

Bacheloroppgave

Institutt for sykepleie, Pilestredet

Dato: 16.03.17

Kandidatnummer: 184

Klasse: 3E

Kull: 2014

Antall ord: 11 155

Seksualitet etter livmorhalskreftbehandling - fra tabu til tema

*Seksualitet etter gjennomgått livmorhalskreftbehandling:
fremdeles et tabubelagt tema for pasient og helsepersonell?*



Bilde: (Shut up stock illustrations, udatert).

Publikasjonsår: 2017

Antall ord: 11 155

SAMMENDRAG BACHELOROPPGAVE

Tittel på oppgaven:

Seksualitet etter livmorhalskreftbehandling - fra tabu til tema

Sammendrag:

Bakgrunn :

Hvert år får omkring 300 kvinner diagnosen livmorhalskreft. Kvinnene som overlever kreften sitter igjen med seneffekter av behandlingen som påvirker deres seksualliv. Seksualitet er et grunnleggende behov for å oppleve god livskvalitet, men kan oppleves som et vanskelig samtaletema for pasient og helsepersonell. Hensikten med studien er å rette oppmerksomheten mot seksualitet som en integrert del av menneskets helse. Ut fra dette er problemstillingen; ”Seksualitet etter gjennomgått livmorhalskreftbehandling: fremdeles et tabubelagt tema for pasient og helsepersonell?”.

Fremgangsmåte:

Oppgaven er basert på prinsippene i en systematisk litteraturstudie. Jeg har valgt ut åtte kvalitative og kvantitative forskningsartikler som belyser temaet i problemstillingen. Funnene fra forskningsartiklene er drøftet opp i mot hverandre, samt underbygd med teori innhentet fra annen litteratur.

Diskusjon, funn og konklusjon:

Et flertall av pasientene uttrykker psykiske og fysiske endringer i deres seksualliv etter gjennomført strålebehandling. Pasient og helsepersonell opplever seksualitet som et vanskelig og intimt tema. Mangel på kunnskap og tid til oppfølging ser ut til å være vesentlige årsaker for at seksualitet ikke blir prioritert som samtaletema. Resultater viser at det forekommer et behov for å øke kunnskapsbehovet om seksualitet for helsepersonell. Økt kunnskap gir trygghet for å snakke om seksualitet, både for helsepersonell og pasient.

Nøkkelord:

Livmorhalskreft, strålebehandling, seksualitet, helsepersonell, sykepleie, tabu

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	1
1.1 Valg av tema.....	1
1.2 Hensikt	2
1.3 Problemstilling	2
1.4 Avgrensning	2
1.5 Begrepsavklaring	3
2.0 TEORI	4
2.1 Livmorhalskreft.....	4
2.2 Behandling.....	5
2.3 Konsekvenser av behandling	5
2.4 Seksualitet.....	6
2.5 Kommunikasjon og informasjon.....	8
2.6 PLISSIT-modellen.....	8
2.7 Sykepleieteori: Joyce Travelbee	10
2.8 Oppsummering.....	11
3.0 METODE	12
3.1 Presentasjon av metode.....	12
3.2 Søk av forskningsartikler	13
3.3 Kildekritikk	15
3.3.1 Inklusjon- og eksklusjonskriterier	15
3.3.2 Kritisk vurdering av forskningsartiklene.....	16
3.4 Tilleggs litteratur.....	17
4.0 RESULTATER.....	19
4.1 Seksuelle dysfunksjoner.....	19
4.2 Psykiske reaksjoner	19
4.3 Informasjonstilbud	20
4.4 Holdninger hos helsepersonell	21
5.0 DRØFTING	22
5.1 Seksuelle dysfunksjoner.....	22
5.2 Holdninger hos helsepersonell	24
5.2.1 Mangel på kunnskap.....	25
5.3 Hvem har ansvaret?	26
5.3.1 Pasient eller helsepersonell	26
5.3.2 Et tverrfaglig miljø.....	27
5.4 Samtalen.....	28
5.4.1 Forberedelser	29
5.4.2 Hvordan starte samtalen.....	30
5.5 Mangel på ressurser	31
6.0 KONKLUSJON.....	34
LITTERATURLISTE	35
VEDLEGG	40
Vedlegg 1	40

1.0 INNLEDNING

Den vestlige kulturen har i lang tradisjon undertrykket og fornektet seksualitet. Seksualitet skulle ikke snakkes om da det ble sett på som uanstendig. Med hjelp fra medisinsk kunnskap og vitenskap ble 1900-tallet tidsepoken hvor befolkningen fikk et nytt syn på seksualitet. Helsedirektøren på 1950-tallet sto i front for å opplyse den norske befolkningen om seksualitet. ”Den seksuelle revolusjonen” førte med seg større åpenhet om kropp, nakenhet og seksualitet i Norge (Gamnes, 2014). I 2014 fikk 338 kvinner i Norge livmorhalskreft. Den vanligste kreftformen hos kvinner under 35 år (Kreftregisteret, 2017.10.01). En kreftform forårsaket av et virus som smitter ved seksuell kontakt. Opplysningsarbeid via kampanjen ”#sjekkdeg” sirkulerer i norske medier og har ført til at flere kvinner overlever livmorhalskreft. Kvinnene som overlever livmorhalskreft opplever ofte at seneffekter av behandlingen har negative konsekvenser for deres seksualliv. Kvinnene blir derfor oppfordret til å snakke om sine seksuelle problemer med helsepersonell (Helsenorge , 2017.10.01). I 2016 ga Helse- og omsorgsdepartementet ut en strategi for seksuell helse. Helse- og omsorgsministeren Bent Høie står i spissen for strategien og opplyser befolkningen om at det må rettes oppmerksomhet mot seksuell helse. Det er mangelfull tilgang på informasjon og veiledning om seksuelle problemer i helsetjenesten. Seksuelle problemer i etterkant av kreftbehandling blir sjelden tatt opp som et samtaletema (Helse-og omsorgsdepartementet, 2016). Er det fremdeles flaut å snakke om seksualitet i 2017?

1.1 Valg av tema.

Jeg opplever at det har blitt økt oppmerksomhet og åpenhet relatert til seksualitet i det norske samfunnet. Allikevel får jeg et inntrykk av at dette ikke er et tilfelle dersom seksualitet relateres til sykdom. Gjennom nesten tre år på sykepleien har jeg opplevd flere praksissituasjoner hvor seksualitet har dukket opp som et samtaletema mellom helsepersonell og pasient. Jeg har fått et inntrykk av at pasientene ikke alltid har turt å ta opp seksualitet med helsepersonellet på institusjonen. I tillegg har jeg flere ganger opplevd at helsepersonell utsetter pasientsamtaler om seksualitet. Grunnen til at jeg valgte å skrive om seksualitet relatert til livmorhalskreft er fordi det er en krefttype som kan smitte seksuelt og som forekommer i en intim del av kroppen til kvinnen. Jeg antar at disse to elementene kan være med på å tabu-belegge seksualitet i en enda større grad. En annen grunn til at jeg valgte dette

temaet er fordi det har vært mye fokus på livmorhalskreft i media relatert til kampanjen ”#sjekkdeg”. Jeg ønsker å rettet fokuset mot tiden etter behandling da jeg anser dette som et mer ukjent tema blant befolkningen.

1.2 Hensikt.

Hensikten med studien er å rette oppmerksomheten mot seksualitet som en integrert del av menneskets helse, spesielt relatert til livmorhalskreft. Jeg ønsker å finne ut hvorfor kvinner som har gjennomført strålebehandling for livmorhalskreft ofte ikke får den informasjonen og kunnskapen dem trenger om seksualitet i etterkant av behandling.

1.3 Problemstilling.

Følgende problemstilling skal diskuteres i denne oppgaven: ”Seksualitet etter gjennomgått livmorhalskreftbehandling: fremdeles et tabubelagt tema for pasient og helsepersonell?”.

1.4 Avgrensning.

I denne oppgaven har jeg valgt å fokusere på seksuelt aktive kvinner i alderen 18-64 år fra vestlige land. Kvinnen kan være enslig eller ha partner. Innebærer kvinner som har gjennomgått kurativ behandling etter livmorhalskreft, men som lever med senkomplikasjoner som en konsekvens av behandlingen. Jeg har valgt å avgrense behandlingen til strålebehandling, da forskning viser at kvinner gjennomgått strålebehandling har et mindre aktivt seksualliv enn kvinner gjennomgått kirurgi for livmorhalskreft (Greimel, Winter, Kapp & Haas, 2009). Videre ønsker jeg å ta for meg både de psykiske og fysiske konsekvensene av strålebehandling da disse to ofte har en sammenheng. Jeg har tatt utgangspunkt i sykehuset som arena da det er her kvinnen regelmessig blir fulgt opp av helsepersonell etter gjennomgått behandling. Jeg vil ikke å gå inn på ulike behandlingsmetoder for seksuelle dysfunksjoner i oppgaven, men relatere sykepleierens rolle til hvordan en kan kommunisere og informere pasientene om seksualitet. Jeg ønsker å ha et sykepleierfokus gjennom oppgaven, men velger å ikke spesifisere helsepersonell til sykepleiere. Grunnen til dette er fordi jeg har valgt å inkludere forskningsartikler som involverer ulike helsepersonell. I denne oppgaven har jeg valgt å ikke inkludere religiøse og kulturelle forskjeller knyttet til seksualitet og behandling.

1.5 Begrepsavklaring.

I dette kapittelet blir det gitt en kort beskrivelse av de ulike begrepene anvendt i problemstillingen.

Seksualitet: Et grunnleggende behov hos mennesket som vil være til stede gjennom hele livet. Seksualitet omfatter både det fysiske og psykiske hos mennesket og driver oss til å søke etter kjærlighet, varme og intimitet (Borg, 2010).

Livmorhalskreft: Utvikler seg langsomt til kreft i livmorhalsen, som regel i overgangen rundt livmormunnåpningen (Jerpseth, 2013).

Tabu: En antydning om at ulike temaområder ikke må nevnes eller røres ved. Anses ofte som beskyttelse mot å ta opp noe som er vanskelig, smertefullt eller skambelagt (Malt, 2017).

Helsepersonell: Personell som utfører helsehjelp og som har autorisasjon eller lisens etter de krav som stilles i Helsepersonelloven (Helsepersonelloven, 1999).

2.0 TEORI

Hensikten med teorikapittelet vil være å gjøre rede for teori som er relevant for problemstillingen (Thidemann, 2015). Den teoretisk referanserammen i denne oppgaven innebefatter teori relatert til livmorhalskreft, seksualitet, kommunikasjon, seksuellrådgivning og Travelbee sin relasjonsteori.

2.1 Livmorhalskreft.

Livmorhalskreft utvikler seg i livmorhalsen i overgangen omkring livmormunnåpningen.

Utviklingen av livmorhalskreft skjer som regel langsomt. Forstadier av de maligne cellene kan være til stede uten at de gir opphav til en veldefinert svulst. Hvilket stadiet kreften befinner seg i avhenger av hvor langt kreften har utviklet seg (Jerpseth, 2013).

Utviklingen av livmorhalskreft skyldes human papillomvirus, HPV. Dette er et virus som smitter seksuelt, og vil derfor stort sett forekomme hos seksuelt aktive kvinner. Kjente risikofaktorer for livmorhalskreft er tidlig seksualdebut og mange seksualpartnere (Kristensen, 2010). Selv om et større antall seksualpartnere kan øke risikoen for å bli smittet av HPV kan livmorhalskreft også forekomme hos kvinner som kun har hatt én seksualpartner. Det finnes over 100 ulike typer av dette viruset, men kun noen av dem anses for å være høyrisiko-virus (Helsenorge, 2017.10.01). Smitte av en ondartet HPV-type kan gi en betennelsesreaksjon i slimhinnen, men kvinnen vil ikke merke symptomer. Dersom infeksjonen forblir kronisk kan det utvikles kreftceller. Uregelmessige blødninger, smerter, anemi, vekttap, tretthet, appetittløshet og uremi kan være symptomer på livmorhalskreft (Kristensen, 2010). På grunn av mangel på symptomer ved smitte av HPV er det derfor iverksatt masseundersøkelser mot livmorhalskreft slik at forstadier til kreft kan oppdages i tide. Det er anbefalt at kvinner i alderen 25-69 år tar celleprøve fra livmorhalsen hver tredje år. En sammenheng av iverksatt HPV-vaksinasjon og screening har ført til at forekomsten av livmorhalskreft i Norge er redusert med 40% de siste 70 årene. Det er påvist at mer enn 50% av kvinnene som har fått livmorhalskreft ikke har fulgt anbefalingene om å ta celleprøve hvert tredje år (Kreftregisteret, 2017.10.01)

2.2 Behandling.

Behandling for livmorhalskreft avhenger av hvilket stadium kreften befinner seg i og hvor stor svulsten er. Ulike typer kirurgi er aktuelt dersom svulsten kun er lokalisert til livmorhalsen. Cellegift og strålebehandling blir enten gitt som tilleggsbehandling i etterkant av et kirurgisk inngrep eller som behandling alene (Helsenorge , 2017.10.01). Som nevnt innledningsvis har jeg valgt å ta utgangspunkt i strålebehandling i denne oppgaven.

