

Frida Strandum Wollheim  
Lisa Simensen Midteng  
Marte Alette Kristiansen Prestøy

## Multipel sklerose og seksualitet

*“Open the door and see if they go through ... It´s a way of letting people decide if they want to talk about it. But show them the path to follow if there´s a problem. The patient should not have to open that door”.*

(-Man with MS, 51)

Bacheloroppgave i Bachelor i Sykepleie  
Veileder: Inger Balke  
Mai 2022



Frida Strandum Wollheim  
Lisa Simensen Midteng  
Marte Alette Kristiansen Prestøy

## **Multippel sklerose og seksualitet**

*“Open the door and see if they go through ... It´s a way of letting people decide if they want to talk about it. But show them the path to follow if there´s a problem. The patient should not have to open that door”.*

Bacheloroppgave i Bachelor i Sykepleie  
Veileder: Inger Balke  
Mai 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik



Kunnskap for en bedre verden



## SAMMENDRAG

Tittel:	Multipel sklerose og seksualitet	DATO: 19.05.22
Forfattere:	Marte Alette Kristiansen Prestøy <hr/> Lisa Simensen Midteng <hr/> Frida Strandum Wollheim	
Veileder:	Inger Balke	
Nøkkelord:	Multipel sklerose, Seksualitet, Kommunikasjon, Sykepleie	
Antall sider/ord: 38/9271	Antall vedlegg: 0	
<b>Bakgrunn:</b>	<p>70% av menn og 72% av kvinner med multipel sklerose (ms) oppgir seksuelle problemer. Seksualitet er et grunnleggende behov. Tross dette gruer mange sykepleiere seg til å ta opp temaet pga. personlige barrierer og manglende kunnskap. I en undersøkelse gjort ved Sykehuset Innlandet i 2014 oppga 90% av helsepersonellet at de ikke hadde kompetanse til å snakke om seksuell helse ut fra sin grunnutdanning.</p>	
<b>Hensikt:</b>	<p>Å belyse viktigheten av seksuell helse, og komme frem til hvordan sykepleiere kan bidra til en forbedret seksuell helse hos pasienter med ms..</p>	
<b>Metode:</b>	<p>Begrenset litteraturstudie. Vi fant 5 forskningsartikler relevante for vår problemstilling og drøftet disse opp mot hverandre. Databaser som ble brukt var Medline, Cinahl og Pubmed.</p>	
<b>Resultat:</b>	<p>Resultatene viste at pasienter som fikk snakke om seksualitet med helsepersonell fikk betydelig bedre seksuell helse etter intervensjonen.</p>	
<b>Konklusjon:</b>	<p>Studien viste at svært mange MS-pasienter opplever problemer med sin seksuelle helse, likevel har fåtallet snakket med helsepersonell om det. Det bør være klare retningslinjer og prosedyrer for å unngå at seksuell helse blir oversett i et pasientforløp. Pasientene ønsker at helsepersonell skal ta initiativ til samtale. Kommunikasjonsmodeller som PLISSIT-modellen og Good Enough Sex Model viser seg å være effektive hjelpemidler for å hjelpe pasienter med å bedre sin seksuelle helse.</p>	

## SUMMARY

Title:	Multiple Scleroris and sexuality	DATO: 19.05.22
Authors:	Marte Alette Kristiansen Prestøy <hr/> Lisa Simensen Midteng <hr/> Frida Strandum Wollheim	
Supervisor:	Inger Balke	
Keywords:	Multippel sklerose, Seksualitet, Kommunikasjon, Sykepleie	
Number of pages/words: 38/9271	Number of appendix: 0	
<b>Background:</b>	<p>70% of men and 72% of women with multiple sclerosis (MS) state that they experience sexual issues. Sexuality is fundamental. Despite this many nurses dread talking about the subject because of personal barriers and lack of knowledge. In a study by Sykehuset Innlandet in 2014, 90% of the healthcare workers stated that they did not have the qualifications to talk about sexual health from their education.</p>	
<b>Purpose:</b>	<p>To shed light on how important sexual health is, and find out how nurses can help patients with ms to improve their sexual health.</p>	
<b>Method:</b>	<p>Limited literature study. We found five research-articles who were relevant for our thesis question and discussed these. We used the databases Medline, Cinahl and Pubmed.</p>	
<b>Results:</b>	<p>The results showed that patients that had spoken to healthcare workers about sexuality improved their sexual health after the intervention.</p>	
<b>Conclusion:</b>	<p>The study showed that many patients with MS experiences issues with their sexual health. Yet, a minority of patients have spoken to healthcare workers about it. There should be clear guidelines and procedures to avoid that the subject gets neglected. The patient wants the healthcare workers to initiate the conversation. Models for communication such as the PLISSIT-model and the Good Enough Sex model turns out to be effective to help patients improve their sexual health.</p>	

