



NTNU

Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Bacheloroppgave i sykepleie

Kull 2015

”Snakk om det – Seksualitet!”

”Talk about it – Sexuality!”

Innleveringsdato: 24. mai 2018

Emnekode: HSYK3003

Kandidatnummer: 10153

Antall ord: 8622

Sammendrag

Tittel	”Snakk om det – Seksualitet!”
Hensikt	Oppgaven belyser hvordan sykepleier kan ivareta at seksualitet blir kommunisert med benamputerte i rehabilitering. Gjennom sykepleiers ivaretagelse er hensikten å bedre pasientens livskvalitet og seksuelle helse.
Problemstilling	”Hvordan kan sykepleier ivareta behovet for kommunikasjon om seksualitet hos benamputerte i rehabilitering?”
Metode	Litteraturstudium, med utgangspunkt i relevant forskning og teori. 3 kvantitative og 5 kvalitative artikler er inkludert. Joyce Travelbees interaksjonsteori utgjør den sykepleieteoretiske litteraturen i oppgaven.
Resultat	Seksualitet blir sjeldent eller aldri kommunisert med benamputerte i rehabiliteringen. Flere faktorer hindrer sykepleierne i å ta opp temaet. Mangel på kunnskap, trygghet, ferdigheter samt fordommer er de mest fremtredende.
Konklusjon	Det er avgjørende at sykepleier har tilstrekkelig kunnskap, trygghet og de rette holdningene. Relasjon, gode kommunikasjonsferdigheter og profesjonalitet er faktorer som bidrar. Økt fokus fremover må være helhetlig pleie og kompetanseheving.

Forord



(Pedersen, 2016)

”No approach in medical care deserves the term holistic as long as sexuality and intimacy have not been addressed” (Gianotten, referert i Aaserud, 2016).

Trondheim, 24. mai 2018

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	1
1.1 Innledning til tema	1
1.2 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling	1
1.3 Definisjoner av sentrale begrep	2
1.4 Avgrensning og presisering av oppgaven	3
1.5 Oppgavens oppbygning	4
2.0 METODE	5
2.1 Beskrivelse av metode	5
2.2 Vitenskapelig tilnærming	5
2.3 Søketablell	6
2.3.1 Søkeprosessen.....	7
2.4 Valg av litteratur	8
2.5 Bruk av andre kilder	8
2.6 Kildekritikk	9
3.0 EMPIRI	10
3.1 Artikkelmatrise	10
3.2 Sammenfatning av empiri	17
4.0 TEORETISK REFERANSERAMME	20
4.1 Benamputasjon	20
4.2 Hva er seksualitet?	20
4.3 Fravær av seksuell helse	21
4.4 Sykepleierens møte med det seksuelle mennesket	22
4.4.1 Sykepleierens kunnskaper, trygghet og holdninger.....	22
4.4.2 Yrkesetiske retningslinjer	23
4.4.3 Holistisk menneskesyn	23
4.4.4 Profesjonell hjelpende kommunikasjon og utforskende ferdigheter	23
4.5 PLISSIT - modellen	24
4.6 «Snakk om det!» - Nasjonal strategiplan for seksuell helse	26
4.7 Joyce Travelbee	26

4.7.1 Menneske-til-menneske forhold	27
4.7.2 Kommunikasjon.....	28
5.0 DRØFTING	29
5.1 Betydningen av sykepleiers kunnskaper, trygghet og holdninger	29
5.2 Hvordan kan sykepleier øke sin kompetanse?.....	32
5.3 PLISSIT-modellen	33
5.4 Betydningen av relasjon, kommunikasjonsferdigheter og profesjonalitet	33
6.0 KONKLUSJON.....	36
LITTERATURLISTE.....	38

1.0 INNLEDNING

1.1 Innledning til tema

I Norge er det mellom 1600 - 1700 personer som gjennomgår en benamputasjon hvert år (Norsk Fot- og Ankelregister, 2014). Personer som har gjennomgått en benamputasjon kan ha fysiske eller psykiske seksuelle utfordringer, som er en direkte eller indirekte konsekvens av inngrepet. Seksualitet er en kjernedimensjon av det å være menneske og en viktig faktor for generell velvære, livskvalitet og god helse (Romsland, Dahl og Slettebø, 2016). Sykepleieren skal ivareta pasientens grunnleggende behov og utøve helhetlig omsorg, samt bidra til å fremme helse. Dette er forankret i sykepleierens yrkesetiske retningslinjer (Norsk Sykepleierforbund, 2016). Imidlertid kommuniserer sykepleierne sjeldent eller aldri om seksualitet med sine pasienter, på tross av at pasientene har et behov for å snakke om det.

1.2 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

Med denne oppgaven ønsker jeg å belyse hvordan sykepleier kan ivareta at seksualitet blir kommunisert med benamputerte i rehabiliteringen. Jeg ønsker å bidra til å øke oppmerksomheten rundt betydningen av det å snakke om seksualitet, samtidig å tilegne meg en større forståelse for hvorfor behovet ikke blir ivaretatt. Å ivareta seksualiteten, er vesentlig i det holistiske menneskesynet, som er et fundament i sykepleie, men som kan tenkes å ha lite fotfeste i praksis.

Innslaget "Seksualiteten til funksjonshemmede blir oversett" på "God morgen Norge", inspirerte meg til valg av tema. Her møter vi Celine, som har amputert begge bena. Hun forteller om sine bekymringer rundt seksualitet og hennes møte med helsevesenets holdninger og fordommer (TV 2 Sumo, 2018). Temaet er svært dagsaktuelt, da det i 2017 ble utgitt en ny nasjonal strategiplan for seksuell helse, utarbeidet av Helse- og omsorgsdepartementet, som heter "Snakk om det!". Det overordnede målet for denne strategiplanen er å bidra til å sikre god seksuell helse hos hele Norges befolkning. For å nå denne ambisjonen i helsevesenet, må det sikres at alle mennesker har god kunnskap og nødvendig kompetanse til å ivareta egen seksuell helse, sikre at helsepersonell respekterer og forstår pasientenes seksuelle behov, samt har kunnskap om og ivaretar pasientens seksualitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

Jeg har bevisst valgt å fordype meg i en pasientgruppe og et problem, jeg under utdanningen, ikke har tilegnet meg særlige kunnskaper om. Jeg ønsker å tilegne meg mer kunnskap om emnet, før jeg tar fatt på rollen som sykepleier. På denne måten kan det tenkes at jeg blir bedre rustet til å snakke om seksualitet, i møte med pasienter med benamputasjoner, men også andre pasientgrupper generelt. Å inneha et menneskesyn som innebærer å se hele mennesket, i møte med pasienter i sykepleieutøvelsen, er noe jeg personlig anser som svært viktig. Seksualitet er et tabubelagt tema, noe som gjør det ekstra spennende og interessant å utforske nærmere. Gjennom sykepleiers ivaretagelse av kommunikasjon om seksualitet, er hensikten å bedre pasientens livskvalitet og seksuelle helse. På bakgrunn av dette har jeg utarbeidet en problemstilling, og den lyder som følger:

”Hvordan kan sykepleier ivareta behovet for kommunikasjon om seksualitet hos benamputerte i rehabilitering?”

1.3 Definisjon av sentrale begrep

Kommunikasjon: Begrepet stammer fra det latinske ordet *communicare*, som betyr å gjøre noe felles eller delaktiggjøre en annen i. Kommunikasjon kan enkelt defineres som utveksling av meningsfulle tegn mellom to eller flere parter (Eide og Eide, 2007).

Seksualitet: Begrepet seksualitet er definert på flere måter. Jeg har valgt å støtte meg til WHO sin definisjon. Johansen, Thyness og Holm (1998) har oversatt denne til norsk:

Seksualitet er en integrert del av ethvert menneskes personlighet, noe som ikke kan skilles fra andre sider av livet. Seksualitet er ikke det samme som samleie eller evne til å få orgasme, seksualitet er mye mer. Den finnes i den energi som driver oss mot å søke kjærlighet, varme og nærhet. Seksualitet uttrykkes i hva vi føler, hvordan vi beveger oss, og hvordan vi berører og berøres av andre. Seksualitet påvirker våre tanker, følelser, handlinger og vårt samspill med andre mennesker (s.23).

Benamputasjon: Amputasjon betyr operativ fjerning av en kroppsdel (Schlichting, 2018). Benamputasjon er å fjerne et ben. De ulike amputasjonene som kan utføres i benet, er amputasjon av fot, ankel-ledd, legg, kneledd, lår, hofte og bekken (Hansen, 2015).

Rehabilitering: Begrepet brukes i helsetjenesten, om innsatsen som gjøres i samarbeid med unge, voksne og eldre pasienter med funksjonsproblemer, for å bedre funksjonsevne etter sykdom eller skade. Rehabilitering innebærer ofte opptrening,

men også å mestre en ny tilværelse og tilpasse seg et liv med nedsatt funksjon (Romsland m.fl. 2016).

Livskvalitet: Begrepet defineres som en subjektiv vurdering av menneskets eget liv. Hva som betegnes som livskvalitet for den enkelte, er individuelt, men har en sammenheng med det enkelte menneskets verdier og ønsker for ”et godt” liv (Grasaas, Sjursen og Stordalen, 2009).

Seksuell helse: WHO referert i Gamnes (2014) definerer begrepet seksuell helse på følgende måte:

[...]integrering av somatiske, emosjonelle, intellektuelle og sosiale aspekter av seksuell væren på en måte som er positivt berikende, og som fremmer personlig utvikling, kommunikasjon og kjærlighet (s.72).

1.4 Avgrensning av tema og presisering av problemstillingen

I problemstillingen har jeg valgt å avgrense benamputasjon(er) fra lårbenet og videre ned i underekstremiteten, og utelukker i oppgaven hofte- og bekkenamputasjoner som en del av begrepet benamputasjon. Jeg møter disse pasientene på en rehabiliteringsavdeling under siste del av rehabiliteringsprosessen, da kommunikasjon om seksualitet, ikke vil være en prioritet for pasientene, på et tidligere tidspunkt (Verschuren, Geertzen, Enzlin, Dijkstra og Dekker, 2015). Jeg inkluderer begge kjønn, i alderen 18 – 65 + år, med benamputasjon(er).

Jeg tar utgangspunkt i både sykepleie- og pasientperspektiv. Jeg anser det som viktig å inkludere partner i kommunikasjonen, men på grunn av oppgavens omfang, utelates de. Dette er en oppgave på grunnutdanningen, derfor tar jeg utgangspunkt i at sykepleier forholder seg kun på de to laveste nivåene i PLISSIT-modellen, (P) ”Tillatelse” og (LI) ”Begrenset informasjon”.

