvbildet er det indre mentale bildet en person har av seg selv. Det blir karakterisert for hvordan den enkelte opplever seg selv i sitt miljø og involverer personlig oppfatning av egen kropp. Samtidig blir vi stadig påvirket av miljøfaktorer som media, helse- og livsstilsopplysninger, oppdragelse og samfunnet slik at vi oppfatter et kroppsideal. Sykdom og patologiske og degenerative forandringer er eksempler på årsaker som kan endre kroppsbildet, det som faller utenfor de normale endringsprosessene. Det kan da være nødvendig å tilpasse seg et kroppsbilde som forandrer seg utenom den normale prosessen. Klarer en å forholde seg til traumatiske opplevelser, og behersker vanskelige problemer, vil en gjennom erfaring få et styrket selvbilde (Schjølberg, 2010).

3.3 Krise

I følge Renolen (2008) vil alle mennesker gjennomgå store og små kriser, som en naturlig del av livet. Noen av disse krisene kan være så dyptgripende at en vil føle seg annerledes etterpå, da mange kan snakke om livet før og etter krisen. Ulike hendelser eller situasjoner som kan utløse en krise, er for eksempel sykdom, skade, skilsmisse og tap. Fellesnevneren for disse hendelsene er at den kriserammede opplever ulike former for tap. Som for eksempel tap av kroppsdel og tap av funksjon. Selve ordet krise kommer av gresk og betyr ”avgjørelse, dom” og innebærer en vanskelig situasjon. Kriser kan dessuten utløse reaksjoner som viser seg i tanker eller følelser og adferd, og mange kan oppleve et følelsesmessig kaos. Det kan da bli vanskelig å holde orden på tankene, spesielt kan mange få problemer med å konsentrere seg og få med seg ny informasjon. Cullberg (1994) identifiserer fire faser i krisen. Inndelingen er tenkt som et hjelpemiddel for å kunne orientere seg om kriseforløpet. Den første delen som mennesket gjennomgår er *sjokkfasen*, mange kan da få problemer med å huske hva som blir sagt, og informasjon som blir gitt blir som oftest glemt. Den andre fasen er *reaksjonsfasen*, her kan behovet være fremtredende for å få snakket om følelser og opplevelser. I den tredje fasen, *bearbeidingsfasen*, begynner en å se fremover, kan erkjenne og godta det som er skjedd. Kriseforløpets siste fase, *nyorienteringsfasen*, personen lærer å leve videre med sin opplevelse. En krise ikke går over, men vil være en del av menneskets historie (Renolen, 2008).

3.4 Seksualitet

Når en blir rammet av kreft, kan sykdommen ha en negativ innvirkning på seksuallivet grunnet kreftbehandlingens affekter som endret selvbilde, smerter ved samleie etc (Borg, 2010). Forfatteren Karin Bergmark (2007) mener at seksualitet inneholder flere aspekter, både når det gjelder den fysiske tilfredsstillende delen og den seksuelle driften. Men seksualitet omhandler så mye mer, som nærhet, ømhet og bekreftelse da disse er viktig i en relasjon og for selvfølelsen. Nytelse og sensualitet og at en føler seg attraktiv spiller også en stor rolle ved for eksempel hudkontakt. Pasientene verdsetter muligheten til å få luften forskjellige funderinger og å kunne få råd og tips for sin seksuelle helse, uansett alder og

livssituasjon. De ønsker å snakke med en omsorgsperson som har kunnskap om dette, og hvor det er åpent for å kunne komme med sine spørsmål og tanker om tema. Dessverre er det fortsatt slik at til og med helsepersonalet føler seg ubekvem og føler de ikke har tilstrekkelig kunnskap å formidle. Dette fører til at der blir mer fokusert på de medisinske problemstillingene eller spørsmål, og som dominerer ofte i informasjonssamtalen mellom sykepleieren og pasienten. Og det kan virke som om dette er for privat for begge parter til å ta opp, slik at det igjen kan føre til misforståelser og stillhet. I tillegg er det også vanlig at den som er rammet av kreft og dens partner heller ikke diskuterer spørsmål angående seksualitet (Bergmark, 2007).

3.5 Sykepleieteori

Sykepleieteoretikere har sin egen tilnærming for hva som for dem er god sykepleie. Dette kommer i fra deres innsikt og erfaring fra sykepleiepraksis og deres forskningsgrunnlag, som gjør at disse sykepleierne utvikler varierte sykepleieteorier. Flere av sykepleieteoriene ble utviklet for å beskrive og formidle til sykepleierstudentene hva sykepleie er. Teoriens oppgave er å være identitets skapende ved å hjelpe studentene til å få en generell forståelse av hva sykepleie er (Kirkevold, 2009).

3.5.1 Joyce Travelbee

Sykepleieteoretikeren, Joyce Travelbee (1971) bygger sin teori på eksistensialistisk filosofi. Teoriens viktigste begreper er mennesket som individ, lidelse, mening, menneske-til-menneske forhold og kommunikasjon. Travelbee tar sterk avstand fra generaliserte oppfatninger av mennesket og hun forkaster begrepene pasient og sykepleier. Dette fordi hun mener det er en kategorisering som sletter ut de enkeltmenneskelige spesielle trekkene og at det nesten intuitivt fører til stigmatisering (Kirkevold, 2009).