# INNHALDSFORTEGNELSE

<b>1. Innledning</b>	<b>5</b>
<b>2. Bakgrunn</b>	<b>6</b>
2.1 Multippel sklerose	6
2.2 Seksualitet	7
2.3 Multippel sklerose og seksualitet	8
2.4 Seksualitet som primærbehov	8
2.6 Kommunikasjon om seksualitet	10
2.7 Kommunikasjonsmodeller	11
2.7.1 Plissit-modellen	11
2.7.2 The Good-Enough Sex Model	12
2.8 Hensikt med oppgaven	12
2.9 Problemstilling	12
<b>3. Metode</b>	<b>13</b>
3.1 Litteraturstudie	13
3.2 Søkemetode	13
3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	14
3.4 Søkehistorikk	15
3.5 Kritisk vurdering og analyse av artikler	16
<b>4. Resultatpresentasjon</b>	<b>18</b>
4.1 Artikkel 1	18
4.2 Artikkel 2	19
4.3 Artikkel 3	20
4.4 Artikkel 4	21
4.5 Artikkel 5	22
4.6 Oppgavens sammenfattende resultat	23

4.6.1 Betydningen av kommunikasjon og informasjon	23
4.6.2 Strategier for å kommunisere om seksualitet	24
<b>5. Diskusjon</b>	<b>25</b>
5.1 Multippel sklerose påvirker seksuell helse og livskvalitet	25
5.1.1 Seksuell helse - som fundament i den generelle helsen	25
5.1.2 Fysiologiske utfordringer/ seksuell dysfunksjon	25
5.1.3 Par og familierelasjon	26
5.2 Seksualitet på dagsorden	27
5.2.1 Mangel på kunnskap	27
5.2.2 Et godt seksualmiljø	28
5.2.3 Frykt for å tråkke over personlige grenser	28
5.3 Hvordan kan sykepleiere kommunisere om seksualitet?	29
5.3.1 Helsepersonell bør ta initiativ	29
5.3.2 Sikre kunnskap hos sykepleiere	30
5.3.3 Tilpasset informasjon	31
5.4 Forslag til innovasjon i fag- og tjenesteutvikling	33
<b>6. Konklusjon</b>	<b>34</b>
<b>7. Litteraturliste</b>	<b>35</b>



## 1. Innledning

World Health Organization (WHO) legger vekt på at seksualitet handler om intimitet, seksuell identitet, nærhet, seksuell orientering og bekreftelse, ikke kun erotikk og reproduksjon. Seksualitet er et grunnleggende behov, og er elementært for selvbildet og oppfatning av seg selv (Jørpseth, 2017). Dammen, Moksnes og Grønning (2020) legger frem at tross dette gruer mange sykepleiere seg til å ta opp temaet. Mange er redd for å tråkke over personlige grenser, mens andre synes det er vanskelig å vite hvordan de skal ta opp temaet.

I en undersøkelse gjort ved Sykehuset Innlandet i 2014 oppga 90% av helsepersonellet at de ikke hadde kompetanse til å snakke om seksuell helse ut fra sin grunnutdanning (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). En annen årsak til at temaet ofte kan bli forbigått av helsepersonell kan være at man tenker at pasienten lider av kronisk sykdom, og at seksuell helse dermed ikke er det som står i fokus hos pasienten. Kronisk syke pasienter oppfatter at det mangles bevissthet og kunnskap om seksuell helse som helsefremmende ressurs (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

Helse- og omsorgsdepartementet (2016) legger også frem at bruker- og interesseorganisasjoner mener seksuell helse ikke blir tatt opp med mindre det er problemer konkret knyttet til reproduksjon. Seksualitet er så mye mer enn reproduksjon. Hos kronisk syke kan problemer med seksuell helse føre til stress, nedsatt mestringsfølelse, redusert livsglede og samlivsbrudd. Seksualitet er en viktig side ved menneskers sosiale liv og følelsesliv. Det omhandler lyst, velvære, gode følelser, omsorg og omtanke (Håkonsen, 2015). Et velfungerende seksualliv bidrar til helse og trivsel, derfor er det viktig å belyse at seksuell helse bidrar til generell god helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