”Kommunikasjon” i problemstillingen, blir brukt som et overordnet begrep for å ”snakke om”, ”ta opp” og ”diskutere” seksualitet. Sykepleiernes funksjon gjennom kommunikasjon om seksualitet vil være hjelpende, informerende, veiledende og støttende. Oppgaven bærer preg av et helsefremmende perspektiv, og bygger på en holistisk tilnærming.

1.5 Oppgavens oppbygging

I kapittel 2 – Metode, beskriver jeg metoden, og hvilken vitenskapelig tilnærming jeg har benyttet. Videre presenterer jeg utførte søk i en søketabell, og beskriver hvordan jeg gikk frem under søk etter anvendte forskningsartikler. Deretter presenteres valg av litteratur, kilder og kildekritikk. Videre i kapittel 3 – Empiri, presenteres en systematisk oversikt over utvalgte forskningsartikler i en artikkelmatrise. Empirikapittelet avsluttes med en kort sammenfatning av anvendt empiri. I kapittel 4 – Teoretisk referanseramme, presenteres teori som er relevant for å kunne besvare min problemstilling. I kapittel 5 – Drøfting, drøftes forskning opp mot teori, for å til slutt komme frem til en konklusjon som besvarer min problemstilling.

2.0 METODE

Kapittelet beskriver hva metode er og hvilken metode jeg har benyttet. Jeg beskriver hvilken vitenskapelig tilnærming anvendt forskning og oppgaven er forankret i. Deretter presenteres mine søk i en tabell, samt en beskrivelse av søkeprosessen. Valg av litteratur vil videre presenteres. Kapittelet avsluttes med valg av andre kilder og kildekritikk.

2.1 Beskrivelse av metode

Dalland (2017) beskriver metode som et verktøy, som sier noe om hvordan en går frem, for å hente eller etterprøve ny kunnskap. Det handler om å følge en bestemt vei mot et mål (Dalland, 2017). Dalland henviser til Aubert, som sier: ”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Aubert, 1985, s. 196). Denne oppgaven er et litteraturstudie, hvor jeg har satt meg inn i allerede eksisterende forskning, pensum- og faglitteratur, samt retningslinjer og offentlige publikasjoner, som er relevant for å kunne besvare min problemstilling.

2.2 Vitenskapelig tilnærming

Innenfor vitenskapsteorien finnes det ulike retninger som formidler synet på kunnskap. Positivismen betegnes som den naturvitenskapelige og forklarende kunnskapen. Hermeneutikken er den forstående og kritiske humanvitenskapen (Dalland, 2017). Den naturvitenskapelige tradisjon er basert på kvantitative metoder, som gir data i form av målbare enheter. Det humanistiske vitenskapssynet er en kunnskapstradisjon, hvor en ved bruk av kvalitative metoder, vil kunne formidle enkeltmenneskers subjektive meninger og opplevelser, som ikke lar seg måle eller kan tallfestes (Dalland, 2017).

Jeg har valgt ut 3 kvantitative og 5 kvalitative studier, som tilsammen utgjør 8 vitenskapelige artikler. Kvantitative og kvalitative metoder bidrar begge til å formidle bedre forståelse av samfunnet og hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner handler og samhandler (Dalland, 2017).

Anvendt forskning er forankret i både det naturvitenskapelige og humanistiske vitenskapssynet. Denne oppgaven hovedsakelig presentert ut i fra et hermeneutiske-fenomenologiske vitenskapssyn, i tillegg til at den har en holistisk tilnærming, som handler om å se hele mennesket, både sosialt, åndelig, fysisk og psykisk (Haugan, 2017).

2.3 Søketablell

For at søket skal være mest mulig etterprøvbart, er søkeordene kopiert rett ut i fra søkemotoren som er anvendt.

Database og søkedato	Søkeord Emneord Nøkkelord og Kombinasjoner	Avgrensinger	Antall treff	Leste abstract	Leste hele artikler	Valgt ut: Artikkelnr. i empiri- kapittel (Nr...) Forfatter, årstall
Cinhal 21.03.18	S1: ("Amputation+") OR "amputation" OR ("Below-knee Amputation") OR (" Amputation, Traumatic") AND S2: ("Sexuality+") OR "sexuality" AND S3: ("Rehabilitation+") OR "rehabilitation"	Fra 2008 – 2018, Peer - review	6	5	4	3 (Nr.1) Verschuren m.fl. (2016). (Nr.2) Woods m.fl. (2018). (Nr.3) Verschuren m.fl. (2015).
Cinhal 25.03.18	S1: ("Sexuality+") OR "sexuality" AND S2: ("Amputation+") OR ("Below-Knee Amputation")	Fra 2008 – 2018, Peer - review	12	8	5	1 (Nr.4) Verschuren m.fl. (2013).

Cinhal 28.03.18	S1: Rehabilitation AND S3: Physical disability AND S4: sexuality	Fra 2008 – 2018, Peer - review	3	3	2	1 <i>(Nr.5)</i> Higgings m.fl. (2012).
Medline 28.03.18	S1: exp Nurses/ or nurses*.mp. AND S2: exp Sexuality/ or sexuality*. Mp AND S3: Discussion.mp	Fra 2008 - 2018	32	3	1	1 <i>(Nr.6)</i> Saunamäki & Engström (2014).
Cinhal 5.04.18	S1: Communication AND S2: Sexuality AND S3: Measures	2008 – 2018, Peer – review	93	1	1	1 <i>(Nr.7)</i> Tugut & Golbasi (2017).
Cinhal 14.04.18	S1: PLISSIT model	2008 – 2018, Peer – review Engelsk språk	17	6	4	1 <i>(Nr.8)</i> Ayaz & Kubilay (2009)

2.3.1 Søkeprosessen

Under søk av relevante forskningsartikler, ble litteratursøket utført i Cinhal, Medline og Svemed+. I Svemed+ ble flere søkeord og kombinasjoner benyttet på engelsk, norsk, svensk og dansk, uten å finne treff, som var relevante for oppgaven. De inkluderte artiklene er dermed funnet i Cinhal og Medline, men hovedsakelig i Cinhal. Søkeordene jeg benyttet, ble hentet ut i fra min problemstilling: ”Nurses”, ”Communication”, ”Sexuality”, ” Amputation” og ”Rehabilitation”. Jeg kombinerte alle søkeordene med ”AND”, uten treff. Søkene ble da

utført med færre kombinasjoner av søkeordene, samt at jeg la til noen emne- og søkeord som kunne være relevant for oppgaven. Dette førte til treff. Følgende søkeord som da ble benyttet var: ”amputation”, ”below – knee-amputation”, ”amputation traumatic”, ”sexuality”, ”rehabilitation”, ”physical disability”, ”nurses”, ”discussion”, ”communication”, ”measures”, ”PLISSIT model”. De ulike kombinasjonene av søkeordene kan ses i vedlagt tabell ovenfor, ”2.3 Søketablell”.

Etter hvert søk med overkommelig treff, ble alle titlene lest. De artiklene som hadde relevant tittel, leste jeg abstraktene til. Etter å ha lest abstraktene, foretok jeg en videre vurdering om jeg skulle lese hele artikkelen. Etter å ha lest hele artikkelen, vurderte jeg om jeg skulle anvende denne. Vurderingen ble gjort på bakgrunn av relevans, validitet, pålitelighet og avgrensninger til oppgaven. Totalt ble 13 hele artikler lest, som resulterte i 8 utvalgte forskningsartikler.

2.4 Valg av litteratur

Jeg har hentet litteratur fra pensumbøker og annen faglitteratur. Disse bøkene har jeg allerede hatt, kjøpt eller lånt fra medstudenter eller på biblioteket. Jeg har benyttet meg mye av pensumlitteraturen Eide og Eide (2007), Gamnes (2014) i boka *Grunnleggende sykepleie Bind 3*, Romsland m.fl. (2016) og Haugan (2017) i boka *Helsefremming i kommunehelsetjenesten*. Videre har jeg supplert med annen litteratur som Grasaas m.fl. (2009) og Johansen m.fl. (1998), samt Travelbee (1971) og Travelbee (1999).

Hovedsakelig har jeg prøvd å benytte primærlitteratur. I de tilfeller primærlitteratur har vært utfordrende å få tak i, har jeg supplert med sekundærlitteratur. Dette for å få tilgang til stoffet og tilegne meg en bedre forståelse av innholdet. Et eksempel på dette er teorien til Joyce Travelbee, hvor mye er hentet ut fra sekundærlitteratur *Sykepleieteorier - analyse og evaluering* av Marit Kirkevold (1998). Beskrivelse av PLISSIT - modellen er opprinnelig utarbeidet av Jack Annon, men hentet ut fra kapittelet ”Seksualitet og nærhet” av Siv Gamnes (2014), i *Grunnleggende sykepleie Bind 3*.

2.5 Bruk av andre kilder

Andre kilder som er benyttet, er boka *Metode og oppgaveskriving* av Olav Dalland (2017), for utforming av oppgaven. Videre er Norsk Sykepleierforbund (2016) og Helse- og omsorgsdepartementet (2016) sin strategiplan for seksuell helse, mye brukt. TV 2 sumo

(2018) ble brukt som kilde til inspirasjon av valgt tema. For mer info om andre kilder, se litteraturliste.

2.6 Kildekritikk

All anvendt forskning, er fagfellevurderte vitenskapsartikler, som inneholder en klar IMRAD – struktur, med introduksjon, metode, resultat og diskusjon. Alle forskningsartiklene ble funnet gjennom sykepleiefaglige databaser. Forskningsartiklene er ikke eldre enn 10 år og er tidligst publisert i 2009 og senest i 2018. Jeg har samtidig prøvd å benytte forskning, som er geografisk nært. En forskningsartikkel er fra Sverige, resterende forskning er fra Nederland, Irland og Tyrkia. Dette er land som trolig kan overføres til Norsk helsevesen. Jeg fant dessverre ingen forskning om temaet, utført i Norge. Tre av forskningsartiklene har blitt utført i Nederland, av samme forfattere. Dette peker mot at temaet har blitt lite forsket på, og at forskningen har blitt utført på et lite avgrenset område i verden. Dette kan resultere i at forskningens omfang ikke er tilstrekkelig.

Noe av litteraturen jeg har brukt omtaler temaet for oppgaven generelt, og er ikke direkte knyttet opp til benamputerte. Et eksempel på dette er artikkelen "Effectiveness of the PLISSIT model for solving the sexual problems of patients with Stoma", som omhandler stomipasienter. Den er allikevel av høy overføringsverdi for min oppgave, da den sier noe om PLISSIT- modellens effekt i veiledning av pasienter med seksuelle problemer.

Alle forskningsartiklene er på engelsk, og det kan derfor tenkes at noe av innholdet kan ha blitt mistolket under oversettelsen og bearbeidelsen av artiklene.