Strålebehandling skader cellenes arvestoff ved at celledelingen hemmes og cellene dør. Det finnes flere former for strålebehandling. Ved livmorhalskreft er det ekstern strålebehandling og intrakavitær strålebehandling som er aktuelt (Lorentsen & Grov, 2013). Ved ekstern strålebehandling er strålekilden plassert utenfor kroppen til kvinnen. Ekstern strålebehandling gir ikke alltid dekkende behandling for pasientene med livmorhalskreft. Dersom det er mulig vil derfor en kombinasjon av ekstern og intrakavitær strålebehandling være effektivt (Sorbe, Frankendal, Högberg, 2013). Intrakavitær strålebehandling, også kalt brachyterapi, er en effektiv og skånsom behandlingsmåte. Innvendig strålebehandling gir bedre kontroll på hvor strålene blir sendt og påvirker derfor ikke like stort område (Sorbe et al., 2013).

Strålebehandling som kurativ behandling for livmorhalskreftpasienter tar opp til syv uker. Hvor ofte behandlingen blir gitt varierer, men det er vanlig at behandlingen blir gitt fem dager i uken, inkludert cellegift en gang i uken (Lorentsen & Grov, 2013; Helsenorge , 2017.10.01). I etterkant av behandling er det vanlig å bli fulgt opp med kontroller på sykehuset. De første to årene blir kvinnen innkalt til kontroll hver tredje måned. Fra tre til og med fem år blir det gjennomført kontroll hver sjette måned. Etter fem år blir kvinnen innkalt til kontroll årlig (Helsenorge , 2017.10.01).

2.3 Konsekvenser av behandling.

Ni av ti kvinner som har blitt behandlet for livmorhalskreft i et tidlig stadium har gode sjanser for å bli kurert. Selv om kvinnen har blitt kurert for kreften, vil den gjennomførte strålebehandlingen ofte føre med seg seneffekter (Jerpseth, 2013). Strålebehandling mot kvinnens underliv kan føre til at kvinnen kommer i en kunstig fremstilt overgangsalder. Stråling mot eggstokkene kan stanse produksjonen av hormoner og fører til at kvinnen kommer i en kunstig fremstilt overgangsalder og bli infertil (Kristensen, 2010). Når kvinnen har kommet i en tidlig overgangsalder fører dette til at kroppen produserer mindre østrogen. Mangelen på østrogen fører til at slimhinnene produserer mindre slim. Dette er en av årsakene

til at samleie kan være vondt (Gynkreftforeningen, 2017, 16.01). Andre årsaker til at samleie kan være smertefullt skyldes stråleskader på slimhinnene. Kvinnene kan oppleve at skjeden blir mindre elastisk, og føles sår. I tillegg kan behandlingen føre til arrdannelse og sammenvoksinger i skjeden (Jerpseth, 2013). På grunn av strålebehandling mot underlivet kan også tarmene bli påvirket. Ca. 15% av kvinnene kan få diaré som forblir kronisk etter behandlingen. Tarmblødninger, fistler og tarmstenoser kan også forekomme som en konsekvens av strålebehandlingen (Kristensen, 2010). Alle disse plagene kan føre til at kvinner opplever seg lite verdifulle både som kvinner og som seksualpartner (Jerpseth, 2013). I tillegg til de fysiske skadene i underlivet kan kronisk tretthet, fatigue, være en senvirkning av behandlingen. Fatigue kan opptre som et symptom både på fysiske og psykiske tilstander og opptre som et problem relatert til å være seksuelt aktiv (Gynkreftforeningen, 2017, 16.01).

Psykiske plager forekommer ofte i etterkant av behandling. Kreftpasienter kan oppleve at de psykiske plagene ofte er like ille som de fysiske. De fysiske plagene og forandringene i underlivet kan føre til at pasienten opplever psykiske plager som manglende lyst og interesse for å være seksuelt aktive. Samtidig kan de psykiske plagene være så utpreget at det er med på å forverre tankene om de fysiske plagene (Helsenorge, 2017.10.01). Kroppsbilde omfatter følelser og holdninger til egen kropp. Gjennomgått kreftbehandling kan føre til at disse følelsene og holdningene endres. Det kan ta tid å venne seg til en endret kropp. Flere kvinner opplever derfor et endret kroppsbilde som påvirker seksualiteten på negativ måte (Langhelle, 2014). Flere studier viser til at kvinner ofte opplever skyldfølelse, selvbebreidelse og angst knyttet til diagnosen og behandlingen av livmorhalskreft. Frykten for at kreften kommer tilbake påvirker også kvinnenes psykiske helse (Jensen & Froeding, 2015).

2.4 Seksualitet.

Verdens helseorganisasjon, WHO, beskriver seksualitet som et grunnleggende behov og en integrert del av det å være menneske. Seksualitet påvirker våre tanker, følelser, handlinger og relasjoner med andre mennesker. Ut ifra WHO sin definisjon av seksualitet har både fysiologiske, psykologiske og sosiale aspekter en nær sammenheng til hverandre (World Health Organization, [WHO] 2006a). Dette bekrefter at seksualitet ikke nødvendigvis trenger å være knyttet til seksuelle aktiviteter i form av samleie, onanering eller kyssing (Gamnes, 2014). Seksualiteten blir fort negativt påvirket under fysisk og psykisk stress fremkalt av sykdom. Dermed kan pasientenes seksuelle helse settes i fare (Gamnes, 2014). Seksuell helse

kan defineres som en tilstand av fysisk, følelsesmessig, psykisk og sosialt velvære knyttet til seksualitet. Det innebærer fravær av sykdom og seksuelle dysfunksjoner, samt at en har et positivt og respektfullt syn på seksualitet (WHO, 2006a). Ved å definere seksuell helse som et eget begrep vil det rettes oppmerksomhet mot seksualitet som en grunnleggende del av menneskets identitet. Slik blir det også lettere for helsepersonell å erkjenne at pasienter kan ha behov for informasjon og hjelp knyttet til seksualitet. I tillegg er helse en grunnleggende menneskerett, dermed kan seksuell helse også inkluderes som en menneskerett (Borg, 2010). Dette har sammenheng med de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere som viser til at ”Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene og være kunnskapsbasert” (Norsk sykepleieforbund, 2011, s.7). Fysiske og psykiske plager kan forårsake seksuelle dysfunksjoner som påvirker vår seksuelle helse. Seksuelle dysfunksjoner blir definert som opplevde problemer i ulike faser av den fysiologiske responssyklusen. Disse problemene kan føre til at pasienten ikke opplever at de fungerer tilfredsstillende seksuelt (Dahl, 2016).

Seksualitet og sex er noe av det mest private vi har. For mange mennesker kan det være vanskelig å prate om seksuelle følelser, lyster og ønsker. Når mennesker blir utsatt for kreft kan denne private opplevelsen av seksualitet bli satt på prøve (Simonsen, udatert, 16.01). Helse- og omsorgsdepartementet (2016) ønsker mer åpenhet om seksuell helse og har derfor utarbeidet ”Snakk om det! en strategi for seksuell helse (2017-2022)”. Her trekkes kreftbehandling frem som en trussel for seksuallivet, samt at det foreligger et behov for informasjon om seksualitet til pasientene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Spesialsykepleier Vibeke Simonsen (udatert, 16.01) skriver på nettsiden til Kreftforeningen at kreft og kreftbehandling ofte er knyttet til en del misforståelser og fordommer. Det er viktig at helsepersonell avkrefter slike myter, og legger opp til at kvinnene kan snakke om deres seksualliv etter gjennomført behandling (Simonsen, udatert, 16.01; Jerpseth, 2013). Jensen og Froeding (2015) konkluderer med at mange seksuelle problemer delvis kan løses ved at pasienten blir møtt med åpenhet og forståelse fra helsepersonell. Allikevel viser funn at helsepersonell fortsatt er motvillige til å diskutere seksualitet og seksuelle dysfunksjoner med pasienter (Jensen & Froeding, 2015). I en rapport utgitt av Kunnskapscentret (2012) står det beskrevet at helsepersonell skal bidra med å fremme seksuell helse, kunnskap og åpenhet i møte med pasienter som opplever seksuelle vanskeligheter. Dersom det ikke blir rettet oppmerksomhet mot seksuelle problemer vil de forbli ikke-erkjent og ubehandlet. Noe som vil ha en negativ innvirkning på pasientens liv (Kunnskapscentret, 2012).

2.5 Kommunikasjon og informasjon.

Som helsepersonell har vi informasjonsplikt. Dette står nedskrevet i lovverket; ”Den som yter helse- og omsorgstjenester, skal gi informasjon til den som har krav på det etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-2 til 3-4.” (Helsepersonelloven, 1999, §10). Dette innebærer at helsepersonell gir pasienten den informasjonen han trenger slik at han får nødvendig innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Dette forutsetter også å gi informasjon om mulige risikoer og bivirkninger av behandlingen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). De fleste kreftpasienter ønsker å få informasjon relatert til behandlingsopplegget og sin tilstand. Pasienten er avhengig av informasjon for å kunne ta valg, planlegge hverdagen og fremtiden. Samtidig er det viktig å være klar over at mye av informasjonen som blir formidlet til kreftpasienter kan utløse emosjonelle reaksjoner. Kommunikasjon er et godt verktøy ved informasjonsoverføring til pasient eller pårørende. Allikevel er det viktig at sykepleieren ikke glemmer at kommunikasjon er mye mer enn formidling av informasjon (Reitan, 2010). Kommunikasjonsprosessen bygger på gjensidighet mellom to eller flere parter. Dette innebærer at en både gir og mottar informasjon. Kommunikasjon består av informasjon, men ikke all informasjon består av kommunikasjon (Reitan, 2010). Profesjonell kommunikasjon er kommunikasjon tilpasset til et bestemt yrke. Formålet med kommunikasjon i helsefag er å fremme helse, forebygge sykdom og indre lidelse (Eide & Eide, 2013). Formålet bygger på generelle yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I de yrkes etiske retningslinjene vises det til retningslinjer rettet mot informasjonsformidling. ”Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått.” (Norsk sykepleieforbund, 2011, s.8). For å forsikre seg om at informasjonen er forstått er det nødvendig å kommunisere med pasienten. En ser dermed at kommunikasjon og informasjon som regel har en sammenheng (Eide & Eide, 2013).

2.6 PLISSIT-modellen.

Mange behandlere og pasienter kan oppleve det som vanskelig å ta opp spørsmål relatert til seksualitet. Dette kan anses som det ”dobbelte-tabu”. Det vil si at pasienten ikke tørr å spørre sykepleieren om seksualitet, og sykepleieren tørr ikke spørre pasienten (Bay-Hansen, 2014).

Det har blitt utarbeidet ulike pedagogiske modeller som helsepersonell kan forholde seg til i pasientsamtaler om seksualitet. Ved å bruke pedagogiske modeller kan det være enklere å kommunisere med pasienten om seksualitet (Kunnskapssenteret, 2012). Jack Annon utarbeidet i 1976 PLISSIT-modellen. PLISSIT- modellen er delt inn i ulike nivå hvor hvert nivå tar utgangspunkt i ulike måter å gi informasjon og veiledning på. P-nivået (tillatelse) er et nivå der pasienten får tillatelse og mulighet til å gjennomgå seksuelle spørsmål. Det kreves ingen utdanning for å kunne gjennomføre dette trinnet (Gamnes, 2014). LI-nivået (begrenset informasjon) gir rom for å gi pasienten enkel og saklig informasjon om seksualitet. Relatert til kreftsykdom kan dette nivået gi pasienten spesifikk informasjon om hvordan den enkelte diagnosen og behandlingen kan få konsekvenser for pasientens seksualitet (Dahl, 2016). Denne informasjonen kan enten gis skriftlig eller muntlig fra helsepersonell. SS-nivået (spesifikke forslag) retter seg mot pasienter som har behov for å få svar på spørsmål omkring sin situasjon, samt få forslag til løsninger. Dette nivået krever at helsepersonell har kunnskap om rådgivning og kjennskap til spesifikke forslag og løsninger (Gamnes, 2014). IT-nivået (intensiv terapi) er et nivå for et fåtall av pasientene og krever mer spesialisert kunnskap innen sexologi enn det helsepersonell vanligvis har tilegnet seg (Dahl, 2016).