Hvis seksualitet er et grunnleggende behov, hvorfor føler sykepleiere at man tråkker over personlige grenser? Bertelsen (2016) skriver at i bibelen ble det tydelig gitt uttrykk for at seksualitet var til for å få barn, og at nytelse, lyst og glede var uttrykk for onde krefter, skyld og skam. Lignende holdninger finnes også i andre kulturer og religioner, noe som fortsatt preger samfunnet i dag. I tillegg til religion og kultur har også vitenskapen spilt en rolle for skam knyttet til seksualitet. Blant annet skrev direktøren ved Gaustad sykehus i 1870 at onani var den viktigste årsaken til sinnssykdom (Bertelsen, 2016).

Selv om seksuell helse er et grunnleggende behov, har vi mennesker også svært individuelle behov. Hvilke behov som er viktig varierer fra pasient til pasient og fra kultur til kultur (Thorbjørnsrud, 2015). Som sykepleier er det viktig å gi individbasert sykepleie. Det vil være store individuelle forskjeller når det kommer til seksualitet. Thorbjørnsrud (2015) forklarer videre at noen ser på seksualitet som noe av det viktigste de har, og er bekymret for hvilke skadevirkninger som kan skje dersom de ikke jevnlig får tilfredsstillt sine behov. På andre siden kan noen se på fri seksualmoral som skadelig for helse og åndelig utvikling. Deres oppfatning av kropp og samliv er kanskje at seksualitet skal holdes innenfor ekteskapets rammer, og andre skal ikke ta del i dette. Det er derfor viktig at sykepleiere tilpasser seg behovene den enkelte pasienten har (Thorbjørnsrud, 2015).

## **2. Bakgrunn**

### **2.1 Multippel sklerose**

Multippel sklerose (MS) er en autoimmun kronisk inflammatorisk sykdom. Ved MS angriper kroppens eget immunforsvar myelinet i sentralnervesystemet. Dette fører til at nerveimpulsen i de skadde nervecellene hemmes og nervesignalene går langsommere, stopper opp eller blokkeres helt (Bertelsen, 2017).

Årsakene til at man får MS er i dag uklare (Bertelsen, 2017). Arvelige faktorer, d- vitamin mangel og virusinfeksjoner mistenker man som risikofaktorer til å sette i gang sykdomsprosessen. I begynnelsen av sykdommen vil ofte symptomene være forbigående. De vanligste start-symptomene er nevrologiske. Dette kan være nummenhet, prikking, lammelser, redusert muskelkoordinasjon og svekket syn (Bertelsen, 2017).

Det er ingen spesifikke undersøkelser eller symptomer som kan diagnostisere MS. Hvis man har forbigående symptomer fra flere steder i sentralnervesystemet som ikke skyldes skader, mistenker man MS. Symptomene kjennetegnes ved tidsmessige atskilte perioder med remisjon. Dette kan suppleres med undersøkelser og MR (MS- forbundet, u.å).

MS-forbundet (u.å) skriver at det forskes mye på behandling av MS. I dag brukes kraftige steroider for å hemme immunforsvarets angrep. Dette forkorter varigheten på attackene. Det foregår en utprøvende behandling i Europa. Det er en autolog stamcellebehandling som

gjøres på de med aggressiv sykdom. Dette har vist en god effekt med svake cellegiftkurer i tillegg.

## 2.2 Seksualitet

WHO har kommet frem til en arbeidsdefinisjon for begrepet seksualitet. Her legges det vekt på at seksualitet er en del av menneskets kjerne, gjennom hele livsløpet. Derfor kan det ikke reduseres til å kun omhandle erotikk eller reproduksjon. Begreper som intimitet, seksuell identitet, nærhet, seksuell orientering og bekreftelse er svært nærliggende. Vår seksualitet kommer til uttrykk på flere måter. I våre mellommenneskelige forhold, livssynet vi praktiserer, kjønnsrollene vi trer inn i og verdiene vi står for. Alt dette kan være uttrykk for seksualitet (World Health Organization, 2002). Aars (2021) viser til at seksualitet handler om nærhet og utarter seg fysisk, følelsesmessig og intellektuelt. Forfatteren påpeker at språket vårt begrenser oss i beskrivelsen av seksualitet, når vi kun setter begrepet i sammenheng med samleie og erotisk kapasitet. Generøsitet, lekenhet, ømhet og begjær er noen av begrepene Aars bruker for definere seksualitet (Aars, 2021).