3.0 EMPIRI

3.1 Artikkelmatrikse

Artikkelnummer: 1

Referanse	<p><i>"Sexual functioning and sexual well-being in people with a limb amputation: a cross-sectional study in the Netherlands"</i>.</p> <p>Nederland.</p> <p>Verschuren, J, E.A., Geertzen, H. J., Enzlin, P, Dijkstra, P.U & Dekker.P. (2016) I: Journal Disability and Rehabilitation, 38, s. 368-373.</p>
Hensikt	<p>Målet med studien var å undersøke om personer med amputasjoner, hadde forekomst av seksuelle problemer og hvilke seksuelle utfordringer som var tilstede. Samt undersøke om seksualitet ble diskutert med pasientene i løpet av rehabiliteringsprosessen.</p>
Metode	<p>Kvantitativ studie, hvor 4 ulike spørreskjema ble benyttet. Totalt 301 deltakere fullførte alle spørreskjemaene. Deltakerne var over 18 år og hadde gjennomgått minst en amputasjon av øvre eller nedre kroppsdel.</p>
Diskusjon/Resultat	<p>Resultatet viser at 50 % opplevde minst et seksuelt problem. Samlet sett opplevde 20 % en eller flere dysfunksjoner knyttet til seksualitet. De vanligste seksuelle problemene var relatert til seksuell lyst, seksuell opphisselse og orgasme. Seksuelle problemer ble ikke diskutert med pasientene under rehabiliteringsprosessen.</p>
Kommentar/ relevans	<p>Studien omhandler alle typer amputasjoner, men er relevant med tanke på hvilke seksuelle problemer som oppsto, og om seksualitet blir kommunisert med pasientene under rehabiliteringsprosessen.</p>

Artikkelnummer: 2

Referanse	<p><i>"Sex after amputation: The relationships between sexual functioning, body image, mood and anxiety in persons with a lower limb amputation."</i></p> <p>Irland.</p> <p>Woods, L., Hevey, D., Ryall, N., & O'Keeffe, F. (2018) I: Journal Disability and Rehabilitation, 40, s. 1663-1670.</p>
Hensikt	Målet med studien var å undersøke sammenhengen mellom psykologiske faktorer og seksuell funksjon, hos personer med benamputasjon(er).
Metode	Kvantitativ studie, hvor totalt 65 deltakere med benamputasjoner, i alderen 25-87 år deltok. 49 av de var menn og 16 var kvinner. Deltakerne besvarte ulike spørreskjemaer, som omhandlet deres nåværende psykologiske velvære og seksuelle aktivitet.
Diskusjon/resultat	Resultatet viser at halvparten av alle deltakerne med benamputasjoner var for tiden ikke seksuelt aktive. Ca. 60 % av de som var seksuelt aktive rapporterte seksuell dysfunksjon. Seksuell dysfunksjon var forbundet med betydelige høyere angstnivå og depresjon. Kroppsseksponeering og selvbevissthet under seksuelle aktiviteter, var den sterkeste forutsetningen for seksuell dysfunksjon.
Kommentar/ relevans	Studien viser at benamputerte opplever seksuelle utfordringer, og er dermed relevant med tanke på at kommunikasjon om seksualitet er viktig å ivareta for denne pasientgruppen.

Artikkelnummer: 3

Referanse	<p><i>"People with lower limb amputation and their sexual functioning and sexual well-being"</i>.</p> <p>Nederland.</p> <p>Verschuren, J, E.A., Geertzen, H. J., Enzlin, P, Dijkstra, P.U., & Dekker.R. (2015) I: Journal Disability and Rehabilitation, 37, s. 187-193.</p>
Hensikt	<p>Å beskrive hvordan personer med benamputasjon(er) opplever forandringer i sin seksuelle funksjon og seksuelle velvære, etter en slik amputasjon.</p>
Metode	<p>En kvalitativ studie med halvstrukturerte intervju. Totalt 26 intervjuer med benamputerte ble gjennomført. Minimumsalderen på deltakerne var 18 år og de mottok ambulant rehabiliteringsbehandling i Nederland eller i Belgia.</p>
Diskusjon/resultat	<p>Resultatet fra studien viser at personer med benamputasjon(er), kan bli konfrontert med problemer, knyttet til seksuell og/eller seksuelt velvære. Noen deltakere nevnte problemer av praktisk karakter og ønsket informasjon, åpenhet og diskusjon rundt temaet. Det fremgikk at kommunikasjon om seksualitet ikke bør være et tema i starten av rehabiliteringsprosessen, da dette ikke prioriteres av pasientene på dette tidspunktet.</p>
Kommentar/relevans	<p>Pasientens perspektiv på om det er behov for at seksualitet blir kommunisert, og når kommunikasjonen bør finne sted.</p>

Artikkelnummer: 4

Referanse	<p><i>"Sexuality in people with a lower limb amputation: a Topic too hot to handle?"</i></p> <p>Nederland.</p> <p>Verschuren, J. E. A., Enzlin, P., Geertzen, J. H. B., Dijkstra, P. U., Dekker, R. (2013) I: Journal Disability and Rehabilitation, 35, s. 1698-1704</p>
Hensikt	<p>Å analysere om seksualitet var diskutert i amputasjonsavdelinger og av hvem. Fokuset var rettet mot om fagpersoner mottok spørsmål om seksualitet fra pasientene med benamputasjon(er) og om de tematiserte seksualitet selv. samt hvilke kunnskaper, trygghet og holdninger fagpersonene hadde med hensyn til å diskutere seksualitet med pasientene.</p>
Metode	<p>Kvantitativ metode, hvor et nettbasert spørreskjema ble benyttet. Spørsmålene omhandlet erfaringsbasert sexologisk kompetanse og kunnskap, komfort og holdninger, med hensyn til seksualitet. De som deltok i studien var fagpersoner, fra 26 ulike rehabiliteringssenter og sykehus i Nederland, som arbeider med personer med benamputasjon(er). Et Belgisk rehabiliteringssenter deltok også i studien. Lenken ble sendt til 393 fagpersoner. 177 fagpersoner begynte å fylle ut spørreskjemaet, hvorav 166 fullførte hele spørreskjemaet.</p>
Diskusjon/resultat	<p>Resultatet fra studien viser at 78 % av fagfolkene hadde ikke mottatt spørsmål om seksualitet fra pasientene. 67 % av fagpersonene hadde ikke tatt opp temaet med pasientene. Erfaringsbasert kunnskap og evne til å gjenkjenne seksuelle problemer økte sjansen for å motta og ta opp spørsmål, relatert til seksualitet og seksuelle problemer.</p>
Kommentar/relevans	<p>Studien viser at seksualitet som tema sjeldent blir kommunisert, av fagpersonell og benamputerte i rehabiliteringen.</p>

Artikkelnummer: 5

Referanse	<p><i>"Mixed methods evaluation of an interdisciplinary sexuality education programme, for staff working with people who have an acquires physical disability"</i>.</p> <p>Irland.</p> <p>Higgins, A., Sharek, D., Nolan, M., Sheerin, B., Flanagan, P., Slaicuinaite, S., Mc Donnell, S., & Walsh, H. (2012) I: Journal of advanced nursing, 68 (11), s. 2559-2569.</p>
Hensikt	<p>Målet med studien var å undersøke hvilken effekt, en tverrfaglig undervisningsdag om seksualitet, hadde for helsepersonell som arbeider med mennesker med fysiske funksjonshemninger.</p>
Metode	<p>En kvalitativ metode med spørreskjemaer før og etter undervisningsdagen. Totalt 29 deltakere i alderen 20- 55 år. Flertallet av deltakerne var kvinner, og de hadde jobbet på sykehuset mellom 1-5 år. Deltakerne jobbet som sykepleier, fysioterapeut, ergoterapeut, sosionom eller helsefagarbeider.</p>
Diskusjon/resultat	<p>Resultatet fra studien viser at etter en undervisningsdag om seksualitet, (basert på trinn (P) av PLISSIT- modellen), førte til at helsepersonellet ble mer oppmerksomme på pasientenes seksuelle helse.</p> <p>Undervisningsdagen økte helsepersonellens kunnskap, trygghet og ferdigheter, med tanke på å gi tillatelse og tilrettelegge for at pasientene kunne snakke om seksualitet.</p>
Kommentar/relevans	<p>Studien belyser et tiltak, som bidro til å øke sykepleiernes kunnskaper, ferdigheter og trygghet om seksualitet. Noe som medførte at kommunikasjon om seksualitet, ble bedre ivaretatt.</p>

Artikkelnummer: 6

Referanse	<p><i>"Registered Nurses' reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears"</i>.</p> <p><i>Sverige.</i></p> <p>Saunamäki, N., & Engström, M. (2014) I: Journal of Clinical Nursing, 23, s. 531-540.</p>
Hensikt	Hensikten med studien var å beskrive sykepleiers refleksjoner om det å diskutere seksualitet med pasienter.
Metode	Kvalitativ studie, hvor 10 sykepleiere fra 3 ulike sykehus i Sverige deltok. Intervjuet ble gjennomført i 2010 og deltakerne var mellom 25 - 62 år. Flertallet var kvinner, men menn var også inkludert i studien.
Diskusjon/resultat	Å snakke om seksualitet i sykepleie, er utfordrende og vanskelig for sykepleiere. Sykepleierne som kommuniserte med pasienter om seksuelle problemer, gjorde det av egen lyst til å vise omsorg, samt være til hjelp. På grunn av sykepleiernes kunnskap på området, følte de et ansvar. Likevel førte temaet til motstridende følelser, som frykt og forlegenhet. Mangel på tid, støtte og private rom, samt fordommer, bidro til at de ikke tok opp seksualitet. Noen sykepleiere mente også at seksualitet var noen andre sitt ansvar og et tabubelagt tema.
Kommentar/relevans	Relevans med tanke på sykepleiers perspektiv på hva som skal til, og hvilke faktorer som hindrer dem i å diskutere seksualitet med pasienter.