Sexologen Jesper Bay-Hansen trekker inn PLISSIT-modellen som et godt verktøy i oppstart av samtale om seksualitet med pasientene. Ved å anvende denne modellen vil en i tillegg sette i gang en refleksjon over sine egne holdninger til samtalen (Bay-Hansen, 2014). Ved å kontinuerlig reflektere over sin egen seksualitet vil en ha et bedre utgangspunkt for å hjelpe andre (Borg, 2010). Når sykepleieren er i samtale med pasienter om seksualitet er det viktig å ha respekt for sin egen profesjonalitet. Dette innebærer å ha kunnskap om hva som kan gjøres og ikke gjøres (Gamnes, 2014). Noen seksuelle problemer krever spesifikke løsningsforslag og behandlingsmetoder. Hvis sykepleieren i løpet av samtalen opplever mangel på kunnskap og ferdigheter er det viktig å henvise pasienten videre til fagpersonell med bedre kompetanse på området (Bay-Hansen, 2014). Dette underbygges med de yrkesetiske retningslinjene som sier at ”sykepleieren erkjenner grensene for egen kompetanse, praktiserer innenfor disse og søker veiledning i vanskelige situasjoner” (Norsk sykepleierforbund, 2011, s.7)

2.7 Sykepleieteori: Joyce Travelbee.

Jeg anser Joyce Travelbee sin relasjonsteori som relevant for oppgaven da en god relasjon mellom pasient og sykepleier er vesentlig for å kunne kommunisere om følsomme og intime samtaletemaer som seksualitet (Kristoffersen & Nortvedt, 2014). Travelbee (2010) er opptatt av å se pasienten som et unikt individ. Hun bygger videre på dette ved å stille seg kritisk til rolleoppfatninger. Hun hevder at ”Sykepleierskerollen kan være en hindring for menneske-til-menneske samhørigheten på samme måte som pasientrollen er en hindring” (Travelbee, 2010, s.71). Dette kan føre at sykepleieren mister evnen til å se mennesket i pasienten, og dermed kan sykepleien bli overflatisk og upersonlig. Rolleoppfatningene som pasienten har av sykepleieren kan også føre til en dårlig relasjon. Sykepleieren sin spesialiserende utdanning kan føre til at hun ikke blir oppfattet som et enestående menneske, men som en stereotype (Travelbee, 2010). Hun hevder at sykepleieren må bli kvitt stereotype-stempelet som pasientene fort kan ha tilegnet dem. Først da kan relasjonen bli god og gi gode hjelpende handlinger (Travelbee, 2010).

Travelbee beskriver kommunikasjon som et viktig verktøy for sykepleieren for å skape en relasjon til pasienten; ”Kommunikasjon er en prosess, som kan sette sykepleieren i stand til å etablere et menneske-til-menneske-forhold og dermed nå hensikten med sykepleien, nemlig å hjelpe individer og familie med å forebygge og håndtere erfaringer med sykdom og lidelse (...)” (Travelbee, 2010, s. 123). For å utarbeide et godt menneske-til-menneske-forhold har Travelbee utarbeidet en fem-stadiers modell for utvikling av pasient-sykepleierrelasjon. Det første stadiet tar for seg det innledede møte med pasienten. I denne fasen kan både pasienten og sykepleieren oppfatte hverandre som stereotyperoller. Sykepleieren sin oppgave vil være å bryte disse rollene (Travelbee, 2010). Det andre stadiet fokuserer på fremvekst av identiteter. Sykepleieren må bli bevisst på hvordan hun oppfatter det andre individet og ikke danne et overfladisk forhold. Dersom det har utarbeidet seg et tett forhold mellom vil neste tredje stadiet være sykepleierens evne til empati (Travelbee, 2010). ”Empati er karakterisert ved evnen til å forutsette en annen adferd” (Travelbee, 2010, s.178). Empati kan bli påvirket av sykepleierens dømmende adferd. Det er viktig at sykepleieren er klar over at det er naturlig å dømme alle mennesker. Først når sykepleieren er klar over sin dømmende-adferd ovenfor pasienten kan hun gjøre noe med disse tankene (Travelbee, 2010). Fjerde stadiet omhandler sympati og sykepleierens ønske om å hjelpe pasienten. Pasienten vil begynne å stole på sykepleieren. Disse fire fasene vil i følge Travelbee utvikle seg til fase fem; gjensidig

forståelse og kontakt. Her er rolleoppfatningene tilintetgjort. Selv i denne fasen kan kommunikasjonsproblemer forekomme, men forekomsten er minimal da problemene fort blir kjent igjen (Travelbee, 2010).

2.8 Oppsummering.

Kvinner som har overlevd livmorhalskreft får flere senkomplikasjoner etter strålebehandling. Skadene på underlivet påvirker kvinnens seksualitet, både fysisk og psykisk. Etter fullført kurativbehandling får kvinne oppfølgingstimer på sykehuset. Å kommunisere om seksualitet med pasienter kan være vanskelig. Et menneske-til-menneske-forhold og PLISSIT-modellen er relevant for å sette i gang en samtale med pasienten om seksualitet.

3.0 METODE

Metode er et verktøy som benyttes for å samle inn informasjon og kunnskap som er relevant for å kunne drøfte problemstillingen. (Thidemann, 2015). Sosiologen Vilhelm Aubert definerer metode som: ”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, 2014, s.111). For å besvare problemstillingen i denne oppgaven skal jeg bruke litteraturstudie som metode. Forskningsartiklene jeg har valgt å bruke i litteraturstudien er både kvalitative og kvantitative. Derfor ønsker jeg å starte dette kapittelet med en kort beskrivelse av litteraturstudie, samt forklare kvalitativ og kvantitativ metode

3.1 Presentasjon av metode.

En litteraturstudie tar utgangspunkt i kunnskap fra skiftelige kilder som er skrevet ned fra tidligere studier (Thidemann, 2015). En litteraturstudie skaper ingen ny kunnskap, men åpner opp for nye oppfatninger ved å sammenligne kunnskap fra flere undersøkelser eller artikler. En litteraturstudie er nyttig ved at en skaffer seg en oversikt over litteraturen som finnes ved å systematisere kunnskapen (Støren, 2010). Fremgangsmåten i en slik systematisk tilnærming vil være å først samle inn litteratur, for å så gå kritisk igjennom den og tilslutt sammenfatte alt. Hensikten ved å bruke denne metoden er at leseren får en oppdatert og god forståelse av kunnskapen relatert til problemstillingen i oppgaven (Thidemann, 2015).

Valg av metode krever refleksjon omkring hva en ønsker å innhente data om. En kvalitativ metode fanger opp meninger og opplevelser som ikke kan tallfestes (Dalland, 2014). Kvalitative datainnsamlingsmetoder er passende når en vil kunnskap om menneskelige egenskaper, som følelser, erfaringer og tanker. Dette innebærer å innhente dybdekunnskaper fra et mindre antall undersøkelsesenheter. Kvantitativ metode gir data i form av målbare resultater. I motsetning til kvalitativ metode vil en kvantitativ metode innhente breddekunnskaper. Det vil si å innhente et lite antall opplysninger fra mange undersøkelsesenheter (Thidemann, 2015). Hvilken metode en velger avgjør hvordan datainnsamlingen foregår. En kvantitativ metode krever en effektiv og systematisk innsamling av data. Spørreskjema med svaralternativer kan være relevant for å innhente svar fra en større gruppe. En kvalitativ metode er mer fleksibel og har ikke faste rammer på svaralternativer.

Intervju fra en mindre gruppe mennesker gir rom for å innhente kvalitative data (Dalland, 2014). Jeg ønsket kun kvalitative forskningsartikler, men opplevde at jeg ikke fikk like gode søkeresultater dersom jeg begrenset søket til kun en metode. Derfor endte jeg opp med å søke etter både kvalitative og kvantitative forskningsartikler. Å utelukke en forskningsartikkel fordi den ikke er kvalitativ eller kvantitativ trenger ikke nødvendigvis å svekke litteraturstudien. Ved å bruke både kvalitative og kvantitative studier får jeg muligheten til å studere funn både i bredden og i dybden (Thidemann, 2015).

3.2 Søk av forskningsartikler.

Forskningsartiklene har jeg funnet ved å søke i databaser. Når jeg skulle søke i databaser måtte jeg først finne ut hvilke databaser jeg skulle bruke. Jeg valgte å bruke databasene Cinahl og Medline. Cinahl er en sykepleiespesifikk database som er har et godt utvalg av kvalitative studier og pasienterfaringer (Støren, 2010). Medline via helsebiblioteket og OVID, er en database som stort sett har forskningsartikler som dekker medisin, sykepleie og andre helsefag (Thidemann 2015; Høgskolen i Oslo og Akershus, 2017.21.02). Videre måtte jeg finne ut hvilke søkeord jeg skulle bruke ut fra hva jeg ønsket å få svar på i problemstillingen. Relevante ord ble derfor: livmorhalskreft, seksualitet, strålebehandling, livskvalitet, seksuell helsehjelp, kreftsykepleie. Det er en fordel at å bruke søkeord som databasene har i sitt emneordsystem. Derfor brukte jeg som regel systemet Medical Subject Headings (MeSH) for å oversette ordene fra norsk til engelsk, samt for å finne flere gode emneord (Støren, 2010). Emneordene koblet jeg sammen med "OR". Jeg brukte "AND" for å sammenkoble ulike kombinasjoner av ordene . Jeg gjennomførte flere ulike søk med ulike kombinasjoner av ord for å finne de ulike forskningsartiklene. Søkehistorikken er presentert i tabell 1 og 2.

Tabell 1: Søkehistorikk i Chinal.

Søkeord:	Søkeresultater:	Valgte artikler:
Cervical cancer AND sexuality and quality of life Limit to: Published Date: 20070101-20171231; Sex: Female; Geographic Subset: Europe; Language: English	Resulterte i fire forskningsartikler. Valgte nummer 3	Artikkel 1: "Quality of life and sexual functioning after cervical cancer treatment: a long-term follow-up-study".

<p>Cervix neoplasms AND sexuality AND radiotherapy OR brachytherapy Limit to: Published Date: 20070101-20171231; Sex: Female; Geographic Subset: Europe; Language: English</p>	<p>Resulterte i to forskningsartikler. Valgte nummer 1</p>	<p>Artikkel 2: "The sexuality of Quebec women with cervical cancer: Looking for love despite radiotherapy's trauma to their sexual body".</p>
---	--	---

Tabell 2: Søkehistorikk i Medline

Søkeord:	Søkeresultater:	Valgte artikler:
<p>Uterine cervical neoplasms OR genital neoplasms, female AND survivors AND sexual dysfunctions, psychological OR sexual dysfunction, physiological Limit to: (yr="2007 - 2017" and english and female and last 10 years)</p>	<p>Resulterte i 40 forskningsartikler. Valgte nummer 20</p>	<p>Artikkel 3: "Living in a changed female body after gynecological cancer"</p>
<p>Uterine cervical neoplasms AND survivors AND sexual behavior AND female Limit to: (yr="2007 - 2017" and english and last 10 years)</p>	<p>Resulterte i 18 forskningsartikler. Valgte nummer 2</p>	<p>Artikkel 4: Cervical cancer survivors and partners experiences with sexual dysfunction and psychosexual support.</p>
<p>Uterine cervical neoplasms OR genital neoplasms, female AND survivors AND sexual behavior AND female AND health services</p>	<p>Resulterte i 3 forskningsartikler. Valgte nummer 1</p>	<p>Artikkel 5: "Sexual issues among cervical cancer survivors: how can we help women seek help?"</p>
<p>needs and demand</p>	<p>Resulterte i 3 forskningsartikler. Valgte nummer 2.</p>	<p>Artikkel 6: "Psychosexual support for gynecological cancer survivors:</p>

		professionals' current practices and need for assistance".
Attitudes AND oncology AND sexuality Limit to: (yr="2007 - 2017" and english and female and last 10 years)	Resulterte i 14 forskningsartikler. Valgte nummer 1	Artikkel 7: "Changes in attitudes, practices and barriers among oncology helath care (...)"
	Resulterte i 14 forskningsartikler. Valgte nummer 11	Artikkel 8: "Identification of barriers to sexual health assessment in oncology nursing practice"

3.3 Kildekritikk.

I dette kapittelet velger jeg å fokusere på kildekritikk rettet mot forskningsartiklene. De andre kildene er begrunnet og vurdert i kapittel 3.4. Kildekritikk innebærer å vurdere og karakterisere de kildene som benyttes i oppgaven. Det innebærer også å belyse hvilke kriterier en har benyttet under utvelgelsen av kildematerialet (Dalland, 2014). Å foreta kritiske vurderinger betyr ikke å finne feil ved noe, men viser at en har reflektert over relevansen for kildematerialet relatert til problemstillingen (Thidemann, 2015).

3.3.1 Inklusjon- og eksklusjonskriterier.

I forkant av søket valgte jeg ut ulike inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier.

Ved å definere slike kriterier blir søket tydeliggjort ved at en avgrenser mengden litteratur.