Grunnsynet til Travelbee innebærer at det kreves langt mer innsikt, forståelse, kunnskaper og ferdigheter for å støtte et menneske i krisens tid, enn å utføre en hvilken som helst teknisk komplisert behandling. Det må settes fokus på sykepleierens omsorgsfunksjon, interessen for

å yte omsorg og bry seg om den som er syk. Slik kan en fremheve sykepleierens støttende og opprettholdende måte, noe Travelbee mener den profesjonelle sykepleieren bør tilstrebe (Travelbee, 2011).

I følge Travelbee er kommunikasjon et av de viktigste redskapene sykepleieren har, og hvor kommunikasjon er en gjensidig prosess der en deler tanker og følelser. Kommunikasjon er en forutsetning for å kunne oppnå det som Travelbee beskriver som sykepleiens hensikt. Det vil si å kunne hjelpe pasienten til å mestre sykdom og lidelse. Dette betyr at en skal finne mening i disse erfaringene. Sykepleieren bruker kommunikasjon for å søke og å gi informasjon. I tillegg kommuniserer sykepleieren for å motivere og influere syke mennesker, og blir i sin tur influert av dem (Travelbee, 2011).

Når en skal formidle omsorg for den syke, skal sykepleieren bruke kommunikasjon som også innebærer det nonverbale. Sykepleierens holdninger gjennom blikk, bevegelse eller måten sykepleieren utfører sine tjenester på kan påvirke hvordan den syke betrakter sykepleieren som hjelpende menneske. Travelbee mener at kommunikasjon er en dynamisk kraft som kan ha dyp innvirkning på graden av mellommenneskelig nærhet i sykepleiesituasjoner. Den kan brukes til å trekke mennesket nærmere, til å støte dem bort, til å få hjelp eller til å såre (Travelbee, 2011).

3.6 Sykepleierens pedagogiske funksjon og kommunikasjon

Sykepleierens pedagogiske funksjon innebærer alle vurderinger, konkrete gjøremål og handlinger sykepleieren har ansvar for. Hensikten er å legge til rette for oppdagelse, læring, utvikling og mestring hos pasienter og pårørende. Vanligvis er det legens ansvar først å informere pasienten om diagnose og behandling av sykdom, mens sykepleierens ansvar er å hjelpe pasienten med følgene av sykdom og behandling. Hvordan pasienten tilegner seg ny kunnskap, nye holdninger og ferdigheter, avhenger av hvordan sykepleieren gir informasjon og veileder før og etter sykdomsbehandling. Om pasienten har et bevisst ønske om undervisning og veiledning, kan sykepleieren sammen med pasienten planlegge hvordan dette skal foregå. Og det er viktig at sykepleieren tar hensyn til pasientens tilstand når hun vurderer hvor lenge en slik samtale skal foregå. Sykepleier og pasient kan også planlegge innhold i

undervisning og veiledning sammen. Dermed kan sykepleier foreslå at pasienten noterer ned spørsmål når det dukker opp, fordi dette er lett å glemme (Tveiten, 2009).

Gode kommunikasjonsferdigheter er et viktig verktøy til å forstå pasienten som person, og til å forstå relasjonen som skapes i ulike sammenhenger eller situasjoner. Kommunikasjon kan gi pasienten bedre hjelp og støtte, og stimulere den andres utvikling på best mulig måte.

Begrepet kommunikasjon kommer av det latinske ordet *communicare*, som betyr å ha noe felles. Menneskers evne til å motta, ordne og tolke sanseinntrykk i meningsfulle helheter, kalles persepsjon. Vetlesen og Nordtvedt (1996) hevder at persepsjon beskriver ikke bare måten vi iakttar andre på, men innebærer også hvordan vi forholder oss til andre. Gjennom dette kan vi skape en tillit, trygghet og atmosfære som utgjør fundamentet for kompetent pleie. Sykepleieren må derfor bevisstgjøre sine holdninger i kommunikasjon med pasienten (Eide, H og Eide, T, 2012).

3.6.1 Seksuell veiledning og PLISSIT- modellen

For at en best mulig skal ivareta pasienten og en selv i arbeid med temaet som seksualitet, er det viktig at sykepleieren forstår andre og sine egne holdninger til seksualitet. I veiledning om seksualitet, kreves det at sykepleieren har kunnskap om både de fysiske og psykiske utfordringer pasienter står overfor. Empati er en viktig del i den seksuelle veiledningen, ved at sykepleieren viser medfølelse kan gi pasienten trygghet, som gjør at samtalen for dette temaet blir lettere. Samtalen skal inneholde struktur og være preget av nærhet og respekt, samtidig som hun er lyttende og utforskende. Målet med en slik veiledning er at pasienten kan bevare seksuell helse uansett årsakene til problemene og uansett livssituasjon. Annon (1974) utviklet en pedagogisk modell som kan nyttes for å imøtekomme pasienter med seksuelle problemer eller utfordringer. PLISSIT er et bokstav ord og beskrives slik:

1. **P**ermission = Tillatelse
2. **L**imited **I**nformation = Begrenset informasjon
3. **S**pecific **S**uggestion = Konkrete forslag
4. **I**ntensiv **T**herapi = Intensiv terapi (Borg, 2010).