Artikkelnummer: 7

Referanse	<p>”Sexuality Assessment Knowledge, Attitude, and skill of nursing students: an experimental study with control group”.</p> <p>Tyrkia.</p> <p>Tugut, N., & Golbasi, Z. (2017) I: International journal of nursing knowledge, 28, (3), s. 123-130.</p>
Hensikt	<p>Målet med studien var å identifisere sykepleiestudenters seksualitetsvurderingskunnskaper, holdninger og ferdigheter, før og etter seksualitetsopplæring.</p>
Metode	<p>Kvalitative studie, som ble utført på senior studenter på Cumhuriyet University, Fakultet for sykepleie og helsefag.</p> <p>Totalt 70 sykepleiestudenter gjennomførte studien, hvor 35 studenter var i den eksperimentelle gruppen, og 35 i kontroll – gruppen.</p>
Diskusjon/resultat	<p>I målingene som ble gjort etter seksualitetstreningen, ble det observert vesentlig høyere skår på kunnskaper, holdninger og ferdigheter om seksualitet hos studentene som gjennomførte eksperimentet, enn gjennomsnittsskåren av studentene i kontroll gruppen.</p>
Kommentar/relevans	<p>Studien er relevant for min problemstilling, da den belyser et tiltak, som bidrar til å øke sykepleiestudenters kunnskap og ferdigheter om seksualitet.</p>

Artikkelnummer: 8

Referanse	<i>"Effectiveness of the PLISSIT model for solving the sexual problems of patients with Stoma"</i> . Tyrkia. Ayaz, S., & Kubilay, G. (2009) I: Journal of clinical Nursing, 18, s. 89-98.
Hensikt	Målet med studien var å undersøke hvilken effekt, bruk av PLISSIT-modellen hadde for å løse seksuelle problemer hos personer med stomi.
Metode	Kvalitativ studie, med 60 pasienter med stomi i Ankara deltok, derav 30 pasienter i case-gruppen og 30 pasienter i kontrollgruppen.
Diskusjon/resultat	Studien viser at PLISSIT – modellen, har en positiv virkning i veiledning om seksualitet til pasienter stomi. Negative faktorer i form av bekymringer, relatert til seksuallivet, ble betraktelig mindre.
Kommentar/relevans	Denne studien er gjennomført på stomipasienter, men er relevant for min problemstilling, da den belyser effekten av å benytte PLISSIT modellen, i møte med pasienter med seksuelle problemer.

3.2 Sammenfatning av empiri

Innhentet forskning viser at seksualitet sjeldent eller aldri blir diskutert med benamputerte i rehabiliteringen (Verschuren m.fl. 2013; Verschuren m.fl. 2015; Verschuren m.fl. 2016).

Sykepleierne i studien til Saunamäki og Engström (2014) hevdet at årsakene kan være manglende kunnskap og opplæring, følelse av ubehag og usikkerhet, mangel på tid, rutiner og private rom, samt fordommer og tabu. Sykepleierne som kommuniserte med pasientene om seksuelle problemer, gjorde det på grunn av deres ansvarsfølelse og kunnskap om temaet.

Disse sykepleierne hadde et sterkt behov for å hjelpe (Saunamäki og Engström, 2014).

Studien til Higgins m.fl. (2012) viser at helsepersonell har manglende kunnskap, trygghet og ferdigheter om seksualitet. Erfaringsbasert kunnskap og evne til å gjenkjenne seksuelle problemer, økte sjansen for å stille og motta spørsmål om seksualitet (Verschuren m.fl. 2013).

Forskningsartikler viser at benamputerte opplever seksuelle problemer og dysfunksjoner som følge av amputasjonen (Verschuren m.fl. 2015; Verschuren m.fl. 2016; Woods m.fl. 2018).

De vanligste problemene ifølge Verschuren m.fl. (2016), var seksuell lyst, seksuell opphisselse og orgasme. Over halvparten av deltakerne i studien til Woods m.fl. (2018) var ikke seksuell aktive, og over 60 % av de som var seksuelt aktive, hadde seksuelle problemer. De seksuelle problemene var knyttet til vaginisme og nonsensualitet hos kvinnene og impotens, tidlig utløsning og nonsensualitet hos mennene. De seksuelle dysfunksjonene hadde en sammenheng med depresjon, angst og negativt kroppsbilde (Woods m.fl. 2018). Ifølge Verschuren m.fl. (2015) var det individuelt om benamputerte opplevde endringer i velvære, som følge av amputasjonen. De fleste opplevde ingen endring. Benamputerte som opplevde negative endringer, var relatert til skam, partners reaksjon, mindre nytelse av sex, dårligere selvbilde og praktiske problemer med tanke på mobilisering, rett før og under sex. De positive endringene var knyttet til at amputasjonen fjernet smerte eller svulst, og de kunne nyte sex bedre enn før, og fikk dermed et positivt selvbilde.

Ifølge studien til Verschuren m.fl. (2016) hadde deltakerne behov for informasjon, om de praktiske konsekvensene, amputasjonen hadde for seksuallivet. De ønsket å snakke med noen om selvbilde, angst og hvordan de kunne akseptere sitt endrede utseende, samt dele erfaringer med fagpersonell og andre personer med amputasjon(er). Studien til Verschuren m.fl. (2015) viser at deltakerne hadde satt pris på, åpenhet og informasjon fra helsepersonell om håndtering av praktiske problemer, knyttet til mobilitet før og under seksuell aktivitet. Deltakerne ønsket imidlertid ikke slike opplysninger i begynnelsen av rehabiliteringsprosessen, da seksualitet ikke var prioritert for pasientene på dette tidspunkt.

Noen benamputerte uttrykte et klart ønske om at de ville kommunisere om seksualitet med en fagperson som de kunne føle seg komfortable med og kunne stole på, i løpet av rehabiliteringsprosessen (Verschuren m.fl. 2015). Ifølge studien til Verschuren m.fl. (2016) rapporterte deltakerne behov for veiledning, uansett om de opplevde seksuelle dysfunksjon(er) eller ikke.

Ayaz og Kubilay (2009) fant i sin studie, at bruk av PLISSIT-modellen, hadde en positiv virkning i veiledning med stomipasienter med seksuelle problemer. Bekymringer knyttet til seksualitet ble betraktelig redusert. Studien til Higgins m.fl. (2012) viser at en tverrfaglig undervisningsdag om seksualitet, økte helsepersonellens kunnskaper, ferdigheter og trygghet. Dette medførte til at helsepersonell var mer villige til å stille spørsmål og lytte, slik at pasientens seksuelle bekymringer, ble satt i fokus. Dette kan sees i sammenheng med studien

til Tugut og Golbasi (2017), hvor gjennomført opplæring i seksualvurdering, hadde en positiv effekt på sykepleierstudentenes kunnskaper, holdninger og ferdigheter om seksualitet.

4.0 TEORETISK REFERANSERAMME

Her presenteres generell teori og sykepleieteori som er knyttet opp mot problemstillingen. Deriblant ”Benamputasjon”, ”Hva er seksualitet?”, ”Fravær av seksuell helse”, ”Sykepleierens møte med det seksuelle mennesket” med fokus på ”Sykepleierens kunnskaper, trygghet og holdninger”. Deretter ”Yrkesetiske retningslinjer” og ”Holistisk menneskesyn”, samt ”Profesjonell hjelpende kommunikasjon og utforskende ferdigheter”. Videre presenteres ”PLISSIT – modellen” og ”Nasjonal strategiplan for seksuell helse”. Til slutt vil jeg presentere Joyce Travelbees sykepleieteori – ”Menneske-til- menneske forhold”, derav ”Kommunikasjon”, som utgjør det sykepleieteoretiske i oppgaven.

4.1 Benamputasjon

En benamputasjon kan være et livreddende inngrep, hvor man ofrer en funksjon. Perifer sirkulasjonssvikt, er den vanligste årsaken til benamputasjon i Norge. Det er hovedsakelig hvilesmerter eller utbredte sår, infisert eller ikke, som indikerer at det må utføres en amputasjon. Andre årsaker er ulykker eller traumer, hvor benet har blitt alvorlig skadet, slik at knoklene ikke kan bygges opp igjen for å sikre blodforsyningen. Kreftsvulster i hud og knokler, eller alvorlige infeksjoner, er også en mulig årsak (Hansen, 2015).

Amputasjon av fot, ankel-ledd, legg, kneledd, lår, hofte og bekken er de ulike amputasjonene som kan utføres i benet. Faktorer som spiller inn på pasientens amputasjonsnivå er sykdomsårsak, aktivitetsnivå og andre medisinske og ortopediske forhold (Hansen, 2015). Tall fra Norsk Pasientregister viser at det er mellom 1600-1700 pasienter som gjennomgår en benamputasjon hvert år (Norsk fot- og ankelregister, 2014).

4.2 Hva er seksualitet?

Seksualitet er definert på mange måter. Seksualitet kommer fra det latinske ordet, *sexus* som betyr kjønn. Ordet sex, blir ofte brukt om samleie eller seksuell omgang, som involverer kjønnsorganene. Seksualitet har derimot en bredere betydning som omhandler alle faktorer, ved det å være en seksuell person og det er ikke bare knyttet til menneskets seksuelle aktiviteter. Seksualitet er et komplekst fenomen, som er knyttet til både fysiske, psykiske, sosiale, åndelige og kulturelle forhold. Et godt forhold til sin egen seksualitet og gode relasjoner til andre mennesker, er et viktig grunnlag for et godt seksualliv og livskvalitet (Gamnes, 2014).

Hvilken betydning seksualitet har for hvert enkelt menneske og innholdet i den enkeltes seksualitet, vil variere mye i løpet av livet, og påvirkes og endres ut fra de forutsetningene en har. Hvilken betydning seksualitet har for livskvaliteten til den enkelte er forskjellig. Noen mener samleie er nødvendig for både fysisk og psykisk helse og velvære, mens andre kan leve et godt liv uten sex i korte eller lengere perioder av livet. I noen tilfeller virker det å være en sammenheng mellom seksuell dysfunksjon og andre fysiske eller psykiske plager (Gamnes, 2014).

4.3 Fravær av seksuell helse

Mange pasienter i rehabiliteringen har fått endringer i sitt seksuelle liv etter sykdom eller skade. Seksuell uhelse kan ha oppstått direkte på grunn av skaden eller behandlingen, eller på grunn av fysiske, psykiske, relasjonelle og sosiale forhold (Romsland m.fl. 2016). Seksuelle dysfunksjoner er vanlige følgetilstander ved både fysiske og psykiske sykdommer, og ulike symptomer kan begrense seksuell lyst, nytelse og seksuelle aktiviteter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

Fysiske årsaker som gjør det fysisk umulig å gjennomføre seksuelle aktiviteter, kan for eksempel være relatert til vaskulære, hormonelle eller til fysiske misdannelser. Depresjon, angst, manglende selvtillit og presentasjonsangst, er psykiske faktorer som kan bidra til at det oppstår hindringer for personen å utøve seksuelle aktiviteter. Smerter og bivirkninger av medikamenter kan være andre årsaker, som begrenser personen til å utføre seksuelle aktiviteter (Romsland m.fl. 2016). Endringer i kropp og kroppsbilde kan påvirke hvordan man forholder seg til egen seksualitet. Operasjoner som endrer utseende fysisk, som det å amputere et ben, kan gi endret selvbilde og selvtillit, som påvirker den seksuelle helsen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

Et velfungerende seksualliv kan fremme velvære, livskvalitet og helse. Det kan dermed være hensiktsmessig for personer med nedsatt funksjonsevne å finne nye måter å ha et tilfredsstillende seksualliv på (Romsland m.fl. 2016).