Ved å avgrense litteraturen stiller en seg kritisk til hva forskningsartiklene bør inneholde (Thidemann, 2013). Inklusjons- og eksklusjonskriteriene er valgt ut fra: land, publikasjons-år, språk, kilde, artikkeltype og oppsett, se tabell 3.

Eksklusjonskriteriene utelukker artikler som jeg ikke anser som relevant. Det kan være aktuelt å utelukke studier fra geografiske områder som ikke kan relateres til norske forhold (Thidemann, 2015). Derfor er et av eksklusjonskriteriene at jeg ikke ønsker studier utført utenfor Europa eller USA. For å sikre meg at kunnskapen jeg har funnet frem til ikke er utdatert har jeg valgt å ekskludere artikler som er publisert før 2007 (Dalland, 2014). Jeg har

valgt å ekskludere artikler som ikke er skrevet på engelsk eller skandinavisk fordi jeg kun vil ha artikler med språk som jeg forstår. Jeg har valgt inklusjonskriterier som inkluderer artikler som er primærkilder, vitenskapelige og som følger IMRaD-prinsippet. Ved å inkludere disse kriteriene vil jeg få artikler som kan brukes til en litteraturstudie (Støren, 2010).

Tabell 3: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

	Inklusjonskriterier:	Eksklusjonskriterier:
Land:	Studie utført i Europa eller USA	Studie utført utenfor Europa eller USA
Publikasjons-år:	Mellom 2007 og 2017	Publisert før 2007
Språk:	Engelsk eller skandinavisk	Ikke engelsk eller skandinavisk
Kilde:	Primærkilde	Sekundærkilde
Artikkeltype:	Vitenskapelige	Ikke vitenskapelig
Oppsett:	Følger IMRaD	Utenom IMRaD

3.3.2 Kritisk vurdering av forskningsartiklene.

Problemstillingen tar utgangspunkt i både pasient og helsepersonell. Å søke på artikler som fikk frem begge synspunktene i samme forskning var vanskelig. Dermed valgte jeg å gjennomføre separate søk som enten tok for seg pasient eller helsepersonell (se tabell 1 og 2). Slik jeg oppfattet det var det enklere å finne forskningsartikler som omhandlet pasienter sine erfaringer med seksualitet og livmorhalskreft. Det var vanskeligere å finne sykepleiere sine erfaringer med seksualitet spesielt rett mot livmorhalskreft. Dermed valgte jeg også ut forskningsartikler som omhandlet kreft og gynekologisk kreft generelt, se vedlegg 1. Jeg anser allikevel disse forskningsartiklene som relevante da funnene kan underbygges med annen litteratur, samt funn fra de andre forskningsartiklene. Det kan også rettes et kritisk syn på artiklene som omhandler flere yrkesgrupper enn kun sykepleiere. Jeg har valgt å se på det som en interessant vinkling for å få frem ulike holdninger hos de forskjellige helsepersonellgruppene. To av artiklene viser til både kirurgisk behandling og strålebehandling. Jeg valgte å ta de med da funnene kan tolkes uten å ha en sammenheng. I tillegg påpeker flere av disse artiklene at strålebehandling gir et mindre aktivt seksualliv, noe som styrker valget av avgrensningen i oppgaven, se vedlegg 1. Den ene artikkelen tar for seg gynekologisk kreft generelt. Det kan reises innvendinger mot denne artikkelen fordi kvinnene

kan ha ulike behov for oppfølging avhengig av hva slags gynekologisk kreft og behandling de har gått igjennom. Allikevel tok jeg den med da den var fra Norge og kan få frem hvordan de norske kvinnene oppfatter gynekologisk kreft og det norske helsevesenet. Vedlegg 1 viser et skjema med en oversikt over de ulike forskningsartiklene. Funn fra artiklene vil bli presentert i kapittel 4.0.

3.4 Tillegglitteratur.

For å kunne bygge opp om funnene fra forskningsartiklene har jeg funnet tillegglitteratur som er relevant for problemstillingen. I likhet med forskningsartiklene ønsket jeg ikke bøker publisert før 2007, samt bøker som ikke var skrevet på skandinavisk eller engelsk. Jeg har brukt tidligere pensumlister for å finne frem til lærebøker og fagbøker. Jeg anser pensumbøker som pålitelige da jeg er godt kjent med bøkene fra før, og at forfatterne er kjent innfor sykepleiefaget. Resterende bøker har jeg funnet frem til fordi de omhandler seksualitet og gynekologisk kreft. Boken ”Kreftsykdom: psykologiske og sosiale perspektiver” av Dahl ble utgitt i 2016. Den ga meg mye god informasjon om de psykologiske aspektene knyttet kreft og seksualitet. Jeg har også brukt oversiktsstudien ”Pelvic radiotherapy and sexual function in women” (Jensen & Froeding, 2015). Denne fant jeg ved å utføre et søk i Cochrane Library. Jeg ser denne som relevant da den trekker frem resultater fra flere studier, samt at den fokuserer på strålebehandling. For å tilegne meg kunnskap om skriveprosessen og litteraturstudie har jeg anvendt bøker av Thidemann (2015), Dalland (2014) og Støren (2010).

Offentlige dokumenter, leksika, statistikk og tidsskrift fra ulike nettressurser har blitt anvendt for å underbygge kunnskap fra bøkene. Det kan være utfordrerne å bruke nettressurser da en må sile ut hva som er seriøst og kvalitetssikret (Dalland, 2014). Jeg har referert til ulike nettsider i teoridelen hvor jeg har innhentet informasjon. Jeg anser disse nettsidene som relevante og pålitelige da det er kjente nettsider tilsluttet større foreninger eller direktorater. Helsenorger (2017.19.02) skriver på sine nettsider at informasjonen er levert og kvalitetssikra av offentlige helseaktører og flere sykehus i Norge (Helsenorge, 2017.19.02). Kreftforeningen anser jeg som pålitelig da den en av de største bruker- og interesseorganisasjonene i Norge. Gynkreftforeningen anser jeg også som pålitelig da den er tilsluttet Kreftforeningen (Kreftforeningen, udatert). Et av eksklusjonskriteriene for forskningsartiklene var at jeg ikke ønsket sekundærkilder. Dette kriteriet prøvde jeg også å gjennomføre på kildene anvendt i

teoridelen. Blant annet valgte jeg å bruke primærkilden til Travelbee i stedet for å vise til sekundærkilder.

4.0 RESULTATER

I dette kapittelet presenteres funnene fra forskningsartiklene. Ved å analysere og tolke resultater og funn fra artiklene har jeg kommet frem til ulike temaområder som jeg anser som relevante for problemstillingen (Thidemann, 2015). Temaområdene jeg har valgt å ta utgangspunkt i er: seksuelle dysfunksjoner, psykiske reaksjoner, informasjonstilbud og holdninger hos helsepersonell.

4.1 Seksuelle dysfunksjoner.

Jeg anser seksuelle dysfunksjoner som et relevant tema for problemstillingen da de seksuelle dysfunksjoner som følge av behandlingen ofte er årsaken til at kvinner opplever psykiske og fysiske problemer med seksualiteten (Bilodeau & Bouchard, 2011; Sekse, Gjengedal & Råheim, 2013.) Kvinner som har gjennomført strålebehandling har større fysiske problemer med underlivet etter behandling enn de kvinnene som kun har gjennomført kirurgi. I tillegg er de mindre seksuelt aktive etter strålebehandling sammenlignet med andre behandlingsgrupper. Allikevel har de like gode muligheter for å nyte seksualitet på lik måte som pasienter som har gjennomgått kirurgi (Greimel et al., 2009). De fysiske forandringene i underlivet etter behandlingen førte til et negativt endret syn på kroppen. Flere forteller om mangel på lyst som et resultat av de seksuelle dysfunksjonene. Redsel for å gjennomføre samleie er relatert til de fysiske forandringene og at de ikke lenger har tiltro til sin egen kropp (Bilodeau & Bouchard, 2011; Sekse et al., 2013).

4.2 Psykiske reaksjoner.

Jeg anser dette temaet som relevant til problemstillingen da psykiske problemer kan være en av årsakene til at kvinnene ikke er seksuelt aktive, samt en årsak til at de ikke tørr å snakke om seksualitet med helsepersonell (Greimel et al., 2009). Kvinner som nylig har blitt friskmeldt opplever større grad av angst og usikkerhet i etterkant av behandling. Kvinner som har vært friskmeldt over lengre tid er i bedre stand til å vurdere sitt seksualliv. Flere forteller at kreftbehandlingen har endret deres oppfattelse av å snakke om seksualitet mot det negative og opplever det som flaut (Bilodeau & Bouchard, 2011). Kvinnene rapporterer at de kroppslige endringene har ført til usikkerhet og negativt kroppsbilde. En følelse av å være mindre vakker og ønskelig ble ofte relatert til et mindre aktivt seksualliv (Bilodeau og Bouchard, 2011;

Vermeer, Bakker, Kenter, Stiggelbout & ter Kuile, 2016). Resultater viser at kvinnene opplever at de har fått et nytt syn på seksualitet i etterkant av behandling. Sex, som tidligere hadde vært en arena for nytelse og glede, var blitt til et problem. Negativt selvbilde som følge av redusert seksualliv førte til at kvinnene opplevde sin identitet og deres relasjon til partneren som svekket (Sekse et al., 2013). Flere av kvinnene rapporterte et tettere forhold, og en mer åpen kommunikasjon med sine partnere. Samt at de sammen med sin partner klarte å fikse sine seksuelle problemer på egenhånd (Bilodeau & Bouchard, 2011; Sekse et al., 2013). Resultater viser til at krefttypen i seg selv kan føre til psykiske problemer. Det faktum at livmorhalskreft ofte forårsakes av seksueloverførbart smitte gir følelsesmessige reaksjoner både hos kvinnen og hennes eventuelle partner. Refleksjoner rundt hvordan kvinnene har fått livmorhalskreft kan forårsaker problemer med partneren. Kvinnene bebreider seg selv for å ha fått kreften og relaterer det til antall seksualpartnere (Bilodeau & Bouchard, 2011). Kvinnene føler de burde løse sine seksuelle bekymringer på egen hånd (Vermeer et al., 2016). Deltakerne opplever forlegenhet relatert til seksualitet og vurderer det som tabu å snakke om seksuelle dysfunksjoner (Vermeer et al., 2016; Vermeer, Bakker, Kenter, de Kroon, Stiggelbout & Kuile, 2015a).

4.3 Informasjonstilbud.

Kvinner som har gjennomgått behandling for livmorhalskreft opplever et behov for informasjon eller profesjonell hjelp for sine seksuelle problemer. Det er ingen forskjeller om kvinnen hadde partner eller ikke. Et flertall av kvinnene ser det som ønskelig at partneren er involvert i samtaler relatert til seksualitet. Resultatene viste at kvinnene helst ønsket å få informasjon via en nettside eller muntlig fra helsepersonellet (Vermeer et al., 2015a). Flere kvinner ønsker ikke oppsøke helsepersonell for å få informasjon om sine seksuelle problemer. Resultater viser til at kvinner har en oppfattelse av at helsepersonell ikke anser seksualitet som et viktig tema og tørr derfor ikke ta det opp med helsepersonell (Sekse et al., 2013). Flere kvinner forteller at de ikke var forberedt på alle de kroppslige forandringene, og opplever mangel på informasjon og veiledning i oppfølgingstimen. Funn viser at kvinnene opplever at de vanlige polikliniske kontrollene er altfor kort, hektisk og medisinsk orientert (Sekse et al., 2013; Vermeer et al., 2016).

4.4 Holdninger hos helsepersonell.

Funn fra studier gjennomført på helsepersonell viser til at nesten alle som jobber innenfor gynekologiske kreftavdelinger regner kommunikasjon om seksualitet som en del av deres ansvar som helsepersonell. Allikevel snakker et lite antall av de ansatte om det med pasientene. Resultater viser at årsaken ofte skyldes mangel på tid og opplæring i kommunikasjon relatert til intime temaer som seksualitet. Videre viser funn i studiene til at årsaken skyldes at det er et vanskelig tema å ta opp med pasientene (Jonsdottir, Zoëga, Saevarsdottir, Sverrisdottir, Thorsdottir, Einarsson, Gunnarsdottir & Fridriksdottir, 2016; Vermeer, Bakker, Stiggelbout, Creutzberg, Kenter & terKuile, 2015b). Et flertall av helsepersonell som informerer pasienter om seksualitet gir informasjonen muntlig. De resterende informerer pasientene om mulige nettsider og brosjyrer hvor de kan få informasjon om seksualitet. Flere opplever at pasientene er for forlegne om å snakke om seksualitet, og var redd for å belaste pasientene ved å ta det opp som samtaletema (Vermeer et al., 2015b). Det ble funnet en betydelig forskjell basert på sykepleierens alder og erfaring. Yngre og uerfarne sykepleiere opplever det som mer ubehagelig å snakke om seksualitet med pasientene i motsetning til sykepleiere som hadde jobbet med det samme i flere år (Julien, Thom & Kline, 2010). Innenfor et tverrfaglig miljø, som det er på sykehus, kan det være vanskelig for helsepersonell å vite hvem som skal ta ansvaret for å diskutere seksualitet med pasientene. Samtidig ønsker helsepersonell flere muligheter til å henvise pasientene videre til andre fagpersoner (Vermeer et al., 2015b ; Julien et al., 2010). Resultater viser til at helsepersonell ikke alltid opplever seksualitet som et problem å ta opp, da pasienten ofte tar initiativ til å ta det opp selv (Jonsdottir et al., 2016).