Målet med det første trinnet er at pasienten skal få mulighet til å sette ord på tanker rundt seksualitet. På dette nivået er det rom for å snakke om seksualitet i sin alminnelighet, og vær åpen for alle spørsmål. Sykepleier skal også akseptere dersom pasienten ikke ønsker å snakke om disse tankene. På det andre trinnet kan sykepleieren med sin kunnskap om sykdom og

behandling gi informasjon, som kan bidra til å rydde opp i misforståelser og fantasier rundt kreftsykdommen og behandlingen. Her kan en imøtekomme med å svare mer konkret på enkle spørsmål pasienten lurer på, og inkluderer partner dersom pasienten ønsker dette. Sykepleierens mål i det tredje trinnet er å gi råd slik at pasienten kan mestre konkrete situasjoner. For å finne fram til ulike løsninger og tiltak som for eksempel bruk av hjelpemidler, kan sykepleieren fremme seksuell helse i samråd med pasienten og eventuelt pasientens partner. På det fjerde trinnet er sykepleierens oppgave å motivere og henvise pasienten til spesialister som har større kunnskap på pasientens sitt problemområde (Borg, 2010).

3.7 Forskning

3.7.1 Kroppsbilde og seksualitet

Forskerne Sacerdoti, R., Lagana, L. og Koopman, C. (2010) gjennomførte en kvalitativ studie hvor de intervjuet ni gynekologisk kreftoverlevende kvinner og syv kreftfri kvinner, kontrollgruppen. Begge gruppene fikk de samme spørsmålene ut i fra deres tanker og følelser rundt kroppsbilde og seksualitet. Funnene i den kvalitative studien var at begge gruppene hadde seksuelle bekymringer, men ikke på samme erfaringsgrunnlag. Kontrollgruppen begrepsfestet deres kroppsbilde og seksuelle opplevelser historisk, en gradvis modning av kropp og seksualitet som utviklet seg over tid. Mens hos de gynekologisk kreftoverlevende derimot, var diagnostisering og behandling av kreft et avgjørende øyeblikk i den seksuelle historien. Felles for begge gruppene var også temaet intime relasjoner. Flertallet av kvinnene i kontrollgruppen uttalte at de hadde positive effekt av slike relasjoner på sine erfaringer med seksualitet og kropp. I kontrast uttalte den gynekologisk kreftoverlevende gruppen at deres erfaringer med seksualitet og kropp hadde påvirket deres intime relasjoner negativt. Flere av kvinnene uttalte at de hadde en følelse av å distansere seg fra sin partner, både følelsesmessig og fysisk. Videre kom det frem at den gynekologisk kreftoverlevende gruppen ofte ikke følte seg komfortabel med å snakke om sine seksuelle og kroppslige problemer med sykepleiere. Pasientenes motvilje om å ta opp intime tema, oppstod ofte parallelt med at sykepleieren ikke ønsket å gripe inn i pasientens seksuelle funksjon (Sacerdoti et al., 2010).

3.7.2 Effekt av kommunikasjonsmodell

Forskning viser at seksuell helse og funksjon ofte er oversett av helsepersonell til tross for at det er identifisert som en viktig del av pasient behandlingen. På bakgrunn av en kvalitativ studie av Stilos, K., Doyle, C. og Daines, P. (2008), synliggjør forskerne barrieren mellom sykepleiere og gynekologisk kreftpasienter for temaet seksualitet. I denne kvalitative studien blir PLISSIT- modellen presentert som et kommunikasjonsverktøy for et ektepar hvor kvinnen har livmorhalskreft. PLISSIT- modellen hjalp paret til å sette ord på følelser og tanker rundt seksuelle problemer. Dette foregikk gjennom veiledning og råd fra sykepleier omkring temaet. Videre innebar det å bruke modellen fra kvinnen fikk diagnosen til etter behandling (Stilos et al., 2008).

3.7.3 Seksualterapi

Norsk Kunnskapssenter (2012) utviklet en oversiktsartikkel som viser hvordan seksualterapeutiske intervensjoner kan ha en positiv effekt for personer med seksuelle problemer. Den seksualterapeutiske intervensjonen er i denne sammenheng et samlebegrep på de psykologiske, psykososiale og pedagogiske endringstiltak, innenfor hovedkategoriene informasjon, rådgiving og behandling. Ut i fra funnene for pasienter med livmorhalskreft, hadde seksualfunksjonen for denne gruppen blitt bedret etter forholdsvis kortvarig seksualterapeutisk intervensjon. Dette i form av en kortvarig støtteterapi en uke før og en uke etter operasjon. Forskerne understreker i tillegg hvor avgjørende det er for pasienter at sykepleieren er åpen for å ta opp seksuelle problemer. Videre påpekes viktigheten av at sykepleiere skaffer seg den nødvendige kompetansen for å kunne drive seksuell rådgiving (Landmark et al., 2012).