4.4 Sykepleierens møte med det seksuelle mennesket

4.4.1 Sykepleierens kunnskaper, trygghet og holdninger

I møte med det seksuelle mennesket, er det nødvendig å ha grunnleggende kunnskaper om hvordan seksualfunksjonen kan påvirkes ved sykdom, medisinsk behandling og ved fysiske og psykiske betingete seksuelle problemer (Gamnes, 2014). Det er også viktig at sykepleier føler seg trygg og kompetent til å gi råd om enkle problemer rundt seksualitet, samtidig for at pasienten skal få mulighet til å våge og snakke om sine seksuelle problemer (Gamnes, 2014; Romsland m.fl. 2016). Kunnskaper om seksualitet, kan bidra til at sykepleieren føler seg tryggere på å ta opp temaet, og snakke om et tabubelagt og følsomt emne (Gamnes, 2014).

I samtale med pasienten om seksualitet, er det avgjørende at sykepleieren forholder seg profesjonell, for å sikre god kommunikasjon. Dette innebærer å ha et bevisst og reflektert forhold til egne og andres holdninger og erfaringer knyttet til seksualitet, for å kunne være fordomsfri og imøtekommende til pasienter, og for å kunne ivareta pasienten og seg selv, på en best mulig måte (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016; Gamnes, 2014).

Sykepleieren må være lyttende og utforskende og i tillegg ha respekt for sin profesjonalitet. Dette betyr å vite hva som kan og ikke kan gjøres. Seksualitet kan innebære følelser som skam, skyld, fornedring og aggressivitet. Dette er spenninger sykepleier kan støte på i møte med pasienter i helsevesenet. Sykepleier må synliggjøre hva som er tillat og ikke, når det gjelder både ord og handlinger, med hensyn til seksuelle følelser. Det må samtidig legges til rette for og utøves respekt for pasientens opplevelse av seksualitet, problemer, grenser og måten vedkommende ønsker å leve ut sin seksualitet på (Gamnes, 2014).

Kunnskaper om kommunikasjon, holdninger og etikk, relatert til seksuelle problemstillinger, er ikke noe man kan lese seg til. For å bli bevisst hvilke holdninger man har, må man oppleve at sine verdier og holdninger blir utfordret. Dersom en sykepleier har problematiske og / eller uavklarte forhold til sin egen seksualitet, er det nødvendig å gå inn i ulike problemprosesser. ”Desensitivisering” er en prosess som innebærer at en blir vant til situasjoner, som fremkaller frykt. Med andre ord vil det si at man blir komfortabel med ulike seksuelle emner, uttrykksformer og variasjoner. ”Sensitivisering” øker oppmerksomheten på ens egne holdninger og følelser ovenfor seksuelle temaer, og man stiller seg spørsmålene; ”Hvordan tenker jeg?” ”Hva føler jeg?” ”Inkorporering” er en prosess som innebærer å integrere ny

informasjon i en allerede eksisterende kunnskap. I noen tilfeller vil dette føre til at en må endre sine holdninger og verdier, hvis de er bygget på feilinformasjon eller fordommer. En slik prosess kan være ubehagelig til tider, men er nødvendig som et grunnlag for økt forståelse og respekt for ulike oppfatninger om seksualitet (Gamnes, 2014).

4.4.2 Yrkesetiske Retningslinjer

Norsk Sykepleierforbund har utarbeidet yrkesetiske retningslinjer, som beskriver sykepleierens profesjonsetikk og de forpliktelser som tilrettelegger for en god sykepleiepraksis. Retningslinjene er basert på ICN's etiske regler og FNs menneskerettighetserklæring (Norsk Sykepleierforbund, 2016). Retningslinjene omhandler sykepleiers forhold til profesjonen, pasienten, pårørende, medarbeidere, arbeidsplassen og samfunnet. De ulike retningslinjene, er beskrevet under disse temaene. "Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkeltes menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene" (Norsk Sykepleierforbund, 2016).

4.4.3 Holistisk menneskesyn

Det holistiske menneskesynet, er et fundament i sykepleie. Et holistisk menneskesyn innebærer å se mennesket som et helhetlig fenomen, hvor de ulike dimensjonene fysiske, psykiske, sosiale og åndelige, gjensidig påvirker hverandre, og hvor sykepleietiltak rettes mot disse dimensjonene (Haugan, 2017).

4.4.4 Profesjonell hjelpende kommunikasjon og utforskende ferdigheter

Profesjonell, hjelpende kommunikasjon har et helsefaglig formål å hjelpe den andre med å fremme helse, forebygge sykdom, gjenoppta helse og lindre lidelse. Det innebærer ferdigheter som aktiv lytting, samtale-, rådgivnings- og intervjuferdigheter. Den er anerkjennende, skaper trygghet og tillit, og formidler informasjon på løsningsorienterte måter, slik at pasienter og pårørende mestrer situasjonen på en best mulig måte. Den er pasientrettet og en forutsetning for empowerment, og har en etisk tilhørighet i form av verdier som likeverd, hensyn til pasientens beste og rett til selvbestemmelse (Eide og Eide, 2007).

Praktiske ferdigheter i hjelpende kommunikasjon innebærer å ha ferdigheter i å takle konkrete kommunikasjonssituasjoner på en hjelpende, støttende og problemløsende måte.

Betydningsfulle aspekter for en velfungerende kommunikasjon og som oppleves hjelpende for pasienten kan være:

1. å lytte til den andre
2. å observere og fortolke den andres verbale og nonverbale signaler
3. å skape gode og likeverdige relasjoner
4. å formidle informasjon på en klar og forståelig måte
5. å møte den andres behov og ønsker på en god måte
6. å stimulere den andres ressurser og muligheter
7. å strukturere en samtale eller samhandlingssituasjon
8. å skape alternative perspektiver og åpne for nye handlingsvalg
9. å forholde seg åpent til vanskelige følelser og eksistensielle spørsmål
10. å samarbeide om å finne frem til gode beslutninger og løsninger (Eide og Eide, 2007, s. 21)

Det finnes en rekke kommunikasjonsverktøy man kan benytte seg av i hjelpende kommunikasjon. Utforskende ferdigheter kan være til hjelp når sykepleier skal kommunisere om et utfordrende tema, som seksualitet. Utforskende ferdigheter innebærer først og fremst å stille spørsmål, kombinert med å lytte aktivt, speile og bekrefte den andre, både non-verbalt og verbalt (Eide og Eide, 2007).

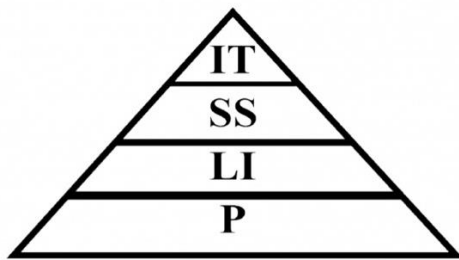
Lukkede spørsmål kan besvares med få ord, som regel med ja eller nei. Det brukes for å få bekrefte eller avkrefte noe konkret og spesifikt. Å stille lukkede spørsmål kan i visse sammenhenger være en god måte å utfordre den andre på, for på den måten å få avklart noe viktig, og muligens noe ubehagelig. Når lukkede spørsmål blir stilt til rett tid og på rett måte, kan de ha en aktiverende, åpnende og reflekterende funksjon. Dette kan for eksempel gjelde i situasjoner, hvor både hjelper og pasient kan ha en bevisst eller ubevisst motstand mot å være konkrete. Hjelperen kan være redd for å spørre av hensyn til hvordan den andre vil reagere. Pasienten kan være redd for å bli spurt, fordi spørsmålet vil kunne bringe noe uønsket og ubehagelig. Slike situasjoner kan lett oppstå når man skal kommunisere om seksualitet (Eide og Eide, 2007).

Åpne spørsmål kjennetegnes av å benytte seg av spørreordene ”Hvordan”, ”Hva” eller ”Hvorfor”. Åpne spørsmål inviterer til utforskning, beskrivelser og forklaringer, som gir rom for den andre til å snakke ut fra egne følelser, tanker og opplevelser (Eide og Eide, 2007).

4.5 PLISSIT – Modellen

PLISSIT – Modellen kan være et godt egnet verktøy for sykepleiere i møte med pasienter med seksuelle problemer. Modellen ble første gang presentert av psykologen Jack Annon i 1976. Den beskriver ulike nivå en kan forholde seg til, og behandle seksuelle problemer på.

PLISSIT står for ”Permission”, ”Limited Information”, ”Specific Suggestions” og ”Intensive Therapy”, som på norsk betyr ”Tillatelse”, ”Begrenset informasjon”, ”Spesifikke forslag” og ”Intensiv terapi”. Modellen er utformet som en pyramide, og illustrerer fire ulike nivå. De fleste som trenger informasjon eller hjelp ved seksuelle problemer, befinner seg på det første (laveste) nivå i pyramiden (P). Jo høyere nivå, desto færre personer (Gamnes, 2014).



(Pedersen, 2016).

Sykepleiere med 3-årig grunnutdanning skal være i stand til å ivareta de to nederste trinnene i modellen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

P (Tillatelse): På dette nivået gis det rom og tillatelse for å snakke om seksualitet. Det innebærer at pasienten skal få aksept og ha lov å ta opp seksuelle temaer, samt at profesjonelle fagpersoner legger til rette og signaliserer at det er tillat å snakke om seksualitet. For helsepersonell er det ikke påkrevd utdanning på dette nivå, men en må føle seg trygg på å snakke om seksualitet (Gamnes, 2014).

LI (Begrenset informasjon): Her gis begrenset og saklig informasjon om seksualitet på generell basis. Det kan for eksempel være informasjon om seksuelle hjelpemidler. Informasjonen kan være både skriftlig og muntlig, men ved skriftlig informasjon er det viktig å forsikre seg om at den er forstått. Gjennom muntlig informasjon er det lettere å avdekke og oppklare eventuelle misforståelser (Gamnes, 2014).

Nest siste nivå **SS (Spesifikke forslag)** innebærer å kunne stille spørsmål, få spesifikke forslag og løsninger på sine seksuelle problemer. Det kreves kunnskap om rådgivning, oversikt over og kjennskap til ulike forslag og løsninger. Dette nivå dekkes av svært få utdanninger, som betyr at en må tilegne seg mer kunnskap, enn hva grunnutdanningen har gitt, for å kunne ivareta personer her (Gamnes, 2014).

Siste nivå **IT (Intensiv terapi)** innebærer spesialiserte behandlingstilbud, som krever omfattende sexologisk behandling. Dette krever spesialkompetanse i psykoterapi og sexologi, og behandlingen må finne sted på sentrale og regionale sexologiske kompetansesentre (Gamnes, 2014).

Ifølge PLISSIT- modellen, er det ikke nødvendig å være sexolog for å kunne gi veiledning og råd knyttet til seksualitet. Sykepleiere kan gi god hjelp bare ved å gi tillatelse til å snakke om seksualitet, være lyttende, ha kunnskap, evne til empati og selvinnsikt. Samtidig som man har den nødvendige avstanden, for å kunne observere og vurdere (Gamnes, 2014).