WHO's arbeidsdefinisjon viser at vi kan trekke linjer mellom seksualitet og mange nøkkelementer av menneskets liv. Vår seksualitet vil derfor formes og endres gjennom livsløpet. Evnen til tilknytning skapes tidlig i barneårene. Måten vi blir møtt på våre behov preger tilliten til våre omsorgspersoner. Dette er grunnlaget for relasjonene vi skaper senere som ungdom og voksne. Videre i oppgaven vil vi ha fokus på voksne over 18 år, og vil derfor ikke gå dypere inn i seksualitet for barn og ungdom.

I voksenlivet kan opplevelser som møter oss virke endrende på vår seksualitet. Mange kvinner vil gjennom sitt voksne liv gjennomgå et svangerskap og en fødsel. Dette er prosesser som kan utgjøre store fysiske endringer på kroppen vår. På lik linje kan det forme oss emosjonelt (Helland, 2015). Foreldre vil på en generell basis kunne oppleve at det å få barn er en stor omvelting av sin hverdag. Utfordringer i parrelasjonen kan også endre måten vi uttrykker oss seksuelt, og hvordan vi ser på vår egen seksualitet. Dette kan føre til endringer i seksuallivet både epokevis og varig. Noen vil oppleve sykdom som har innvirkning på deres opplevelse av seksuell helse. Seksualitet viser seg å være viktig også blant eldre. Flere opplever at kroppen ikke responderer på samme måte som tidligere, selv om det psykiske aspektet er intakt (Helland, 2015).

### **2.3 Multippel sklerose og seksualitet**

Debuten av sykdommen MS er hyppigst i 20-40-årsalderen og varer livet ut (Bertelsen, 2016). Dette vil si at mange kan leve med sykdommen store deler av sitt liv, og det bør derfor være høyt fokus på seksuell helse.

Sexlyst oppstår i lystsenteret i hjernen. Ved MS kan nervevev i denne delen av hjernen være svekket, noe som kan svekke sexlysten. I tillegg kan skade på nervebanen gjøre at impulser mellom hjerne og kjønnsorgan ikke fungerer tilstrekkelig (MS-forbundet, u.å).

DasGupta og Fowler (2003) sin forskning viser at 70% av menn og 72% av kvinner med MS oppgir seksuelle problemer. Hovedproblemene til menn går oftest ut på erektil dysfunksjon, ejakulasjonsproblemer og vanskeligheter med å få orgasme. Kvinner får ofte redusert følelse nedentil, tørrhet i skjeden, vanskeligheter med å få orgasme og mye smerter.

Bivirkninger av medisiner kan også påvirke seksuallivet, for eksempel i form av tørrhet i skjeden, manglende ereksjon, redusert evne til å få orgasme eller redusert seksuallyst (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

MS kan blant annet forårsake lammelser og tap av muskelkoordinasjon, kronisk tretthet, mangel på energi og urininkontinens (Bertelsen, 2016). Utmattelse, smerter eller depresjon kan gjøre at man ikke finner overskudd til seksuell aktivitet. Sykdom kan gjøre at man får endret selvbilde eller kroppsbilde, noe som kan bidra til å gi mindre lyst til å dyrke sitt seksualliv (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

Egerod, Wulff og Peterson (2018) vektlegger fatigue, depresjon, inkontinens og spasmer som hovedårsaker til vansker med seksualitet hos pasienter med multippel sklerose (Egerod, Wulff og Peterson 2018).

### **2.4 Seksualitet som primærbehov**

Filosofen Max van Manen har delt menneskets liv inn i fire hovedgrupper. Disse skal si oss noe om det å være menneske. Han legger vekt på at vi mennesker føler, kjenner og opplever med vår fysiske kropp. Hva vi opplever og føler kan dermed ha like stor innvirkning på vår helse som fysiologiske endringer i kroppen. Levd kropp, levd tid, levd rom og levd relasjon til

andre vil forme oss og hva det vil si å være menneske (Eriksen, 2015). På denne måten kan vi si at våre psykososiale behov er nært beslektet med våre fysiologiske. Dette belyser viktigheten av helsepersonellens fokus på hele mennesket bak sin diagnose.