4.0 Drøfting

Drøftingsdelen er delt inn i fire seksjoner, der jeg skal bruke PLISSIT – modellen som et utgangspunkt for å kunne drøfte ut i fra problemstillingen. Kommunikasjonen foregår på poliklinikk, i oppfølgingskontrollene tre og seks måneder etter operasjon. Seksjon 4.1 og 4.2 er etter tre måneder, og 4.3 og 4.4 er etter seks måneder.

4.1 ”Tillatelse”

Når sykepleieren skal veilede pasienter som opplever et endret selvbilde og har seksuelle utfordringer, er det viktig å forberede samtalen på best mulig måte. I den første tiden etter et kirurgisk inngrep, kan det være naturlig for pasienten å ha fokus på heling og å tilpasse seg eventuelle fysiske forandringer. Dersom pasienten har opplevd inngrepet som et tap, kan det tenkes at hun har gått igjennom en krise (Renolen, 2008). Travelbee mener at det kunnskaps- og ferdighetsmessig kreves mer for å kunne støtte et menneske i krise, enn å utføre tekniske behandlinger. Dessuten er det nødvendig med både innsikt og forståelse fra sykepleiers side for å støtte pasienten i krisen (Travelbee, 2011). I den første fasen av en krise, sjokkfasen, er en vanligvis ikke spesielt mottagelig for ny informasjon, siden denne lett blir glemt (Renolen, 2008). Derfor mener jeg det kan være passende å legge oppfølgingssamtalen til samme tidspunkt som tremåneders kontrollen. Pasienten kan da være ferdig med første fase i krisen, i tillegg til at de fysiske sårene etter inngrepet har grodd. I det planlagte møtet, vil det være hensiktsmessig at sykepleieren bruker et egnet rom for samtalen. Fokuset bør ligge i interessen for å yte omsorg og bry seg om den som er syk (Travelbee, 2011). Det er viktig at det ikke er elementer som kan virke forstyrrende under samtalen. Dersom denne samtalen stadig blir avbrutt kan det være vanskelig å få en god flyt i samtalen, i tillegg kan det tenkes at pasienten blir restriktiv og føler seg ubekvem.

Menneskets evne til å motta, ordne og tolke sanseinntrykk kalles persepsjon. Eide og Eide (2012) mener at persepsjon er en måte vi forholder oss til den andre på og skaper den atmosfære, tillitt og trygghet som utgjør fundamentet for kompetent pleie (Eide, T. og Eide, H., (2012). Hensikten med første oppfølgingssamtale er å bygge en relasjon og skape rom for pasienten til å snakke om seksuelle utfordringer, som samsvarer med PLISSIT – modellens

trinn 1. Men det er da viktig at det er pasienten som gir tillatelsen om å snakke om disse temaene, ikke sykepleieren (Borg, 2010).

På bakgrunn av erfaring fra praksis, så jeg at sykepleiere ofte hadde en hektisk hverdag med mange ulike oppgaver som krevde tid. Jeg mener det uansett er viktig å prioritere tid til å gjennomføre en slik samtale. Derfor må det signaliseres tid til pasienten, slik at hun ikke sitter med inntrykk av at sykepleieren har det travelt. I følge Travelbee skal omsorg formidles til den syke gjennom kommunikasjon som også innebærer det nonverbale. Sykepleierens holdninger gjennom blikk, bevegelse eller måten sykepleieren utfører sine tjenester på kan påvirke hvordan den syke betrakter sykepleieren som hjelpende menneske. Travelbee mener at kommunikasjon er en dynamisk kraft som kan ha dyp innvirkning på graden av mellommenneskelig nærhet i sykepleiesituasjoner. Den kan brukes til å trekke mennesket nærmere, til å støte dem bort, til å få hjelp eller til å såre (Travelbee, 2011). For å sikre god kommunikasjon er det da vesentlig at sykepleieren er bevisst på disse signalene.

Sykepleierens rolle blir å møte pasienten med varhet og diskresjon, og samtidig være trygg på seg selv i forhold til å snakke om intime temaer (Borg, 2010). Mange sykepleiere synes det kan være vanskelig å ta opp tema som innebærer seksualitet, fordi de føler seg ubekvem og at de ikke har tilstrekkelig kunnskap til å hjelpe (Bergmark, 2007). I en studie av Stilos et al. (2008) kommer det frem hvordan pasienters seksuelle helse og funksjon ofte ble oversett av sykepleiere (Stilos et al., 2008). Sykepleieren bør ha en viss selvinnsett for hvordan en selv forstår sin egen seksualitet når en skal jobbe med andres seksualitet. På den måten må sykepleieren ha egnet kunnskap og gode holdninger for å kunne veilede pasienten ved fysiske og psykiske påkjenninger etter behandling (Borg, 2012). Jeg mener dette kan bidra til at pasienten føler en tillitserklæring mellom sykepleier og pasient, hvor pasienten kan føle seg trygg til å snakke åpent om tema. I en studie av Sacerdoti et al. (2010) kommer det frem at gynekologisk kreftopererte kvinner, ikke følte seg komfortabel med å snakke om sine seksuelle og kroppslige problemer med sykepleiere. Pasientenes motvilje om å diskutere intime tema, var ofte parallelt med at sykepleierne ikke ønsket å gripe inn i pasientens seksuelle funksjon (Sacerdoti et al., 2010). Det som imidlertid ikke kommer frem i denne forskningsrapporten, er hvilke nonverbale signaler sykepleierne har formidlet til pasientene. Det kan derfor tenkes at sykepleiere som ikke har nok kunnskap til å diskutere tema med pasienten eller på bakgrunn av sin egen erfaring, føler at seksualitet er for privat og et tabubelagt tema en ikke snakker med andre om. Bergmark (2007) hevder at pasienter verdsetter å få kunne snakke med sykepleier om tanker rundt seksualitet. Men at det dessverre

er det de medisinske problemstillingene som dominerer i informasjonssamtaler. På denne måten kan det oppstå misforståelser som kan føre til at pasienten vegrer seg for å komme med spørsmål hun lurer på.