4.6 «Snakk om det!» – Nasjonal Strategiplan for seksuell helse

Helse- og omsorgsdepartementet utgav i 2017 en ny nasjonal strategiplan om seksuell helse, som heter ”Snakk om det!”. Den retter fokuset på at det må snakkes mer om seksualitet i helsevesenet, og i samfunnet generelt. Målet med strategien er å bidra til å sikre god seksuell helse i hele befolkningen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

Helse- og omsorgsdepartementet (2016) peker frem tiltak som innebærer å øke bevissthet omkring seksuell helse, som ressurs gjennom livet, i alle ledd av helsetjenestene. Sikre at helsepersonell tilegner seg tilstrekkelig kunnskap om seksuell helse under grunnutdanningen, samt gjøre behovet for å tematisere seksuell helse synlig, i oppfølgingen av brukere, pasienter og pårørende. De hevder at dersom seksualitet sjeldent eller aldri snakkes om, vil det være enda vanskeligere for pasienten å ta opp problemer knyttet til seksualitet, når behovet oppstår. Helsepersonelllets manglende bevissthet og oppmerksomhet om seksuell helse, kan medføre at pasienten opplever at deres seksualitet blir oversett, og at seksuell helse som en ressurs, blir glemt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

4.7 Joyce Travelbee

Joyce Travelbee (1926 – 1973) var en amerikansk psykiatrisk sykepleier som i tillegg underviste sykepleiestudenter. Hun utgav boken *Interpersonal Aspects of Nursing* i 1966 – revidert i 1971. Boken ble oversatt til norsk i 1999 med tittelen *Mellomenneskelige forhold i sykepleie* (Travelbee, 1999).

Travelbees sykepleietenkning har hatt og har fortsatt stor innflytelse på norsk sykepleieutdanning. Travelbee sa selv at hun var inspirert av eksistensialistisk filosofi og humanistisk psykologi, noe som gjenspeiles i hennes sykepleieteori (Kirkevold, 2009).

Hennes sykepleieteori legger vekt på det mellommenneskelige aspektet ved sykepleie. Hun hevder at for å forstå essensen av hva sykepleie er og bør være, må man ha en forståelse av hva som skjer mellom pasient og sykepleier, hvordan denne interaksjonen kan oppleves, og hvilke konsekvenser dette kan medføre for pasienten og hans tilstand (Kirkevold, 2009).

Travelbees definisjon på sykepleie lyder som følger:

Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktiker hjelper et individ, en familie, eller et samfunn i å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og, om nødvendig, å finne mening i disse erfaringene. (Travelbee, 1971, s.7).

4.7.1 Menneske - til - menneske forhold

Travelbee beskriver fem ulike faser for å etablere et menneske - til - menneske forhold. Første fase er ”Det innledende møtet”, hvor sykepleieren og pasient møtes for første gang og danner et førsteinntrykk av hverandre. I denne fasen ser man hverandre i rollene, men etterhvert som interaksjonen skrider frem, i andre fase ”Fremvekst av identiteter”, går man bort i fra rollene og begynner å se den andre som et unikt menneske. Tredje fase er ”Empatifasen” hvor sykepleier kjenner til pasientens tilstand og lidelse, og føler forståelse for pasientens opplevelse av sin situasjon (Romsland m.fl. 2016). Denne fasen fører raskt over i fjerde fase ”Sympatifasen”, som er et resultat av empatifasen. Her handler sykepleier til det beste for pasienten, ut i fra erkjennelsen og forståelsen av pasientens situasjon (Kirkevold, 2009). Til slutt kommer femte fase ”Gjensidig forståelse og kontakt”. Her har sykepleier og pasient etablert et menneske-til-menneske forhold, der de deler nært forbundede tanker, følelser og holdninger (Kirkevold, 2009), samt at de opplever og forholder seg til hverandre, som unike mennesker (Romsland m.fl. 2016). Forholdet er et resultat av at sykepleier har konsekvent, lettet pasientens plager eller lidelse (Kirkevold, 2009).

Hensikten med å etablere et menneske-til-menneske forhold er å hjelpe individet til å forebygge, mestre og finne mening i sykdom og lidelse. I sykepleieutøvelsen vil en slik mellommenneskelig prosess være et virkemiddel, som muliggjør dette for pasienten. Det mest fremtredende kjennetegnet på et menneske-til-menneske forhold er at sykepleiebehovene til den enkelte blir ivarettatt. Det er sykepleierens ansvar å etablere og opprettholde forholdet,

men det kan ikke gjøres alene – det er et gjensidig forhold mellom sykepleier og pasient. Et menneske- til- menneske forhold forutsetter at en ser hverandre som unike mennesker og ikke i rollen som ”sykepleier” og ”pasient”. Travelbee hevder at det er først i det øyeblikket et av individene oppfatter den andre som menneske, at den reelle kontakten oppstår (Travelbee, 1999).

4.7.2 Kommunikasjon

Ifølge Travelbee, er kommunikasjon et av de viktigste verktøyene sykepleieren har, og det er en forutsetning for å kunne oppnå hva hun hevder er sykepleierens hensikt. Kommunikasjon foregår alltid i samspill mellom sykepleier og den det utøves omsorg for, både verbalt og nonverbalt. Sykepleieren og pasienten vil kommunisere gjennom deres utseende, atferd, holdning, ansiktsuttrykk, manerer og gester. Dette vil foregå bevisst eller ubevisst. Det er med andre ord en gjensidig prosess, hvor sykepleier og den syke observerer hverandre, samt deler eller overfører tanker og følelser. En deler likevel ikke meningsfulle tanker og følelser med den andre, før en vet sikkert at det en formidler blir mottatt og ikke ignorert, latterliggjort, avvist eller nedvurdert (Travelbee, 1999).

Kommunikasjon kan enten fungere hemmende eller fremmende. Travelbee hevder at innholdet i kommunikasjonen skal være velgjørenhet og målet med kommunikasjonen er å bli kjent med pasienten, samt finne frem til og ivareta hans behov. Kommunikasjon er en komplisert prosess som krever bestemte forutsetninger, som kunnskap, evne til å anvende denne, sensitivitet og en velutviklet sans for timing, samt mestring av ulike kommunikasjonsferdigheter. Samtidig advarer Travelbee mot å tro at kommunikasjonsverktøy kan brukes med magisk effekt, og sier det finnes ingen fasit på hvordan man skal kommunisere for å etablere et bånd (Kirkevold, 2009).

5.0 DRØFTING

På bakgrunn av anvendt forskning og teori, vil jeg i dette kapittelet drøfte min problemstilling ”Hvordan kan sykepleier ivareta behovet for kommunikasjon om seksualitet hos benamputerte i rehabilitering?” Jeg vil se på hvilke utfordringer og forutsetninger dette krever både for sykepleieren, men også på et organisatorisk plan. Jeg vil først se på hindringene som bidrar til at sykepleieren ikke kommuniserer om seksualitet, og drøfte betydningen av sykepleiers kunnskap, trygghet og holdninger. Deretter vil jeg drøfte hvordan sykepleiers kompetanse kan økes. Videre vil jeg drøfte PLISSIT- modellen som et verktøy. Til slutt vil jeg drøfte betydningen av relasjon og kommunikasjonsferdigheter, primært med utgangspunkt i kommunikasjonsteori og hva Travelbee omtaler som et menneske-til-menneske forhold.

5.1 Betydningen av sykepleiers kunnskaper, trygghet og holdninger

Flere studier viser at seksualitet sjeldent eller aldri blir kommunisert med benamputerte i rehabiliteringen (Verschuren m.fl. 2013; Verschuren m.fl. 2015; Verschuren m.fl. 2016). Hvorfor spør vi ikke pasienten ”hvordan er din seksuelle helse?”, på samme måte som vi spør ”hvordan er eliminasjonen?”

Som det fremgår i anvendt teori, er det viktig at sykepleier har kunnskap, for å kunne kommunisere om seksualitet. Gamnes (2014) hevder at grunnleggende kunnskap om hvordan sykdom og dens komplikasjoner påvirker seksualiteten, vil være nødvendig. Dette kan sees i sammenheng med studien til Verschuren m.fl. (2013), hvor erfaringsbasert kunnskap om seksualitet og evne til å gjenkjenne seksuelle problemer, økte sjansen for å stille og motta spørsmål, knyttet til seksuelle problemer. Dette gjenspeiles også i studien til Saunamäki og Engström (2014), der sykepleierne med kunnskap om temaet, følte et ansvar for å ta opp seksualitet med sine pasienter, sammenlignet med de sykepleierne som følte de ikke hadde nok kunnskap og opplæring om temaet.

Flere studier viser at en benamputasjon kan påvirke pasientens seksualitet på en eller annen måte. Bakgrunnen for forskningsartiklene til Verschuren m.fl. (2016) og Woods m.fl. (2018), var nettopp å undersøke hvilke seksuelle problemer som var tilstede, og om disse seksuelle dysfunksjonene hadde sammenheng med psykologiske faktorer. Ifølge Verschuren m.fl. (2016), var det 50 % av deltakerne som rapporterte minst et seksuelt problem, og samlet sett opplevde 20 % en eller flere seksuelle dysfunksjoner. De vanligste problemene var relatert til

seksuell lyst, opphisselse og orgasme. Dette kan gjenspeiles i Woods m.fl. (2018), hvor over halvparten av deltakerne ikke var seksuelt aktive, og over 60 % av de som var seksuelt aktive, hadde seksuelle problemer knyttet til vaginisme og nonsensualitet hos kvinnene og impotens, tidlig utløsning og nonsensualitet hos mennene. De seksuelle dysfunksjonene hadde en sammenheng med depresjon, angst og negativt kroppsbilde (Woods m.fl. 2018).

På bakgrunn av resultatene fra studiene ovenfor og det Gamnes (2014) omtaler som grunnleggende kunnskap, kan en mulig forklaring være at sykepleierne ikke tar opp temaet med pasientene, da de mangler kunnskap om konsekvensene benamputasjonen kan ha på pasientens seksuelle helse. Det kan tenkes at uten kunnskap, forstår ikke sykepleier omfanget, og anser dermed ikke seksualitet som noe vesentlig å ta opp med benamputerte i rehabiliteringen. En annen mulig forklaring kan være at erfaring er avgjørende for at sykepleierne skal ta opp temaet. Da kan en undre seg i hvilken grad seksualitet er en del av sykepleiers utdanningsplan.

Ifølge Saunamäki og Engström (2014), var imidlertid ikke den største barrieren mangel på kunnskap, når det gjaldt å snakke om seksualitet med pasienter. De fleste av sykepleierne i studien, hevdet å ha tilstrekkelig kunnskap om hvordan sykdommer påvirket seksualiteten. På tross av dette, kommuniserte fåtallet om seksualitet til sine pasienter.

Hvilke andre faktorer er det som hindrer sykepleierne å bringe temaet frem i lyset?