5.0 DRØFTING

I dette kapitlet skal jeg forsøke å besvare problemstillingen: ”Seksualitet etter gjennomgått livmorhalskreftbehandling: fremdeles et tabubelagt tema for pasient og helsepersonell?”.

Hensikten med dette drøftingskapitlet er å diskutere hvordan resultatene fra forskningsartiklene svarer på problemstillingen. Jeg skal reflektere kritisk ved å sette funnene fra de ulike forskningsartiklene opp i mot hverandre, samt trekke inn kunnskap fra den teoretiske referanserammen (Thidemann, 2015). Innledningsvis i dette kapittel diskuteres problemstillingen ut fra synspunktet til pasient og helsepersonell. Videre fokuserer jeg på samtalen om seksualitet. Jeg drøfter hvem som har ansvaret for samtalen, samt hvordan samtalen kan legges opp. Avslutningsvis tar jeg problemstillingen et steg videre ved å se på den i et større perspektiv.

5.1 Seksuelle dysfunksjoner.

Seneffekter av livmorhalskreftbehandlingen kan påvirke seksuallivet til pasientene på ulike måter. Allikevel er det pasienter som har gjennomgått strålebehandling som er minst seksuelt aktive (Greimel et al., 2009). Innledningsvis i teoridelen ble strålebehandlingen beskrevet som en langvarig behandling som førte med seg flere skader på underlivet (Gynkreftforeningen, 2017, 16.01; Kristensen, 2010). Forskning viser at de fysiske skadene på underlivet fører til at kvinnene er redd for å oppleve intense r ved samleie problemer (Greimel et al., 2009; Vermeer et al., 2016). I tillegg er det viktig å fokusere på andre seneffekter av behandlingen som kan gi seksuelle problemer. Forskning bekrefter at kvinner som har utført strålebehandling mot bekkenet også har andre problemer som for eksempel hyppig vannlatning, urinlekkasje og diaré. Slike problemer kan oppleves som tabubelagt i seg selv. Kvinnen kan oppleve seg selv som ekkel og ikke tiltrekkende for partneren (Vermeer et al., 2016). Kvinnene reagerer ofte med å unngå partneren, slik at de slipper å snakke om sine seksuelle problemer. Dette fører til at deres seksuelle forhold nærmest blir ikkeeksisterende. Kvinner som tidligere har vært åpne om å snakke om seksualitet opplever det som flaut å snakke om seksualitet etter behandling (Bilodeau & Bouchard, 2011; Sekse et al., 2013). I teoridelen beskriver jeg hvordan åpenheten omkring seksualitet har forbedret seg med årene. Det viser seg at mennesker trenger tid for å tilegne seg ny kunnskap om seksualitet. Det krever oppmerksomhet rettet mot temaet for at det skal bli ”godkjent” av befolkningen

(Gamnes, 2014). Kanskje er dette en del av grunnen til at kvinnene ikke ønsker å snakke om sine seksuelle dysfunksjoner? Underlivet blir oppfattet som ”unormalt og ukjent” i etterkant av behandlingen. Kvinnene har ikke lenger tiltro til sin egen kropp. Dermed vil det også bli vanskelig å ha en seksuell relasjon med et annet menneske (Sekse et al., 2013). Innledningsvis definerte jeg begrepet ”tabu” med at det ofte blir brukt som beskyttelse mot å ta opp noe som er vanskelig, smertefullt eller skambelagt (Malt, 2017). Kvinnene som har fått et endret underliv som følge av kreftbehandlingen kan velge å ikke snakke om sine seksuelle dysfunksjoner nettopp fordi de opplever det som et vanskelig tema. Samtidig finnes det også forskning som viser at kvinner som har gjennomgått livmorhalskreftbehandling ikke opplever sine seksuelle dysfunksjoner som tabubelagt. Flere av kvinnene rapporterer at de har fått et bedre forhold til partneren. Kvinnene opplever at kreftbehandlingen i seg selv har bedret deres evne til å snakke om vanskelige temaer, inkludert seksuelle dysfunksjoner. (Bilodeau & Bouchard, 2011; Vermeer et al., 2016).

Er det slik at mange opplever at livmorhalskreft er et tabubelagt tema i seg selv? Kunnskap om årsak og risikofaktorer ved livmorhalskreft kan gi grunnlag for bebreidelse både av seg selv og andre (Kristensen, 2010). Dette kan utdypes videre ved å vise til forskning som påpeker at parforhold ofte blir ekstra belastet ved livmorhalskreft. Kvinner bebreider mennene for at de har fått livmorhalskreft. Kvinnene tviler på tillitten til mannen og forestiller seg at årsaken til at de har blitt smittet av HPV-viruset skyldes at mannen har vært utro med en annen kvinne (Bilodeau & Bouchard, 2011). Et annet relevant punkt vil være å se på åpenheten om livmorhalskreft i den sosiale nettverket omkring kvinnen. Funn viser at menn ikke ønsker at kvinnen skal nevne krefttypen i sosiale sammenkomster da familie og venner kan bebreide mannen for HPV-smitten (Bilodeau & Bouchard, 2011). Igjen ser en at definisjonen av ”tabu” kan relateres til livmorhalskreft. Med frykt for at HPV-viruset blir assosiert med skam kan det kanskje oppfattes som enklere for kvinnene å unngå å snakke om det. Denne antydningen kan bekreftes med forskning som viser til at noen kvinner bebreider seg selv for å ha fått livmorhalskreft (Bilodeau & Bouchard, 2011). Det er i slike tilfeller det er viktig at helsepersonell bruker kunnskapen en har om livmorhalskreft og informerer om at et stort antall seksualpartnere kun er en risikofaktor og ikke en avgjørende årsak til at kvinnen har fått livmorhalskreft (Helsenorge, 2017.10.01).

For å avrunde dette kapitlet ønsker jeg å se kvinnes seksuelle dysfunksjoner i sammenheng med seksuell helse. Verdens helseorganisasjon (WHO, 2006a) skriver at

seksuell helse skal fremme personlig utvikling, kommunikasjon og kjærlighet. Det kommer frem at seneffekter etter strålebehandling for livmorhalskreft forekommer hos de fleste av pasientene. I hvilken grad pasienten opplever disse seneffektene som et problem for deres seksuelliv er derimot forskjellig (Bilbeau & Bouchard, 2011; Greimel et al., 2009). Allikevel er det viktig å stille seg spørsmålet: har kvinner som har gjennomgått livmorhalskreftbehandling en god seksuell helse? Dersom en ser på kvinnenens personlige utvikling i etterkant av behandlingen vil det forekomme ulike funn. På den ene siden rapporterer flere av kvinnene at de har fått et positivt syn på livet. De aksepterer at de har fått seksuelle dysfunksjoner og finner ulike måter å takle problemene på. Kvinnene prioriterer annerledes og legger vekt på ”de viktigere tingene” i livet. Med en slik personlig utvikling kan det tolkes at disse kvinnene også har et bedre grunnlag for å fremme kommunikasjon og kjærlighet som en del av deres seksuelle helse (Bilbeau & Bouchard, 2011; Sekse et al., 2013). På den andre siden viser flere studier at kvinnene får en negativ personlig utvikling relatert til seksualitet. Resultater viser at kvinnene får et negativt kroppsbilde som følge av de fysiske endringene i underlivet. Disse kvinnene opplever at seksuelle dysfunksjonene påvirker deres forhold til partneren på negativ måte da de ikke kan uttrykke sin kjærlighet på samme kroppslige og intime måte som før (Vermeer et al., 2016; Sekse et al., 2013). Kanskje vil det være en ekstra barriere å snakke om seksualitet med helsepersonell når det foreligger et tabu omkring seksualitet i kvinnens sosiale omkrets.

5.2 Holdninger hos helsepersonell.

I en studie gjort på sykepleiere og leger på kreftavdeling kommer det frem at 90% av deltakerne anser kommunikasjon om seksualitet med kreftpasientene som deres ansvar. Allikevel viser samme studie til at et mindretall faktisk snakker med pasientene om seksualitet. Det kan reises innvendinger til disse funnene da forskningsartikkelen tar utgangspunkt i alle krefttyper (Jonsdottir et al., 2016). Kanskje faller det mer naturlig for helsepersonell å snakke om seksualitet dersom en jobber med gynekologiske pasienter? Forskning utført på gynekologisk avdeling viser til at helsepersonell ønsker å berolige pasientene ved å fortelle at seksuelle bekymringer er normalt. De fleste rapporterer at de har diskutert seksualitet minst én gang med hver pasient. Samtidig rapporterer flere av deltakerne at de ikke ønsker å ta opp seksualitet som et tema fordi de er redd for hvordan pasienten reagerer (Vermeer et al., 2015b). Reitan (2010) skriver at mye av informasjonen som blir formidlet til kreftpasienter kan utløse emosjonelle reaksjoner. Men er det negativt at

pasientene for utløp for sine følelser? Kanskje må helsepersonellet ta imot slike emosjonelle reaksjoner og heller se på det som et rop om hjelp? Uavhengig hvilken avdeling helsepersonell jobber på viser funn at det ikke nødvendigvis er holdningene til helsepersonellet som er problemet, men derimot mangel på tid og kunnskap (Jonsdottir et al., 2016; Vermeer et al., 2015b).

5.2.1 Mangel på kunnskap.

Eide og Eide (2013) trekker frem profesjonell kommunikasjon som en av de viktigste oppgavene for sykepleieren. Travelbee (2010) bekrefter dette ved å vise til at kommunikasjon er avgjørende for å skape et menneske-til-menneske-forhold. Ved å kommunisere på en god måte vil sykepleieren ha et godt grunnlag for å følge de yrkesetiske retningslinjene som sier at sykepleiere skal kunne fremme helse, forebygge sykdom, gjenopprette helse og lindre lidelse (Norsk sykepleieforbund, 2011). Dersom vi antar at kvinnene som har overlevd livmorhalskreft har en dårlig seksuell helse er det nødvendig at helsepersonell bruker profesjonell kommunikasjonen for hjelpe pasienten til å forstå at også seksualitet er en del av kvinnens helse. Eide og Eide (2013) påpeker at det viktig at kommunikasjon er faglig begrunnet med kunnskap en har tilegnet seg som sykepleier. Sett i sammenheng med resultater fra flere av forskningsartikler vil dette by på vanskeligheter. Som nevnt tidligere forklarer flere at mangel på kunnskap er årsaken til at de unngår å snakke om seksualitet med pasienten (Jonsdottir et al., 2016; Vermeer et al., 2015b). Behovet for kunnskap kan drøftes i sammenheng med funn fra forskning som viser at sykepleierens alder og erfaring spiller en relevant rolle. Yngre og uerfarne sykepleiere opplever det som mer ukomfortabelt å snakke om seksualitet sammenlignet med mer erfarne sykepleiere (Julien et al., 2010). Kanskje fordi de eldre sykepleierne har hatt bedre tid til å tilegne seg kunnskap?

Vil mangel på kunnskap hos helsepersonell føre til at seksualitet blir tabubelagt? Vil det være lettere å unngå å snakke om seksualitet i stedet for å tilegne seg ny kunnskap? Jeg anser det som avgjørende å se på hva slags kunnskapsmangel det omhandler. Forskingen som viser til mangel på kunnskap utdyper ikke konkret hvilken mangel på kunnskap det omhandler i disse tilfellene. Slik jeg tolker funnene kan mangel på kunnskap deles inn i to kategorier:

1. Mangel på kunnskap om livmorhalskreft.
2. Mangel på kunnskap om veiledning og kommunikasjon om seksualitet.

Mangel på kunnskap kan føre til usikkerhet og dårligere holdninger rettet mot seksualitet som et viktig samtaletema. Dersom sykepleieren ikke har gode kunnskaper om seneffekter av strålebehandling kan det tenkes at sykepleieren opplever det som utfordrende å kommunisere med pasienten om problemene. Grunnleggende kunnskaper er avgjørende for å snakke om seksualitet (Bay-Hansen, 2014). Forskning viser at helsepersonell ønsker kursing om seksualrådgivning (Julien et al., 2013; Jonsdottir et al., 2016). Kanskje tyder dette på at helsepersonell ikke har kunnskap om ulike pedagogiske modeller som kan anvendes ved seksualrådgivning. Ser en tilbake på de yrkesetiske retningslinjene omhandler det ene punktet at ”Sykepleieren holder seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde, og bidrar til at ny kunnskap anvendes i praksis.”(Norsk sykepleieforbund, 2011, s.7). Dersom sykepleieren skal arbeide yrkesetisk kan det antydes at sykepleieren selv må ta initiativ til å tilegne seg kunnskap om livmorhalskreft og seksualrådgivning.