Pasienten kan sitte inne med en rekke spørsmål som for eksempel: ”Jeg klarer ikke snakke om seksualitet med mannen min, hva kan jeg gjøre?”, ”Jeg føler mannen min forventer at vi skal ha samleie, men jeg er ikke klar enda...” eller: ”Jeg er redd det skal være vondt å ha samleie, hva om mannen min ikke forstår?” og spørsmål som; ”Kan jeg få tilbakefall, dersom jeg har samleie?”. Alle disse spørsmålene kan være relevante og aktuelle for livmorhalskreft opererte, og er derfor temaer sykepleieren må være forberedt på å diskutere (Borg, 2010). En annen faktor som kan spille en stor rolle for pasientens seksuelle liv kan være endret selvbilde.

Etter å ha gjennomgått et kirurgisk inngrep og fått fjernet deler av sin livmorhals, er det ikke uvanlig at pasienten i ettertid kan oppleve endret selvbilde (Schjølberg, 2010). Sykepleierens rolle ved å veilede pasienten i denne prosessen, vil være å normalisere og erkjenne pasientens bekymringer ved for eksempel å si: *“Mange føler som deg”* eller *“Kvinner spør ofte om det”* (Schjølberg, 2010). En slik erkjennelse mener jeg kan sikre at pasienten ikke føler seg alene eller rar ved å ha seksuelle bekymringer, som følge av sin nåværende tilstand. Under min praksis som sykepleierstudent, hadde jeg fordelen med å kunne ta meg tid til å prate med pasienter. Effekten av å være den som hadde tid til å lytte, viste seg å være god fordi flere av pasientene kunne reflektere over hvordan de opplevde seg selv før og etter sykdom. I følge studien av Sacerdoti et al (2010) begrepsfestet kvinner uten gynekologisk kreft normalt deres kroppsbilde og seksuelle opplevelser historisk med en gradvis modning. På den annen side, delte de gynekologisk kreft overlevende sitt seksuelle og følelsesmessige liv inn i to epoker, før og etter kreftdiagnosen (Sacerdoti et al., 2010). Dette illustrerer den enorme påvirkning en slik diagnose og eventuelle behandling har på pasientens oppfatning av sin egen kropp. Videre viser det hvor viktig det er at pasienter kan få uttrykke hvordan de har opplevd sin kreftsykdom og behandling. Og på denne måten sykepleieren kan bidra ved å normalisere disse påkjenningene, slik at pasienten forstår de fysiske og psykiske forandringene etter behandling (Schjølberg, 2010).

4.2 ”Begrenset informasjon”

En del av sykepleierens pedagogiske funksjon innebærer konkrete gjøremål og handlinger som har sin hensikt i å legge til rette for blant annet å kunne undervise og veilede pasienten (Tveiten, 2009). Travelbee hevder at sykepleieren bruker kommunikasjon for å søke og å gi informasjon. Samtidig skal sykepleieren motivere og influere syke mennesker, for så å bli influert av dem (Travelbee, 2011). Sykepleieren har i utgangspunktet grunnleggende kunnskaper om sykdom og behandling som pasienten vanligvis ikke har. Og det er sykepleierens oppgave å gi informasjon uten at pasienten tar initiativ eller krever det (Reitan, 2010). Dessuten mener jeg sykepleieren må passe på og ikke bruke for mye fagspråk, da dette kan gjøre det vanskelig for pasienten å forstå hva som blir sagt. Når sykepleieren skal forklare hva som skjer med organer i underlivet kan hun gjøre dette gjennom å benytte seg av tegninger. På denne måten mener jeg sykepleieren kan bidra til å skape en aksept og forståelse for pasientens opplevelse for endret selvbylde, gjennom begrenset informasjon, trinn to i PLISSIT – modellen (Borg, 2010). Det viktig at sykepleier ser pasienten, og legger til rette for hvordan pasienten vil kunne ha behov for kunnskap. Sykepleieren må også kunne vurdere sin egen kompetanse eller skaffe til veie den nødvendige kunnskap og informasjon i form av brosjyrer fra pasientorganisasjoner som for eksempel Kreftforeningen (Borg, 2010).