Ifølge Gamnes (2014) må sykepleier føle seg trygg med hensyn til seksualitet, for å anvende laveste nivå av PLISSIT- modellen. Dette kan en finne støtte i hos Higgings m.fl. (2012), hvor sykepleierne rapporterte både manglende trygghet og ferdigheter, i tillegg til manglende kunnskap, som bidro til at de ikke kommuniserte om temaet. Dette gjenspeiles i studien til Saunamäki og Engström (2014), hvor sykepleierne nevnte følelser som usikkerhet og ubehag som faktorer. I motsetning til sykepleierne i Saunamäki og Engström (2014), oppgav omtrent en tredjedel av deltakerne i studien til Verschuren m.fl. (2013) at seksualitet, var et lett tema å bringe på banen. Det var derimot ingen av disse som tematiserte seksualitet i amputasjonsavdelingen i løpet av forskningsperioden.

I tillegg til fravær av kunnskap og trygghet, var mangel på tid, rutiner, private rom, tabu og fordommer grunner til at sykepleierne ikke diskuterte seksualitet med sine pasienter (Saunamäki og Engström, 2014). Dette kan gjenspeiles i Verschuren m.fl. (2013), hvor 30 %

oppgav manglende tid, som årsak til at temaet ikke ble diskutert mellom faggrupper og i team. Er det virkelig slik at manglende tid bidrar til at seksualitet ikke blir kommunisert med benamputerte i rehabiliteringen? Eller kan det også tenkes at sykepleierne bruker mangel på tid som en mulig unnskyldning for å slippe å snakke om et ubehagelig og tabubelagt tema? En annen mulig forklaring kan være at seksualitet som tema, ikke er en del av avdelingens rutiner, og blir dermed ikke sett på som en prioritert fremfor andre sykepleietiltak under rehabiliteringsprosessen. Det er en kjensgjerning at dagens helsevesen er preget av tidspress. Det er derfor lite sannsynlig at sykepleierne tar på seg ekstra oppgaver som ikke anses å være en del av avdelingens rutiner.

En annen viktig faktor for at seksualitet blir tatt opp, er sykepleierens holdninger. Som Gamnes (2014) sier er det viktig å ha kunnskap om sine egne og andres holdninger til seksualitet, for å kunne ivareta pasienten på en best mulig måte. I studien til Higgings m.fl. (2012), trodde en av deltakerne at mennesker med fysiske funksjonshemninger var aseksuelle, før gjennomført tverrfaglig undervisningsdag om seksualitet. I intervjuet med Celine, nevnt innledningsvis i oppgaven, forteller også hun om det å bli avseksualisert som funksjonshemmet, i møte med helsepersonell: ”Den gangen jeg satt i rullestol og ikke hadde fått protesene mine, følte jeg veldig på det at ”hun kan sikkert ikke ha sex, for hun sitter i rullestol og mangler to ben” (TV2 Sumo, 2018). Dette kan sees i sammenheng med studien til Saunamäki og Engström (2014), hvor alle sykepleierne innrømmet at de hadde satt egne ideer om pasientens seksuelle liv, uten noe informasjon som støttet at disse tankene var reelle. Er det virkelig slik at sykepleierens egne teorier om hvilke mennesker som har sex eller ikke, skal være avgjørende for hvem seksualitet blir kommunisert med, eller hvilke pasienter sykepleierne tror, seksualitet er av betydning for? Kan det tenkes at slike forutinntatte holdninger er en konsekvens av manglende kunnskap? Kan en annen mulig forklaring være at sykepleieren har uavklarte holdninger til sin egen seksualitet, som medfører at det blir vanskelig å forholde seg profesjonell rundt andres seksualitet, og dermed ikke åpner opp for å snakke om temaet?

På bakgrunn av teori og forskningsresultater ovenfor, er det trolig en kombinasjon av mange faktorer, som bidrar til at seksualitet ikke blir snakket om. Det er nærliggende å tro at uten tilstrekkelig kunnskap, trygghet og de rette holdningene, vil ikke sykepleieren stå faglig rustet til å ivareta at seksualitet blir kommunisert. Det er derfor viktig at sykepleiers kompetanse økes.

5.2 Hvordan kan sykepleier øke sin kompetanse?

Først og fremst kan sykepleieren selv ta ansvar for å tilegne seg kompetanse om seksualitet, dersom de har manglende kunnskap om temaet. Dette er i tråd med sykepleierens yrkesetiske retningslinjer, som sier at sykepleieren har ansvar for å oppdatere seg på ny forskning og utvikling, samt bidra til at denne kunnskapen anvendes i praksis (Norsk Sykepleierforbund, 2016). Dersom sykepleieren har problematiske eller uavklarte forhold til sin egen eller andres seksualitet, kan det være hensiktsmessig å gå inn i ulike problemprosesser, som skaper holdningsendringer, som medfører økt forståelse og respekt for ulike oppfatninger om seksualitet (Gannes, 2014).

På et organisatorisk plan vil det trolig være nødvendig å implementere kurs og fagdager om seksualitet i rehabiliteringsavdelinger. Dette viste å ha god effekt i studien til Higgings m.fl. (2012), hvor en tverrfaglig undervisningsdag om seksualitet, økte helsepersonellens kunnskaper, ferdigheter og trygghet. Dette bidro til at helsepersonell var mer villige til å stille spørsmål og skape et lyttende miljø, slik at deres pasienter kunne snakke om sine bekymringer knyttet til seksualitet.

Helse- og omsorgsdepartementet (2016) hevder gjennom sin strategiplan at det må sikres at sykepleiere tilegner seg tilstrekkelig kunnskap om seksuell helse under sykepleieutdanningen, for å kunne ivareta pasienters seksualitet i helsetjenesten. Dette kan en finne støtte i hos studien til Tugut og Golbasi (2017), som viste at sykepleierstudenters kunnskaper, holdninger og ferdigheter om seksualitet, hadde en positiv effekt, etter gjennomført opplæring i seksualvurdering.

Det holistiske menneskesynet er et fundament i sykepleie, som innebærer å se både de fysiske, psykiske, sosiale og åndelige dimensjonene av mennesket. Seksualitet berører alle fire aspektene, og har en plass i den helhetlige omsorgen. Basert på egne erfaringer fra sykepleieutdanningen, har imidlertid seksualitet ikke vært en del av utdanningsplanen, selv om skolen har påpekt viktigheten av å se hele mennesket. Da kan en undre seg over innholdet i det holistiske menneskesynet er åpent for tolkning. Like viktig som andre emner i sykepleie, vil det trolig være nødvendig at sykepleierstudentene tilegner seg kunnskap og en grunnholdning om pasienters seksualitet. Dette kan tenkes vil bidra til at nyutdannede sykepleiere blir mer oppmerksom på, og vil inkludere seksualitet som en del av den helhetlige omsorgen i yrkesutøvelsen.

5.3 PLISSIT – modellen

PLISSIT – modellen kan være et godt egnet verktøy for sykepleiere i møte med pasienter, med seksuelle problemer (Gamnes, 2014). Dette kan en finne støtte i hos Ayaz og Kubilay (2009), der bruk av PLISSIT-modellen hadde en positiv virkning i veiledning med pasientene, slik at de seksuelle bekymringene ble betraktelig redusert.

For å kunne hjelpe pasienten på en hensiktsmessig måte, er det imidlertid nødvendig at sykepleieren er bevisst på hvilket trinn en kan benytte og har kompetanse til å anvende. Sykepleiere med grunnutdanning, skal kunne ivareta benamputerte på de to første nivå av modellen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Det kan tenkes at dersom sykepleier går utenfor sitt kompetansenivå, kan det derimot medføre negative konsekvenser for pasienten.

Dersom pasienten har behov for veiledning på Nivå SS (Spesifikke forslag) eller IT (Intensiv terapi), må sykepleier henvise pasienten videre til spesialist (Gamnes, 2014). Selv om sykepleier ikke har kompetanse til å ivareta benamputertes behov utover trinnene P (Tillatelse) og LI (Begrenset informasjon), blir pasienten allikevel ivaretatt, ved at sykepleier henviser videre. Dette forutsetter vel at sykepleier har kunnskap om hvordan man henviser og hvem man kan henvise til?

På bakgrunn av anvendt teori og forskningsresultat, kan det på den ene siden tenkes at PLISSIT- modellen er et godt anvendbart verktøy i møte med pasientens seksuelle utfordringer. På en annen side kan det tenkes at modellen kun blir benyttet, dersom sykepleieren kjenner til modellens eksistens. Basert på tidligere anvendt teori og forskningsresultater i oppgaven, er det nærliggende å tro at det er nødvendig at sykepleier innehar kunnskap, trygghet og de rette holdningene, for at benamputerte skal bli ivaretatt på det laveste nivået P (Tillatelse). Dersom sykepleier ikke gir pasienten tillatelse til å snakke om seksualitet, kan pasienten ha et problem som ikke blir oppdaget. Dette kan tenkes å medføre redusert livskvalitet for pasienten.

5.4 Betydningen av relasjon, kommunikasjonsferdigheter og profesjonalitet

Seksualitet er et svært privat tema, og ikke noe man snakker om til hvem som helst. Dette kan en finne støtte i hos Verschuren m.fl (2015), hvor noen benamputerte uttrykte et klart ønske om at de ville kommunisere om seksualitet med en fagperson, som de stolte på og følte seg

komfortable med, i løpet av rehabiliteringsprosessen. Travelbee snakker om et menneske - til - menneske forhold, som et virkemiddel for å hjelpe pasienten med å forebygge, mestre og finne mening i sykdom og lidelse. Det handler om samhandlingen mellom sykepleier og pasient, der de gjennom hva Travelbee beskriver som fem ulike interaksjonsfaser, etablerer et bånd, hvor de deler nært forbundede tanker, følelser og holdninger (Romsland m.fl. 2016; Kirkevold, 2009). Samhandlingen i et menneske –til – menneske forhold, foregår gjennom verbal og non - verbal kommunikasjon. Pasienten deler imidlertid ikke meningsfulle tanker og følelser med sykepleieren, før en vet sikkert at det en formidler blir mottatt, og ikke ignorert, latterliggjort, avvist eller nedvurdert (Travelbee, 1999).

På bakgrunn av hva Travelbee omtaler som et menneske- til-menneske forhold og forskningsresultatet ovenfor, kan man undres på om en god relasjon må være tilstede, for at sykepleier skal kunne få innpass hos pasientens mest private rom. Det kan tenkes at pasienten ikke våger å dele sine tanker og bekymringer om seksualitet, uten at vedkommende føler seg trygg på, og stoler på sykepleieren.