5.3 Hvem har ansvaret?

Så langt i oppgaven viser funn at pasienten opplever det som vanskelig å ta opp seksualitet som et problem da seksuelle dysfunksjoner ofte blir sett på som ”det unormale”. Samtidig har vi sett at helsepersonell ikke åpner opp for at pasientene kan ta opp seksualitet som et samtaletema. Ofte fordi de ikke har kunnskap om hvordan de skal gå frem for å møte pasientene. Allikevel er en ting er sikkert: seksuell helse er et grunnleggende behov som må prioriteres for å kunne ha en god livskvalitet. Ved å snakke om seksualitet vil tabuet forsvinne (Helse-og omsorgsdepartementet, 2016). Men hvem har egentlig ansvaret for å sette i gang samtalen om seksualitet?

5.3.1 Pasient eller helsepersonell

Det er pasienten sitt ansvar å ta opp seksualitet som et samtaletema. Grunnen til dette er fordi seksualitet blir oppfattet som et intimt og privat tema både av helsepersonell og av pasienter (Sekse et al., 2013; Jonsdottir et al., 2016). Flere sykepleiere mener at pasienter ikke burde forvente at sykepleieren skal spørre om pasientens seksuelle bekymringer. Sykepleierne sier at de gjerne snakker om seksualitet, men kun hvis pasienten selv tar det opp tar det opp (Julien et al., 2010). Disse funnene kan understøttes av annen forskning som viser til at

helsepersonell ofte ikke opplever det som et problem å ta ansvaret for å snakke om seksualitet da pasienten ofte tar initiativ til det selv (Jonsdittir et al., 2016). Et annet relevant punkt vil være å se det fra pasienten sitt synspunkt. Forskning viser at kvinnene ofte ikke tørr å ta initiativ til å snakke om seksualitet. Grunner til dette er blant annet fordi kvinnene opplever at helsepersonell ikke anser seksualitet som et viktig tema (Sekse et al., 2013). I situasjoner hvor kvinnene prøvde å snakke om sine seksuelle problemer opplevde mange at de ikke fikk gode svar på sine spørsmål. Dette resulterte i at kvinnene ikke stilte flere spørsmål relatert til seksualitet (Sekse, et al., 2013). Dette beviser at det er viktig å ta tak i bekymringene til pasientene for at fordommene rettet mot seksualitet ikke skal bli forsterket (Borg, 2010).

Dersom en sammenligner resultatene fra forskningsartiklene med helse- og omsorgsdepartementet sin strategi for seksuell helse er det ingen tvil om at informasjonsbehovet om seksualitet relatert til sykdom ikke er godt nok. I strategien kommer det frem at seksualitet er et grunnleggende behov som på lik linje med andre grunnleggende behov må prioriteres av helsepersonell (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Derfor er det helsepersonellens ansvar å sørge for at seksualitet blir tatt opp som et samtaletema etter gjennomgått livmorhalskreft. Et viktig argument som underbygger denne påstanden finner en ved å henvende seg til det norske lovverket. Som nevnt i teoridelen står det i Helsepersonelloven (1999, §10) at helsepersonell har informasjonsplikt. Dette innebærer å informere om risikoer og bivirkninger av behandlingen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Slik jeg tolker dette vil det derfor være juridisk riktig at det er helsepersonell som tar initiativ til å snakke om seksualitet med livmorhalskreftpasientene.

5.3.2 Et tverrfaglig miljø.

Dersom en anser det som helsepersonellet sitt ansvar å ta initiativet til å starte samtalen om seksualitet, kan også dette by på vanskeligheter. Forskning viser at det kan være vanskelig for helsepersonell å vite hvem som skal diskutere seksualitet med pasientene (Vermeer et al., 2015b). Livmorhalskreftpasienter møter et bredt spekter av ulike fagpersoner når de gjennomgår behandling. Som beskrevet i teoridelen blir strålebehandlingen gjennomført fem dager i uken, i totalt syv uker (Lorentsen & Grov, 2013; Helsenorge, 2017.10.01). Dermed kan en anta at radiologen og sykepleierne som arbeider med strålebehandlingen har flere muligheter til å snakke med pasienten om de seksuelle seneffektene av strålebehandlingen.

Uavhengig om denne påstanden er korrekt eller ikke kan dette by på utfordringer nettopp fordi andre sykepleiere og leger kan anse det som en selvfølge at radiologene snakker om seksualitet (Vermeer et al., 2015b) Videre viser forskning at leger ofte forventer at sykepleierne tar opp seksualitet med pasienten. Legene underbygger dette med at sykepleierne har bedre tid til slike samtaler (Vermeer et al., 2015b). Et annet relevant punkt vil være å trekke inn sykepleierens erfaring. For mangelen på kunnskap blant sykepleierne kan føre til at de ikke tørr å snakke om seksualitet med pasienten og henvender slike samtaler videre til legen (Julien et al., 2010). Slik jeg tolker det blir resultatet et kaos av ulike meninger og forventninger om hvem som skal ta på seg ansvaret.

Det tverrfaglige miljøet kan også betraktes fra en annen synsvinkel ved at det anvendes som en ressurs. Som nevnt tidligere i teoridelen er det viktig at sykepleieren kjenner sine begrensinger når en kommuniserer med pasientene om seksualitet. Samtalen kan utvikle seg til et nivå hvor det ikke er etisk riktig at sykepleieren tar på seg hele ansvaret og dermed heller henviser pasienten videre (Bay-Hansen, 2014). I følge de yrkesetiske retningslinjene er det etisk riktig at sykepleieren erkjenner grenser for egne kompetanse og søker veiledning i vanskelige situasjoner (Norsk sykepleieforbund, 2011). Forskning viser at flere ønsker å ha muligheten til å henviser pasientene videre til andre fagpersoner, men at det er mangel på henvisningsmuligheter til andre fagpersonell (Vermeer et al., 2015b). Selv om det i noen tilfeller kan være riktig å henviser pasientene til sexolog, vil det være viktig å ikke bruke dette som en utvei for å slippe å snakke om seksualitet med pasientene. Ofte trenger ikke pasientene avansert hjelp, men bare muligheten til å få aksept for at sine seksuelle bekymringer er normale etter gjennomgått behandling (Vermeer et al., 2016).

5.4 Samtalen.

Flere studier viser at kvinner som har gjennomgått livmorhalskreft ønsker mer og bedre informasjon om seksualitet (Vermeer et al., 2016; Vermeer et al., 2015a). Hvordan skal sykepleieren gå frem for å redusere tabuet og fremme seksualitet som en grunnleggende del av menneskets helse?

5.4.1 Forberedelser.

Flere sykepleiere rapporter at de opplever det som vanskelig å starte en samtale fordi de ikke vet hvordan de skal gå frem (Vermeer et al., 2015b; Jonsdottir et al., 2016). Kanskje kan det være lettere å starte en samtale om seksualitet dersom sykepleieren har forberedt seg på forhånd? Slik jeg har tolket teorien er det fire elementer som det er viktig å reflektere over før en gir informasjon om seksualitet til pasienten:

1. Hvordan er relasjonen til pasienten?
2. Hvordan skal informasjonen gis?
3. Hvem skal få informasjonen?
4. Hvordan oppfatter en sin egen seksualitet?

For det første så er det ikke noe nytt at seksualitet blir oppfattet som et privat og intimt tema. Seksualitet er ikke noe en ønsker å prate med hvem som helst om (Simonsen, udatert, 16.01). Denne oppfatningen endres ikke nødvendigvis ved sykdom. Pasienter kan oppleve at sykepleieren trækker over deres intimgrense dersom en god relasjonen ikke er tilstede (Kristoffersen & Nortvedt, 2014). Travelbee (2010) viser til fem ulike faser for å utarbeide en god relasjon med pasienten. Slik jeg tolker det er det viktig at å danne et godt menneske-til-menneske-forhold til livmorhalskreftpasientene. Ved å opparbeide en god relasjon kan det være enklere for både pasienten og sykepleieren å snakke om seksualitet. Dette ser en blant annet i fase tre som tar for seg empati, medfølelse (Travelbee, 2010). Ved å vise empati kan sykepleieren gi pasienten trygghet og tillitt som fører til at samtaler om følelser og seksualitet blir lettere å gjennomføre (Borg, 2010). Den siste fasen i relasjonsoppbyggingen er gjensidig kontakt og forståelse. Flere av kvinnene opplevde at de ikke ble møtt med forståelse av helsepersonellet (Sekse et al., 2013). Slik jeg ser det er det derfor ekstra viktig å oppnå fase fem; gjensidig kontakt og forståelse (Travelbee, 2010). Ved å redusere rolleoppfatningene som pasienten og sykepleieren har av hverandre vil det kanskje være lettere for både sykepleier og pasient å snakke om seksualitet. Travelbee (2010) viser til at kommunikasjonsproblemer kan forekomme også i fase fem, men at problemene vil bli i gjenkjent raskere. En kan ta denne teorien et steg videre ved at det også kan omhandle en gjensidig forståelse av seksuell helse som begrep. Kanskje vil resultatet bli at begge parter har en oppfatning om at seksualitet er et viktig samtale emne på lik linje som andre grunnleggende behov?

For det andre er det viktig å bestemme seg for hvordan informasjonen bør gis. Forskning viser at helsepersonell ofte henviser pasienten videre til å lese aktuelle brosjyrer og internettsider om seksualitet (Vermeer et al., 2015b). Skyldes dette mangel på tid til å kunne gjennomføre en samtale? Eller er årsaken at skriftlig informasjon ikke byr på ubehagelige og intime samtaler? Dette kan betraktes fra en annen synsvinkel ved å se det fra pasienten sitt synspunkt. Forskning viser at kvinnene ofte foretrekker å lese om seksualitet. Allikevel viser et flertall av resultatene til at verbal informasjon blir foretrukket fremfor andre informasjonskilder (Vermeer et al., 2015a). For mange er seksualitet noe en deler med en annen person. Videre vil det derfor være relevant å reflektere over hvem som skal motta informasjonen (Borg, 2010). Flere av forskningsartiklene som er anvendt i denne oppgaven har tatt med både kvinnen og partneren i undersøkelsen. Dette kan tolkes som et godt argument for at de seksuelle dysfunksjonene påvirker begge parter. Flertallet av kvinnene ønsket at partneren skal være med på samtaler relatert til seksualitet (Vermeer et al., 2015a). Funn viser at helsepersonell oppmuntrer pasienten til å involvere partneren i samtaler om seksualitet (Vermeer et al., 2015b). Sett i sammenheng med kvinnens frykt for å være mindre tiltrekkende for mannen kan det være relevant å vurdere å trekke inn begge parter i en samtale (Bilodeau & Bouchard, 2011). Allikevel kan temaet i seg selv være ukomfortabelt for mannen og føre til at han ikke ønsker å snakke om det med andre. Dette kan bekreftes med funn fra forskning som viser at flere menn ikke ønsket å bli med på forskningen da temaet ble oppfattet som for privat og intimt (Vermeer et al., 2015a). Til slutt er det som helsepersonell relevant å rette tanker mot sin egen seksualitet. I teoridelen ble det nevnt at en god forståelse av egen seksualitet er en forutsetning for å kunne hjelpe pasienter med seksuelle problemer (Borg, 2010). Jeg har tidligere vist til forskning som sier at eldre og erfarne sykepleiere har mindre problem med å snakke om seksualitet med pasientene (Julien et al., 2010). Kanskje kan det også relateres til at sykepleieren har hatt flere år til å forstå sin egen seksualitet og dermed har bedre forutsetning for å kommunisere om seksualitet?