Informasjon om sykdom, behandling og eventuelle konsekvenser for seksuell helse kan med fordel gis til pasienten sammen med sin partner (Borg, 2010). Hvis pasienten opplever ettervirkninger som arrdannelse, skjedetørighet, sammenvoksninger i skjeden eller forkortning av kjeden, eller en kombinasjon av disse, kan informasjon bidra til å rydde opp i eventuelle vrangforestillinger paret måtte ha rundt dette. Pasienten har tidligere denne dagen gjennomgått en gynekologisk undersøkelse som sannsynligvis har bekreftet at noen av de postoperative ettervirkningene er tilstede. I henhold til kriseforløpet, kan det være at kvinnen nå befinner seg i reaksjonsfasen (Renolen, 2008). I denne fasen kan det være naturlig for kvinnen å ha behov for å få snakket om følelser og opplevelser rundt sitt tap. Dette gjelder for samtale med sykepleier så vel som samtaler med sin partner. Dersom partneren ikke hadde deltatt på oppfølgingssamtalen, er det mulig han ikke hadde forstått at konen opplevde en krise. Ved manglende informasjon om situasjonen, er det ikke sikkert han hadde hatt innsikt og kunnskap nok til å diskutere disse tingene med sin kone. Hvis dette var tilfelle, kan det tenkes at det kan føre til distansering mellom paret. I studien av Sacerdoti et al (2010) hevdes det at de gynekologisk kreftoverlevende kvinners erfaringer med seksualitet og kroppsbilde

påvirket deres intime relasjoner negativt. Kvinnene uttalte at de hadde en følelse av å distansere seg fra sin partner, både følelsesmessig og fysisk (Sacerdoti et al., 2010). Dersom partneren får innsikt i sin kones situasjon, kan det være lettere for han og forstå forandringene som skjer fysisk og psykisk. En slik innsikt mener jeg kan da bidra til økt forståelse i forholdet, og det kan forebygge for et eventuelt partnerbrudd.

4.3 ”Konkrete forslag”

Pasienten har nå fått tid til å reflektere over samtalen vi hadde på tremåneders kontrollen og i løpet av den tiden har kvinnen samtidig hatt mulighet til å finne ut av sine seksuelle utfordringer. Innledningsvis vil jeg som sykepleier spørre kvinnen om hvilke tanker hun har gjort seg etter forrige møtet. Det kan gi kvinnen en mulighet for å luften sine tanker rundt sin seksualitet. Pasienten har sannsynligvis også kommet over i neste krisestadiet, bearbeidingsfasen, og dermed begynt å se fremover og akseptert forandringene som har skjedd etter operasjonen (Renolen, 2008).

Det kan være trolig at pasienten ville åpnet samtalen med at hun nå føler seg mindre attraktiv for sin partner, eller at noe mangler for å føle seg som en komplett kvinne. Vanlige problemer som arrdannelse, tørrhet etc. etter et inngrep på livmorhalsen, kan hemme pasienten og hennes partner å gjennomføre et samleie slik de pleide (Gynkreftforeningen, 2012). I tillegg kan lysten for samleie være nedsatt dersom pasienten opplever at skjeden er konstant tørr og at forsøk på samleie var en smertefull opplevelse for henne. I henhold til PLISSIT – modellen trinn tre, vil sykepleierens rolle være å komme med spesifikke forslag til forbedringer eller hjelpemidler for de nevnte problemene. Eksempler på dette kan være bruk av glidemidler eller oljer, endrede samleiestillinger, bruk av seksuelle hjelpemidler og utvidet fokus på de andre aspektene ved seksualitet (Borg, 2010). Bergmark (2007) mener at seksualitet inneholder flere aspekter fordi seksualitet kan være så mye mer. Dette innebærer elementer som nærhet, ømhet og bekreftelse fra den andre, da disse er viktig i relasjonen mellom paret og for selvfølelsen til pasienten. Det å stryke partneren over huden, eller å holde rundt den andre er handlinger som faller innunder intime forhold (Bergmark, 2007). Sykepleieren kan på denne måten minne om at seksualitet handler om mer enn bare samleiet.

For å finne løsninger til å fremme seksuell helse, kan sykepleier veilede pasienten slik at hun kan ta best mulig vare på seg selv. Konkrete forslag skal lære pasienten å forstå eller akseptere hvorfor en opplever endret selvbilde. Borg (2010) sier at endret kroppsbilde og seksualitet henger sammen (Borg, 2010). Videre kan det være at pasienten forteller hvordan de seksuelle utfordringene påvirker hennes selvbilde. Pasienten kan oppleve dette som urettferdig da hun enda er relativt ung. Derfor mener jeg det er viktig at sykepleieren har innsikt i seksualitetens betydning for pasientene, og å hjelpe når pasienten trenger det, for å forebygge psykiske problemer i etterkant av behandling av livmorhalskreft. Paulsen (2012) hevder at sykepleiere må bli flinkere å snakke åpent om seksuelle utfordringer hos gynekreftpasienter. Videre hevdes det at denne gruppen pasienter som ikke kommer tilbake til et normalt og godt seksualliv kan få økte psykiske problemer senere i livet (Paulsen, 2012). Sykepleieren bør derfor ta pasientens seksuelle utfordringer på alvor.