Når sykepleier skal kommunisere med pasienten om et privat og intimt tema som seksualitet, er det viktig at sykepleieren tilrettelegger for at samtalen gjennomføres på et privat rom, og på et passende tidspunkt, slik at en setter av god nok tid til samtalen. Dette kan en finne støtte i hos Saunamäki og Engström (2014), der sykepleierne mente tilstrekkelig tid for å snakke om seksualitet, var avgjørende da temaet ikke burde diskuteres i all hast. Det er også nødvendig at sykepleieren tenker over hvilket tidspunkt samtalen kan oppleves relevant og ønskelig for pasienten. Dette kan en finne støtte i hos Verschuren m.fl. (2015).

Når kommunikasjonen finner sted, kan sykepleieren bruke PLISSIT-modellen som et verktøy. Det forutsetter at hun setter seg inn i modellen og vet hva hun har kompetanse til å anvende. Innledningsvis i samtalen kan sykepleieren stille et enkelt lukket spørsmål, som avkrefter eller bekrefter om pasienten har et problem. Ifølge Eide og Eide (2007) kan et slikt spørsmål være nyttig for å få avklart noe viktig eller ubehagelig. Dersom pasienten bekrefter både verbalt og med kroppsspråk at han ikke ønsker å snakke om det, er det viktig at sykepleier oppfatter og respekterer dette. Dette er i tråd med yrkesetiske retningslinjer, som sier at sykepleieren skal ivareta den enkeltes pasients rett til å være medbestemmende og ikke å bli krenket (Norsk Sykepleierforbund, 2016). Dersom pasienten imidlertid bekrefter at han har et problem og formidler at han har behov for å snakke om det, kan det videre tenkes å være hensiktsmessig å

stille åpne spørsmål, slik at pasienten kan snakke ut fra egne følelser, tanker og opplevelser. Dette vil gi sykepleieren en større innsikt i pasientens problem, og det vil trolig signalisere at sykepleieren er interessert, følger med på hva pasienten sier og tar pasienten på alvor.

I samtale om seksualitet er det også avgjørende at sykepleier forholder seg profesjonell for å sikre god kommunikasjon (Romsland m.fl. 2016). Dette innebærer at sykepleier har gode holdninger, som utviser åpenhet og aksept, for det pasienten formidler. Det er nødvendig at sykepleier benytter seg av kommunikasjon som fungerer hjelpende for pasienten. Målet med å kommunisere om seksualitet er nettopp å hjelpe pasienten til å mestre sin situasjon på en best mulig måte (Eide og Eide, 2007). ”Profesjonell hjelpende kommunikasjon” er først og fremst hjelpende, samt bidrar til å skape tillit, trygghet og annerkjennelse (Eide og Eide, 2007). Sykepleier må ha evne til empati og å lytte, i tillegg til å ha den nødvendige avstanden for å kunne observere og vurdere (Gamnes, 2014). Dersom sykepleier opptrer uprofesjonelt og ikke kommuniserer på en helsefremmende måte, vil ikke kommunikasjonens hensikt oppnås. Dette vil muligens bidra til ytterligere negative konsekvenser for pasientens egen oppfatning av selvfølelse og selvbylde.

6.0 KONKLUSJON

Oppgaven har til hensikt å belyse hvordan sykepleier kan ivareta behovet for kommunikasjon om seksualitet hos benamputerte i rehabilitering.

Funn fra forskning bekrefter at sykepleiere sjeldent eller aldri kommuniserer med benamputerte om seksualitet. Det er en kombinasjon av ulike faktorer som hindrer sykepleierne i å bringe temaet på banen. De mest fremtredende er mangel på kunnskap, trygghet, ferdigheter og fordommer.

Det er avgjørende at sykepleier har tilstrekkelig kunnskap, føler seg trygg, samt innehar de rette holdningene, slik at behovet for kommunikasjon om seksualitet blir ivaretatt.

Sykepleierens kompetanse må derfor økes. Først og fremst kan sykepleieren selv bidra til kompetanseheving, ved å oppdatere seg på ny forskning og utvikling, samt bidra til at kunnskapen anvendes i praksis. Sykepleieren må foreta holdningsendringer. Dette kan gjøres ved å gå inn i en holdningsendring - prosess, for å avklare forhold til sin egen eller andres seksualitet.

Sykepleiere må også bli flinkere til å utøve helhetlig pleie, som innebærer å ivareta både pasientens fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov. Med andre ord, se mennesket i sin helhet og ikke bare fokusere på den fysiske opptreningen i rehabiliteringen.

PLISSIT - modellen er et godt egnet verktøy sykepleieren kan benytte i kommunikasjon om seksualitet, så fremt sykepleieren kjenner til modellen og kan anvende den på riktig måte. Relasjon er et viktig element for å kommunisere om seksualitet. En god relasjon vil gjøre det lettere for sykepleier og pasient å åpne opp for, samt dele tanker og følelser om et vanskelig og tabubelagt tema. Sykepleier må legge til rette for at samtalen gjennomføres på et privat rom og på et passende tidspunkt. Dette for å sette av nok tid til samtalen og for at tidspunktet skal oppleves riktig for den enkelte pasient. I samtale om seksualitet er det vesentlig at sykepleieren forholder seg profesjonell og mestrer ulike kommunikasjonsferdigheter, slik at kommunikasjonens hensikt oppnås og oppleves helsefremmende for pasienten.

På et organisatorisk plan er det nærliggende å tro at nøkkelen ligger i økt fokus og implementering av kurs, undervisning og opplæring i amputasjonsavdelinger og i

sykepleierutdanningen. Dette bidrar til at sykepleieren får økt kunnskap, trygghet og ferdigheter, for å kunne ivareta at seksualitet blir kommunisert. Sykepleierens evne til å legge til rette for å oppnå god kommunikasjon om seksualitet i forbindelse med rehabiliteringen av benamputerte, er viktig for at pasienten skal bli ivaretatt, slik at man oppnår god helse, som trolig bedrer den enkeltes livskvalitet og seksuelle helse.

Forskningen viser at det fortsatt er et stort potensiale for forbedring rundt temaet innen helsevesenet. Seksualiteten til funksjonshemmede, inkludert benamputerte, har i disse dager fått økt oppmerksomhet, blant annet gjennom media, samt i Helse- og omsorgsdepartementets strategiplan for seksuell helse. Planen kom i 2017, og gjelder til og med 2022. Vi kan dermed håpe på, at sykepleierens ivaretagelse av behovet for kommunikasjon om seksualitet hos benamputerte, vil få en positiv utvikling i årene som kommer!

LITTERATURLISTE

Aaserud, R. (2016, 5. april). Seksualitet - hvordan og hvorfor snakke med pasienten om det?

Hentet fra <https://www.napha.no/content/20617/Seksualitet---hvordan-og-hvorfor-snakke-med-pasientene-om-det>

Ayaz, S., & Kubilay, G. (2009). Effectiveness of the PLISSIT model for solving the sexual problems of patients with Stoma. *Journal of clinical Nursing*, 18, 89-98. doi:

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02282.x>

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Eide, H. og Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Gamnes, S. (2014). Nærhet og seksualitet. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt og E-A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie Bind 3. Pasientfenomener og livsutfordringer* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Grasaas, K.K., Sjørusen, M. og Stordalen, J. (2009). *Etikk og kommunikasjon*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Hansen, K. (2015). *Fakta om amputasjon*. Utarbeidet ved enhet: Helse Stavanger HF/ Hode hals rehab/Rehab/Terapiavdelingen. Hentet 21.mai 2018 fra http://eqs-forlop.sus.no/docs/doc_21430/index.html

Haugan, G. (2017). Helsefremmende interaksjon. I G. Haugan og T. Rannestad (red.). *Helsefremming i kommune-helsetjenesten*. Oslo: Cappelen Damm AS.

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

- Higgins, A., Sharek, D., Nolan, M., Sheerin, B., Flanagan, P., Slaicuinaite, S., Mc Donnell, S., & Walsh, H. (2012). Mixed methods evaluation of an interdisciplinary sexuality education programme, for staff working with people who have an acquired physical disability. *Journal of advanced nursing*, 68(11), 2559-2569. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.05959.x>
- Johansen, M., Thyness, E. M. og Holm, J. (1998). *Seksualitet på alvor: etiske utfordringer for helse- og sosialarbeidere*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kirkevold, M. (1998) *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Norsk Fot- og Ankelregister. (2014). Hentet fra <http://www.ankelogfot.no/forekomst.html>
- Norsk Sykepleierforbund. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- Pedersen, L. (2016). Psykisk helse og seksualitet – tør vi snakke om det? Hentet fra <https://sykepleien.no/en/node/56726>
- Romsland, G.I., Dahl, B. og Slettebø, Å. (2016). *Sykepleie og rehabilitering*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Saunamäki, N., & Engström, M. (2014). Registered Nurses' reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears. *Journal of Clinical Nursing*. 23(3-4), 531-540. doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.12155>
- Schlichting, E. (2018). Amputasjon. I *Store medisinske leksikon*. Hentet 21. mai 2018 fra <https://sml.snl.no/amputasjon>
- Travelbee, J. (1971). *Interpersonal Aspects of Nursing*. (2. utg.) Philadelphia, Pennsylvania: F.A. Davis.

- Travelbee, J. (1999) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget AS. Oversatt til norsk ved Kari Marie Thorbjørnsen.
- Tugut, N., & Golbasi, Z. (2017). Sexuality Assessment Knowledge, Attitude, and skill of nursing students: an experimental study with control group. *International journal of nursing knowledge*, 28(3), 123-130. doi: <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12127>
- TV 2 Sumo. (2018, 1. mars). God morgen Norge. [Seksualiteten til funksjonshemmede blir oversett.]. Hentet fra <https://sumo.tv2.no/nyheter/god-morgen-norge/god-morgen-norge-2018-episode-253-1298534.html?showPlayer=true&start=2523>
- Verschuren, J. E. A., Enzlin, P., Geertzen, J, H.B., Dijkstra, P. U., & Dekker, R. (2013). *Sexuality in people with a lower limb amputation: a Topic too hot to handle?* *Journal Disability and Rehabilitation*, 35, 1698-1704. doi: <https://doi.org/10.3109/09638288.2012.751134>
- Verschuren, J, E.A., Geertzen, H., Enzlin, P, Dijkstra, P.U., & Dekker.R. (2015). People with lower limb amputation and their sexual functioning and sexual well-being. *Journal Disability and Rehabilitation*, 37, 187-193. doi: <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.913704>
- Verschuren, J, E.A., Geertzen, H. J., Enzlin, P., Dijkstra, P. U., & Dekker. P. (2016). Sexual functioning and sexual well-being in people with a limb amputation: a cross-sectional study in the Netherlands. *Journal Disability and Rehabilitation*, 38, 368-373. doi: <https://doi.org/10.3109/09638288.2015.1044029>
- Woods, L., Hevey, D., Ryall, N., & O’Keeffe, F. (2018). Sex after amputation: The relationships between sexual functioning, body image, mood and anxiety in persons with a lower limb amputation. *Journal Disability and Rehabilitation*, 40, 1663-1670. doi: <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1306585>