5.4.2 Hvordan starte samtalen.

Sexologen Bay-Hansen (2014) fremstiller PLISSIT-modellen som et ”startverktøy”. Han hevder at PLISSIT-modellen kan være relevant å bruke for å klare å bryte det ”dobbelte tabuet” som foreligger hos pasient og helsepersonell (Bay-Hansen, 2014). Det første nivået omhandler at pasienten får tillatelse til å gjennomgå seksuelle spørsmål. Dette kan bli sett på som et problem ved at pasienten må tørre å være åpen om sine seksuelle bekymringer. Flere

opplever at de må takle sine seksuelle bekymringer på egenhånd og åpner ikke opp for å snakke om seksualitet med andre (Vermeer et al., 2016). Det er i slike tilfeller det er relevant at det er opparbeidet en felles forståelse og et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 2010). Det andre nivået i modellen krever ikke at sykepleieren har spesialiserte kunnskaper om verken livmorhalskreft eller seksuellveiledning (Dahl, 2016). Noe som er positivt da det tidligere i oppgaven er drøftet at helsepersonell opplever mangel på kunnskap (Jonsdottir et al., 2016; Julien et al., 2010; Vermeer et al., 2015b). Dette nivået krever i midlertidig at sykepleieren setter av tid til å lytte til pasientens seksuelle bekymringer. Noe som har visst seg å være et problem da mangel på tid har blitt rapportert som et problem både fra pasientene og helsepersonellet (Sekse et al., 2013; Vermeer et al., 2015b). Dahl (2016) trekker frem at denne informasjonen kan gis både skriftlig og muntlig. Dersom pasienten opplever at den skriftlig informasjon er tilstrekkelig nok, kan en anta at dette er et tidsbesparende tiltak for sykepleieren. Det er viktig at sykepleieren i slike tilfeller følger etiske retningslinjer og forsikre seg om at informasjonen er forstått selv om det ikke nødvendigvis blir gitt verbalt (Norsk sykepleieforbund, 2011).

Det tredje nivået krever at sykepleieren har kunnskap og kjennskap til spesifikke forslag og løsninger. Funn fra forskningsartiklene kan tyde på at dette nivået kan oppleves som krevende for sykepleieren da flere opplever mangel på kunnskap (Jonsdottir et al., 2016; Vermeer et al., 2014b). Men igjen kan det reises innvendinger mot deltakerne i forskningsartiklene. Flere av artiklene fokuserer på kreftsykepleiere generelt og viser ikke spesielt til sykepleiere som jobber med livmorhalskreftpasienter. Kanskje har sykepleiere som jobber på avdeling med livmorhalskreftpasienter kunnskap nok om mulige løsninger som kan bedre kvinnes seksuelle dysfunksjoner. Det fjerde og siste nivået tar for seg et fåtall av pasientene. Dette er et nivå som krever spesialisert kunnskap innen sexologi (Dahl, 2016). Sykepleieren vil derfor få et behov for å henvise pasienten videre. Tidligere i drøftingen kommer det frem at dette ofte kan være et problem da helsepersonell ikke opplever henvisningsmulighetene som optimale (Vermeer et al., 2015b).

5.5 Mangel på ressurser.

Jeg ønsket å finne ut om seksualitet etter gjennomgått livmorhalskreftbehandling fremdeles er et tabubelagt tema for pasient og helsepersonell. Forskningen jeg har presentert i oppgaven viser til at det finnes flere argumenter som støtter denne problemstillingen. Samtidig er det

viktig å se grundig på resultatene fra forskningsartiklene for å finne svar på om problemet egentlig ligger et annet sted i systemet.

I studien gjort av Vermeer et al. (2016). viser funn at nesten halvparten av deltakerne erkjente å ha problemer med å huske innholdet i informasjonen om seksualitet som ble gitt under behandlingen. Dette anser jeg som er et godt argument for at oppfølgingstimene i etterkant av behandlingen er ekstra viktig for at pasienten skal kunne få muligheten til å uttrykke sine seksuelle bekymringer. Disse funnene kan underbygges med forskning gjennomført av Bildeau og Bouchard (2011). Her kommer det frem at kvinnene først klarer å fokusere på seksualitet en stund etter de har blitt friskmeldt. Dette fordi kvinnene i kort tid etter behandlingen først og fremst fokuserer på å ha overlevd kreften (Bildeau & Bouchard, 2011). Kanskje vil helsepersonellet som mottar pasientene på de første oppfølgingstimene anta at de ikke har noen seksuelle problemer? Men kanskje er sannheten egentlig at kvinnene ikke har rukket å fokusere på seksualitet så tidlig i etterkant av behandlingen? Det får meg til å reflektere rundt kapasiteten av tid til å kunne gjennomføre flere oppfølgingstimer. I teoridelen ble det nevnt at kvinnene som har blitt kurert for livmorhalskreft har flest oppfølgingstimer det første året (Helsenorge, 2017.10.01). Dersom en setter funnene fra forskningsartiklene opp i mot oppfølgingsplanen ser en at det kan foreligge et større behov for flere oppfølgingstimer. I tillegg viser resultater at pasientene opplever de polikliniske kontrollene som hektiske og for medisinsk orientert i forhold til deres seksuelle problemer (Vermeer et al., 2016; Sekse et al., 2013). Kanskje burde det tilegnes mer ressurser til å kunne gjennomføre flere oppfølgingstimer for pasienter som har gjennomgått livmorhalskreftbehandling. Dersom dette er et tilfelle vil det være relevant å se på fordelingen av ressurser i helsetjenesten. Jeg ønsker ikke gå nærmere inn på dette, men ønsker å avrunde dette kapitlet med å trekke inn strategien om seksuell helse fra Helse- og omsorgsdepartementet (2016).

Dersom en ser på Helse- og omsorgsdepartementet sin strategi for seksuell helse bekrefter denne rapporten at seksuell helse fremdeles er tabubelagt i det norske samfunnet.

Helseministeren Bent Høie vil at helsepersonell skal snakke om pasientens seksuelle helse for å redusere tabuet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Men hvordan skal helsepersonell klare å oppfylle dette ønsket når forskning antyder at problemet skyldes mangel på kunnskap og tid? Kanskje vil tabuet først forsvinne når regjeringen velger å innvilge mer ressurser til helsetjenesten? Ut ifra rapporten til helse- og omsorgsdepartementet kan en anta at regjeringen opplever det som et behov at kunnskapsnivået om seksualitet blant helsepersonell

økes. Dette kommer frem dersom en ser på tiltakene som Helse- og omsorgsdepartementet ønsker å iverksette innen 2022. Blant annet ønsker de å iverksette tiltak for å:

1. Sikre at helsepersonell får nok kunnskap om seksuell helse via grunnutdanningen
2. Inkludere seksuell helse i behandlingsplaner og prosedyrer i spesialisthelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016)

Slik jeg tolker det samsvarer flere av tiltakene i strategien med problematiseringene jeg har fokusert på gjennom oppgaven: kunnskap gir åpenhet..

6.0 KONKLUSJON

Ut i fra oppgavens problemstilling; ”Seksualitet etter gjennomført livmorhalskreftbehandling; fremdeles et tabubelagt tema for pasient og helsepersonell?” er det kommet frem til følgende konklusjon som svar på problemstillingen.

For å oppsummere kan det sies at det foreligger et ”dobbel tabu”. Både helsepersonell og pasienten opplever det som tabu å snakke om seksualitet. Årsakene bak tabuet kan i midlertidig være forskjellige. For pasientene kan årsaken skyldes at livmorhalskreft er et tabubelagt tema i seg selv. Eller at kvinnene opplever seg som ”unormal” på grunn av de seksuelle dysfunksjonene og opplever det som flaut å snakke om sine problemer. Mangel på kunnskap og tid fører til at helsepersonell ikke får gjennomført samtaler med pasienten om seksualitet. Kunnskapsmangelen fører dermed til at seksualitet oppfattes som et vanskelig tema og forblir tabubelagt. Ved å tilegne mer tid og ressurser til å kurse helsepersonell om seksuell helse kan kunnskapsnivået økes. Kunnskap kan føre til at helsepersonellet blir tryggere på å snakke om seksualitet. En trygg sykepleier vil sende ut positive holdninger til pasienten. Dermed vil det også bli lettere for pasienten å snakke om sine seksuelle bekymringer. For å fjerne tabu som ligger over temaet seksualitet må det tilegnes mer ressurser til helsevesenet slik at de praktiske forholdene ligger til rette for at helsepersonell kan ta initiativ til å snakke med pasientene om seksualitet. Det gjenstår å se om tiltakene som står beskrevet i ”Strategi for seksuell helse” blir gjennomført innen 2022.

Videre kunne det vært spennende å rettet synet mot Norge som et flerkulturelt samfunn. Religion og kultur kan føre til nye utfordringer relatert til seksualitet og livmorhalskreft. Det kunne vært interessant og sett på holdningene til seksualitet ut fra den kulturelle bakgrunnen til helsepersonell og pasient. Det kunne også vært interessant og sett mer på seksuallivet til de enslige kvinnene som har overlevd livmorhalskreft, da seksualitet omfatter så mye mer enn samleie.

LITTERATURLISTE

- Bay-Hansen J. (2014). *Samtalen om seksualitet*. Sykeplejersken 2014;(9):77-85. Hentet fra <https://dsr.dk/sykeplejersken/arkiv/sy-nr-2014-9/samtalen-om-seksualitet>
- Borg T. (2010). Seksualitet. I A. M. Reitan, & T. K. Schjølberg (Red.),
Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling (s.504 -517). Oslo: Akribe.
- Dahl A. (2016). *Kreftsykdom: psykologiske og sosiale perspektiver*.
Cappelen Damm Akademisk
- Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving for studenter* . Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eide, H. & Eide, T. (2013). *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Norsk
Forlag AS.
- Gamnes S. (2014). *Nærhet og seksualitet*. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, &
E.-A. Skaug (Red.) *Grunnleggende sykepleie: Bind 3. Pasientfenomener og
livsutfordringer* (2. Utg). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Greimel E. R., Winter R., Kapp K. S. & Haas J. (2009). *Quality of life and sexual functioning
after cervical cancer treatment: a long-term follow-up study* Psycho-oncology
18(5):476-82. doi: 10.1002/pon.1426.
- Gynkreftforeningen (2017, 16.01). *Livmorhalskreft*. Hentet fra
<http://www.gynkreftforeningen.no/kreftformene/livmorhalskreft/>
- Helsenorge (2017.19.02). *Om helsenorge.no*. Hentet fra
<https://helsenorge.no/om-helsenorge-no>
- Helsenorge (2017.10.01). *Livmorhalskreft- symptomer og behandling*. (2016). Hentet fra:

<https://helsenorge.no/sykdom/kreft/livmorhalskreft>

Helsenorge (2017.10.01). *Strålebehandling ved kreft*. (2016). Hentet fra:

<https://helsenorge.no/undersokelse-og-behandling/stralebehandling>

Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* Hentet fra

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Helse- og omsorgsdepartementet (2016). *Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022)*. Hentet fra:

https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf

Høgskolen i Oslo og Akershus. (2017.21.02). *Databaser*. Hentet fra:

<http://www.hioa.no/LSB/Databaser>

Jensen, P., & Froeding, L. (2015). Pelvic radiotherapy and sexual function in women.

Translational Andrology And Urology, 4(2), 186-205. Hentet fra

<http://tau.amegroups.com/article/view/6247>

Jerpseth H. (2013). *Sykepleie ved gynekologiske sykdommer*.

I D. G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.). *Klinisk sykepleie bind 2*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Jonsdottir JI, Zoëga S, Saevarsdottir T, Sverrisdottir A, Thorsdottir T, Einarsson GV, Gunnarsdottir S & Fridriksdottir N. (2016). Changes in attitudes, practices and barriers among oncology health care professionals regarding sexual health care: Outcomes from a 2- year educational intervention at a University Hospital. *Eur J Oncol Nurs*. 2016 Apr;21:24-30. doi: 10.1016/j.ejon.2015.12.004.