4.4 "Intensiv Terapi"

I noen tilfeller kan ikke sykepleier hjelpe pasienten tilstrekkelig med seksuelle utfordringer. Sykepleieren kan mene at det er unaturlig, eller sitter på for lite kunnskap til å kunne veilede eller snakke åpent med pasienten om seksualitet. Sykepleieren bør da råde pasienten å oppsøke andre profesjoner, slik at pasienten kan få hjelp til sine seksuelle utfordringer. Pasienten vil antagelig da også klare å komme seg videre i krisens siste fase, nyorienteringsfasen. Kvinnen skal da lære å leve med forandringene etter inngrepet hun har gjennomgått. Denne fasen varer så lenge pasienten lever (Renolen, 2008). I en norsk studie av Landmark et al. (2012) viste at effekten av seksualterapeutiske intervensjoner var positiv for livmorhalskreftopererte. Rapporten understreker også hvor avgjørende det var for pasienter at sykepleiere var åpen for å diskutere seksuelle problemer, og hadde den nødvendige kompetansen til å drive seksuell rådgivning (Landmark et al., 2012). Pasientens seksuelle liv vil derfor kunne påvirkes av i hvilken grad hun får hjelp til å takle sine seksuelle utfordringer. I studien av Sacerdoti et al. (2010), hevdes det at psykologer, som har erfaring for å ta opp seksuelle problemer, kan være til stor hjelp for livmorhalskreftopererte (Sacerdoti et al., 2010). Jeg mener det er viktigst at pasienten blir tilstrekkelig ivaretatt, og at sykepleier må være bevisst på sine egne begrensninger. Om pasienten synes det er vanskelig å søke hjelp, kan sykepleieren bistå til å henvise til andre som har god nok kunnskap om dette. Psykologer og

sexologer er helsearbeidere som har bred erfaring innenfor tema, og sitter derfor på en helt spesiell kompetanse vedrørende denne typen seksuelle problemstillinger. Dette samsvarer med trinn fire i PLISSIT-modellen (Borg, 2010).

5.0 Styrker og svakheter

I oppgaven har jeg valgt å bruke både norsk og engelske forskningsartikler som jeg mener passer for min problemstilling. Samtidig gjennom søkeprosessen, kvalitetsvurderte jeg og satte spesifikke krav på at de skulle være av nyere dato. Dette mener jeg styrker min oppgave da dette er et aktuelt tema i dagens sykepleie. Ved å bruke pensumlitteratur og annen relevant litteratur knytt til problemstillingen, gjenkjenner jeg flere steder viktigheten med sykepleierens pedagogiske funksjon i veiledningssituasjoner. Dette mener jeg også styrker oppgaven på den måten at det kan bidra til refleksjon over sykepleieren som en viktig ressurs for pasienten.

I oppgaven kunne jeg trukket inn etiske aspekter som ”Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere” eller fokusert på mestring og livskvalitet for pasienten. Dette kan være en svakhet, fordi dette er temaer som også er aktuelle for kreftpasienter. Men i forhold til problemstillingen og oppgavens omfang, valgte jeg å vektlegge hvordan sykepleier kan veilede pasienten.

PLISSIT-modellen blir omtalt både i teorien og den utvalgte forskningen. I Kreftsykepleie boken av Reitan og Schjølberg (2010), utgreies PLISSIT – modellen på en beskrivende god måte. Men jeg har selv aldri opplevd at den er blitt brukt i praksis, noe som kan være en svakhet fordi jeg ikke kan uttale meg om hvordan eller om den benyttes i praksis. Dersom jeg skulle gjort oppgaven på nytt, ville jeg knyttet den opp mot fordypningspraksis. På denne måten kunne jeg fått inn egne erfaringer for anvending av PLISSITT – modellen i en veiledningssituasjon.

6.0 Konklusjon

Seksuelle utfordringer er fortsatt et tabubelagt tema for mange sykepleiere. Forskning og litteratur har synliggjort viktigheten av å adressere slike problemstillinger, men dessverre viser flere studier at pasienter opplever mangelfull oppfølging etter livmorhalskreft. Det kommer også frem at slik mangelfull oppfølging kan få konsekvenser for pasientenes videre seksuelle helse, og kan også påvirke pasientens psyke. Når sykepleieren skal skape en atmosfære der det er rom for pasienten å ta opp spørsmål om seksuelle utfordringer, må sykepleieren være svært bevisst på sin framtredning. Kommunikasjon, både verbalt og nonverbalt legger premissene for relasjonen mellom sykepleieren og pasienten. Videre kommer det frem at det kan være fordelaktig å inkludere pasientens partner i oppfølgingssamtaler, fordi økt kunnskap hos partneren skaper forståelse i forholdet og dermed reduserer sannsynligheten for samlivsbrudd. Jeg har i min oppgave benyttet en kommunikasjonsmodell som heter PLISSIT. Hensikten med modellen er å tilnærme seg pasientens seksuelle utfordringer på en respektfull og varsom måte. Modellen vil gjennom tre trinn bli stadig mer spesifikk for pasientens unike problemer. Dersom sykepleieren, i løpet av disse tre trinnene, fortsatt føler at pasienten trenger videre oppfølging vil det siste trinnet, trinn fire komme inn. Sykepleieren vil da henwise pasienten videre til andre spesialiserte helsearbeidere.

Når jeg jobbet med denne oppgaven, lærte jeg at der finnes mye kunnskap om seksuelle utfordringer og oppfølgingen av disse. Selv om der er utarbeidet gode kommunikasjonsmodeller som PLISSIT, blir disse altfor sjelden benyttet ved oppfølging av livmorhalskreftpasienter. Jeg tror at dersom denne pasientgruppen skal bli tilstrekkelig ivaretatt, må sykepleiepraksis endres ved å implementere adressering av seksuelle utfordringer.

Litteraturliste

Bergmark, K (2007). "Sexualitet och cancer". I: Carlson, M (red.). *Psykosocial cancervård* (s. 173-196). Sverige: Studentlitteratur AB

Borg, T (2010). "Seksualitet". I: Reitan, A. M og Schjøberg, T. K (red.). *Kreftsykepleie – pasient – utfordring – handling* (s. 121-130). Oslo: Akribe AS

Dalland, O (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Eide, H og Eide, T, (2012). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Gynkreftforeningen (2012) *Livmorhalskreft*. Hentet fra:

<http://www.gynkreftforeningen.no/kreftformene/livmorhalskreft/> [17.09.2012]

Gynkreftforeningen (2012) *Seksualitet*. Hentet fra:

<http://www.gynkreftforeningen.no/seksualitet/> [17.09.2012]

Jacobsen, A. M. L (2010). "Sykepleieutfordringer ved kreft i kvinnelige kjønnsorganer". I: Reitan, A. M og Schjøberg, T. K (red.). *Kreftsykepleie – pasient – utfordring – handling*. (s. 542-550). Oslo: Akribe AS

Kirkevold, M. (2009). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. Gyldendal Norsk Forlag AS

Kreftregisteret (2012). Kreftstatistikk. Hentet fra:

<http://www.kreftregisteret.no/no/Registrene/Kreftstatistikk/> [02.10.2012]

Landmark B.F., Almås, E., Brurberg K.G., Fjeld, W., Haaland, W., Hammerstrøm, K., Svendsen, K.O., Sørensen, D., Tollefsen, M, F., Aars, H. og Reinar, L.M (2012).

Effekter av seksualterapeutiske intervensjoner for seksuelle problemer – en systematisk oversikt. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten nr. 2- 2012. Hentet fra:

<http://www.kunnskapssenteret.no/systemsider/S%C3%B8keresultater?cx=010191580526572086837%3A3gzhprhbb6u&cof=FORID%3A11%3BNB%3A1&ie=UTF-8&q=nr.+2-2012&sa.x=16&sa.y=11> [18.09.12]

Lorentzen, V. B og Grov, E. K (2010). ”Generell sykepleie ved kreftsykdommer”. I: Almås, H, Stubberud, D. G. og Grønseth, R (red.). *Klinisk sykepleie, bind 2.* (s. 401-437). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Nordtvedt, Monica W, Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt og Liv Merete Reinar (2008). Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere. Bryne Offset AS

Oncolex (2012). Fertilitetsbevarende kirurgi. Hentet fra:

<http://oncolex.no/GYN/Diagnoser/Livmorhals/Prosedyre katalog/BEHANDLING/Kirurgi/Fertilitetsbevarende%20kirurgi%20ved%20cervixcancer?!g=procedure> [02.10.2012]

Oncolex (2012). Oppfølging. Hentet fra:

<http://oncolex.no/GYN/Diagnoser/Livmorhals/Prosedyre katalog/OPPFOLGING?!g=procedureGroup> [02.10.2012]

Paulsen, A (2012). Seksualitet. Gynkreftforeningen. Hentet fra:

<http://www.gynkreftforeningen.no/seksualitet/> [17.09.2012]

Reitan, A. M., (2010). ”Kommunikasjon”. I Reitan, A. M. og Schjølberg, T. K (red.). *Kreftsykepleie – pasient – utfordring – handling* (s. 102-119). Oslo: Akribe AS

Renolen, Å (2008). Forståelse av mennesker – innføring i psykologi i helsefag. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Sacerdoti RC, Lagana' L, Koopman C. (2010). ”Altered Sexuality and Body Image after Gynecological Cancer Treatment: How can Psychologists help?”. Hentet fra: Professional Psychology, research and practice. Pr. 2010, Dec;41(6): 533-540.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov.proxy.helsebiblioteket.no/pubmed/21572538> [30.08.2012]

Schjølberg, T.K (2010). ”Endret kroppsbilde”. I: Reitan, A. M og Schjølberg, T. K (red.). *Kreftsykepleie – pasient – utfordring – handling* (s. 131-141). Oslo: Akribe AS

Stilos, K, Doyle, C, Daines, P (2008). ”Addressing the Sexual Health Needs of Patients With Gynecologic Cancers”. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2008, Jun; 12(3): 457-463.Hentet fra:

<http://ovidsp.uk.ovid.com.proxy.helsebiblioteket.no/sp-3.6.0b/ovidweb.cgi?&S=GGCPPDFENPHFPKPMFNPKFBPFBNBIAA00&Complete+Reference=S.sh.17%7c3763%7c1> [30.08.2012]

Tellugen, I (2012). Livmorhalskreft. Hentet fra: <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/livmorhalskreft/> [30.09.2012]

Travelbee, J (2011). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Tveiten, S (2009). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.