Julien J.O, Thom B. & Kline N. E. (2010). Identification of Barriers to Sexual Health Assessment in Oncology Nursing Practice. *Oncol Nurs Forum*. 2010 May; 37(3): E186–E190. doi: 10.1188/10.ONF.E186-E190

- Karine B. & Louise B. (2011). *The sexuality of Quebec women with cervical cancer: Looking for love despite radiotherapy's trauma to their sexual body*. *Can Oncol Nurs J.* 21(4):233-7, 228-32. Doi:10.5737/1181912x214233237
- Kreftforeningen. (Udatert). *Om kreftforeningen*. Hentet fra: <https://kreftforeningen.no/om-kreftforeningen/>
- Kreftregisteret. (2017.10.01) *Livmorhalskreft*. Hentet fra: <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Fakta-om-kreft/Livmorhalskreft/>
- Kristensen G. (2010). Kreft i kvinnelige kjønnsorganer. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient-utfordring-handling*. Oslo: Akribe AS.
- Kristoffersen, N. J. (2014). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1: Sykepleierens grunnlag, ansvar og rolle* (s.207-270). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2014). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Red.) *Grunnleggende sykepleie: Bind 1. Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Landmark BF, Almås E, Brurberg KG, Fjeld W, Haaland W, Hammerstrøm K, Svendsen KO, Sørensen D, Tollefsen, MF, Aars H, Reinart LM. (2012). *Effekter av seksualterapeutisk intervensjoner for seksuelle problemer*. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 2-2012. Hentet fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/effekter-av-seksualterapeutiske-intervensjoner-for-seksuelle-problemer>
- Langhelle H. T. (2014). *Seksualitet og kroppsbilde – konsekvenser av gynekologisk kreft*. Hentet fra https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/electronic-issues/articles/14kr2_konsekvenser_gynekologisk_kreft_for_kvinnens_seksualitet_320_1.pdf

- Lorentsen, V. B. & Grov, E. K. (2013). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I D. G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.). *Klinisk sykepleie bind 2*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Malt U. (2017, 06.02). *Tabu*. (2017) I Store norske leksikon. Hentet fra <https://snl.no/tabu>
- Norsk sykepleieforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20bruker>
- Pedersen, L. (2016). *Psykisk helse og seksualitet- tør vi snakke om det?* I Sykepleien. Hentet fra <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2016/02/psykisk-helse-og-seksualitet-tor-vi-snakke-om-det>
- Reitan A. M. (2010). Kreftsykepleie. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient-utfordring-handling*. Oslo: Akribe AS.
- Shut up stock illustrations, [Bilde] (udatert). Hentet fra <https://clipartfest.com/download/68382087e210b0bf0bca817e3146af52a7541d98.html>
- Siggerud A. M. (2010). Sykepleieutfordringer ved strålebehandling. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient-utfordring-handling*. Oslo: Akribe AS.
- Simonsen J. V. (udatert, 16.01) *Seksualitet*. Hentet fra <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/mestre-livet-med-kreft/seksualitet/>
- Sorbe B, Frankendal B & Högberg (2013). *Gynekologisk onkologi*. Studentlitteratur
- Støren, I. (2010). *Bare søk: Praktisk veiledning å skrive litteraturstudier*. Oslo: Cappelen Damm AS.

- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget
- Travelbee J. (2010). *Mellemmenneskelige aspekter i sygepleje*. (2.utg). København: Munksgaard Danmark.
- Sekse R. J., Gjengedal E. & Råheim M. (2013). *Living in a changed female body after gynecological cancer*. *Health Care Women Int.* 34(1):14-33. doi: 10.1080/07399332.2011.645965.
- Vermeer, W. M., Bakker, R. M., Kenter, G. G., Stiggelbout, A. M., & ter Kuile, M. M. (2016). Cervical cancer survivors' and partners' experiences with sexual dysfunction and psychosexual support. *Supportive Care in Cancer*, 24, 1679–1687. <http://doi.org/10.1007/s00520-015-2925-0>
- Vermeer, W. M., Bakker, R. M., Kenter, G. G., deKroon, C. D., Stiggelbout, A. M. and terKuile, M. M. (2015a), Sexual issues among cervical cancer survivors: how can we help women seek help?. *Psycho-Oncology*, 24: 458–464. doi: 10.1002/pon.3663.
- Vermeer W.M., Bakker R.M, Stiggelbout A.M., Creutzberg C.L., Kenter G.G. and terKuile M.M. (2015b). Psychosexual support for gynecological cancer survivors: professionals' current practices and need for assistance *Support Care Cancer*. 2015 Mar; 23(3): 831–839. doi: 10.1007/s00520-014-2433-7
- World Health Organization (2006a). *Defining sexual health*. Hentet fra: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/

VEDLEGG

Vedlegg 1

Oversikt over forskningsartikler

Forfatter/ år/land/tittel:	Hensikt:	Metode:	Resultat:	Vurdering av relevans:
1) Greimel E. R., Winter R., Kapp K. S. & Haas J. (2009). Østerrike. <i>"Quality of life and sexual functioning after cervical cancer treatment: a long-term follow-up study"</i>	Undersøke hvordan de langsiktige seneffektene av behandlingen påvirker livskvaliteten og seksualiteten til kvinnene.	Kvantitativ metode. Spørreskjema med svaralternativ er utsendt til 123 kvinner som hadde gjennomgått livmorhalskre ft- behandling.	Strålebehandling gir dårligere livskvalitet og seksualliv sammenlignet med andre behandlingsalternativer. Strålebehandling ga betydelig mer problemer med hyppig vannlatning, urinlekkasje og følelsen av trang skjede. 43,3% rapporterte at de ikke var seksuelt aktive. 20-30% av kvinnene hadde seneffekter som kan påvirke seksualiteten.	+Livmorhalskreft +Seksualitet +Følger eksklusjon- og inklusionskriterie ne +Styrker avgrensingen - Alle former for behandling - Dataene ble samlet inn i 2005/2006
2) Bilodeau K. & Bouchard L. (2011).	Få en bedre forståelse av seksualitet	Kvalitativ metode. Intervju	Kvinner som har vært friskmeldt over flere år fokuserer mer på sine	+ livmorhalskreft +Seksualitet

<p>Canada. <i>"The sexuality of Quebec women with cervical cancer: Looking for love despite radiotherapy's trauma to their sexual body"</i></p>	<p>hos kvinner som har blitt behandlet med strålebehandling for livmorhalskreft.</p>	<p>gjennomført på ti kvinner.</p>	<p>seksuelle problemer.</p> <p>Kreftbehandlingen styrket kommunikasjonen med partneren.</p> <p>Seksuelle dysfunksjoner påvirket parforholdet negativt.</p> <p>Flere tørr ikke snakke om seksualitet fordi det er flaut.</p> <p>Livmorhalskreft blir relatert til "noe man får gjennom sex".</p> <p>Redd for smerter under samleie.</p> <p>Endret kroppsbilde.</p>	<p>+Strålebehandling</p> <p>+Kvalitativ</p> <p>+ Følger eksklusjon- og inklusjonskriteriene</p>
<p>3) Sekse J. R., Gjengedal E. & Råheim M. (2013). Norge. <i>"Living in a changed female body after gynecological cancer"</i></p>	<p>Utforske hvordan kvinner som har overlevd gynekologisk kreft opplever kroppen sin etter gjennomgått behandling.</p>	<p>Kvalitativ metode.</p> <p>Dybde-intervjuer gjennomført på 16 kvinner.</p>	<p>Behandling gjorde underlivet ukjent og uforutsigbart.</p> <p>Flere opplevde ubehag under samleie og manglende seksuell lyst.</p> <p>Flere klarte å snakke med partneren om problemene.</p>	<p>+ Norsk</p> <p>+ Kvalitativ</p> <p>+ Følger eksklusjon- og inklusjonskriteriene</p> <p>- Fokuserer ikke bare på livmorhalskreft</p> <p>+/- Gynekologisk</p>

			<p>Sex, som hadde vært en arena for nytelse og glede, var blitt til et problem.</p> <p>Hevder helsepersonell ikke anser seksualitet som viktig.</p> <p>Intime emner var vanskelig å ta opp, ofte på grunn av mistillit til kroppen.</p> <p>Behov for mer kunnskap og informasjon.</p> <p>Polikliniske kontroller er for kort, hektisk og medisinsk orientert.</p>	kreft
<p>4) Vermeer WM, Bakker RM, Kenter GG, Stiggelbout AM & ter Kuile MM (2016). Nederland. "Cervical cancer survivors' and partners'</p>	<p>Vurdere erfaringer med seksuelle dysfunksjoner, psykostøtte og behov for helsetjenester blant livmorhalskreftoverlevde og deres partnere.</p>	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>Intervjuer med 30 kvinner som har overlevd livmorhalskreft, samt partneren til 12 av kvinnene.</p>	<p>Mangel på oppmerksomhet og informasjon relatert til seksuell fungering.</p> <p>Informasjonen ble for begrenset og medisinsk orientert.</p> <p>Kroppslige endringer førte til et negativt kroppsbilde og følelse av usikkerhet.</p>	<p>+ Følger eksklusjon- og inklusjonskriteriene</p> <p>+Kvalitativ</p> <p>+Livmorhalskreft</p> <p>+Seksualitet</p> <p>+Behov for hjelp/info</p> <p>+Trekker inn</p>

experiences with sexual dysfunction and psychosexual support.”			Vil løse de seksuelle bekymringer på egen hånd fordi de vurderte det som et tabu å snakke om seksuelle dysfunksjoner	partneren - Ikke bare strålebehandling
5) Vermeer W. M., Bakker R. M., Kenter G. G., de Kroon C., Stiggelbout A. M. & Kuile M. (2015a). Nederland. ”Sexual issues among cervical cancer survivors: how can we help women seek help?”.	Kartlegge behovet og forekomsten for at kvinner som har overlevd livmorhalskreft oppsøker helsetjenesten for hjelp relatert til deres seksualliv.	Kvantitativ metode. Spørreskjema et besvart av 343 kvinner.	51% opplevde et behov for informasjon og/eller profesjonell hjelp for sine seksuelle bekymringer. Flere innledet til samtale selv. Mest foretrukket å motta informasjon via en nettside eller muntlig fra helsepersonell. 76% av kvinnene ser det som ønskelig at partneren er involvert i samtaler om seksualitet. Forlegenhet relatert til seksualitet ble nevnt som årsak til at flere av kvinnene ikke spurte om hjelp.	+Livmorhalskreft +Seksualitet + diskuterer behov for hjelp + Følger eksklusjon- og inklusjonskriteriene
6) Vermeer W.M., Bakker R.M, Stiggelbout	Helsepersonells evne for å gi støtte, opplæring og	Kvalitativ metode. Intervju ble	De fleste rapporterte at de diskutere seksualitet minst én gang med hver enkelt pasient.	+Følger eksklusjon- og inklusjonskriteriene

<p>A.M., Creutzberg C.L., Kenter G.G. & ter Kuile M.M. (2015b) Nederland. "Psychosexual support for gynecological cancer survivors: professionals' current practices and need for assistance"</p>	<p>hjelp til pasienter overlevd gynekologisk kreft.</p>	<p>gjennomført på 10 leger, 10 radioterapeut er og 10 kreftsykeplei ere.</p>	<p>Viktig å berolige pasientene at det er normalt å oppleve seksuelle bekymringer. Pasientene ble sjelden henvist til en sexolog. Forlegenhet og mangel på tid ble gjentatt som et problem. Flest ga verbal informasjon. Flere informerte om brosjyrer og nettsider. Redd for å belaste pasientene ved å ta opp seksualitet. Behov for å involvere andre fagpersoner .</p>	<p>+Kvalitativ +/-Gynekologisk kreft (ikke bare livmorhalskreft) +/- Ikke bare sykepleiere +Viser til det tverrfaglige samarbeidet +Viser til ulike måter å gi info.</p>
<p>7) Jonsdottir Jl, Zoëga S, Saevarsdottir T, Sverrisdottir A, Thorsdottir T, Einarsson GV, Gunnarsdottir</p>	<p>Undersøke helsepersonel lets holdninger og barriere knyttet til seksualitet.</p>	<p>Kvantitativ metode. Et spørreskjema ble sendt elektronisk til alle sykepleiere og leger</p>	<p>90% regner kommunikasjon om seksualitet som del av deres ansvar. Totalt sett er de vanligste barrierene for å diskutere seksualitet opplevelsen av "manglende opplæring"</p>	<p>+Følger eksklusjon- og inklusionskriterie ne +Viser til helsepersonellets holdninger til seksualitet</p>

<p>S & Fridriksdottir N. (2016), Island. ”Changes in attitudes, practices and barriers among oncology health care professionals regarding sexual health care...”</p>		<p>innenfor kreftavdelingene.</p>	<p>(38%) og at det er "en vanskelig sak å diskutere" (27%).</p> <p>Det tverrfaglig miljø byr på usikkerhet om hvem som snakker om seksualitet.</p> <p>Vanskelig å starte samtalen.</p> <p>Flere pasienter tar det opp selv</p>	<p>+Får frem det tverrfaglige samarbeidet</p> <p>+Kreft</p> <p>+/- oppfølgingsstudie</p> <p>-Ikke bare livmorhalskreft</p>
<p>8) Julien J.O, Thom B. & Kline N. E. (2010). USA. ”Identification of Barriers to Sexual Health Assessment in Oncology Nursing Practice”</p>	<p>Utforske kreftsykepleierne sine holdninger og kunnskap om seksuell helse.</p>	<p>Kvantitativ metode.</p> <p>Spørreundersøkelse gjennomført av 576 sykepleiere.</p>	<p>Alder og erfaring er avgjørende. Yngre og mindre erfarne sykepleiere opplevde det mer ubehagelig i å diskutere seksuell helse med pasienter.</p> <p>De fleste sykepleierne i undersøkelsen var enige om at seksualitet ikke er et for privat tema å snakke med pasienter om. Allikevel oppga mange av de at de ofte videreførte slike sensitive spørsmål til legen.</p>	<p>+ Følger eksklusjon- og inklusjonskriteriene</p> <p>+Trekker frem alder og erfaring</p> <p>+Fokuserer på sykepleiere</p> <p>-Ikke bare livmorhalskreft</p>

			Flere sykepleiere mente at pasientene ikke burde forvente at sykepleieren skal spørre om deres seksuelle bekymringer.	
--	--	--	---	--