Aars (2021) påpeker hvordan seksualitet må ses på som et av våre primære behov som mennesker og individer. På denne måten er vår seksualitet sentral i søken på nærhet til seg selv og andre (Aars, 2021). WHO legger vekt på at seksualitet er en del av menneskets grunnbehov og at de derfor ikke kan skilles fra andre viktige aspekter i livet. Virginia Henderson mente at en sykepleieres formål baserte seg på å ivareta menneskets grunnleggende behov (Mathisen, 2016). På bakgrunn av dette kan vi si at en sykepleier også har et ansvar for pasientens seksuelle helse, ved ivaretagelse av pasientens grunnleggende behov.

## 2.5 Sykepleiers rolle

En sykepleiers rolle varierer mellom helsefremmende og forebyggende arbeid. Det kan være kroniske sykdomstilstander som MS, rehabilitering og akutte/ kritiske situasjoner. En sykepleier skal også sørge for et godt palliativt arbeid og en fredfull død (Holter 2016). Sykepleierens rolle er bygget opp av tradisjoner, som i dag står sterkt hos sykepleiere, selv om kunnskap og behandling naturligvis har endret seg med årene. Rollene til en sykepleier endrer seg etter hvor man jobber og hvilke pasientgrupper man jobber med.

Florence Nightingale skrev "Notater om sykepleie" i 1980 (Holter, 2016). Hun mente at sykepleiere må ha god kunnskap om fysiologi, patofysiologi og sykdommer for at pasientene skal kunne mestre sin sykdomstilstand. Hun forklarer hvordan man skal utøve et klinisk blikk og samle inn pasientdata for å kartlegge behov og mål. Hun påpeker også at man skal respektere pasientenes egen reaksjon på sykdommen og vise forståelse for dette.

En annen person som har tatt med seg de grunnleggende prinsippene inn i sykepleierens rolle er, Virginia Henderson. Hun mente at formålet til sykepleiere er å ivareta menneskets grunnleggende behov. Ifølge Holter (2016) sa Henderson dette: *"Sykepleierens særegne funksjon består i å hjelpe mennesket, enten det er sykt eller friskt, til å utføre de handlinger som bidrar til helse eller gjenvinning av helse"*. En sykepleier skal legge til rette for, og sikre tilførsel av faktorer som gir økt livskvalitet. Dette går ut på å stille spørsmål om hva

pasienten trenger av informasjon og psykososial støtte. Videre bør man tilrettelegge og utarbeide tiltak som kan bedre seksuell helse og livskvalitet hos pasienten (Langhelle, 2021).

## **2.6 Kommunikasjon om seksualitet**

Ifølge Helland (2015) baserer sykepleieres arbeidsoppgaver seg i stor grad på å ivareta menneskets grunnleggende behov. Som sykepleier er det viktig å utforske hvilke ressurser og muligheter personen har, hva som er viktig for pasientens helse og livssituasjon.

Videre forklarer Helland (2015) at en sykepleier bør tilstrebe å behandle seksualitet på lik linje med andre grunnleggende behov. Dette kan være et skjørt og privat tema for mange. Det er derfor viktig å opprettholde sin profesjonalitet. Dette gjøres ved riktig ordbruk og overveide spørsmål som ikke virker krenkende overfor pasienten. Ord som opphisselse/tenning, orgasme, penis og vagina er medisinske uttrykk som samtidig er godt kjent blant allmennheten. En slik profesjonalitet vil i mange tilfeller gjøre samtalen lettere for både sykepleier og pasienten, fordi det vektlegger samtaleemnets relevans og viktighet (Helland, 2015).

Det er viktig å forstå og anerkjenne pasientens perspektiver, psykososiale kontekst og få en felles forståelse av pasientens verdier. Det vil si å ha personorientert kommunikasjon med pasienten (Helland, 2015). For å oppnå dette må man lytte aktivt, både til det pasienten sier, men også til det nonverbale ved å være oppmerksom på uttrykk, følelser og kroppsspråk. Når den andre snakker er man helt tilstede, åpen og anerkjenner det personen har å si.

Helland (2015) legger frem at det er viktig å tenke på maktubalansen som kan oppstå når temaet tas opp mellom pasient og sykepleier. Som tidligere nevnt oppleves seksualitet for mange som noe nært og privat. Dette kan føre til følelser som skam og underlegenhet hos pasienten ved spørsmål om temaet. En sykepleier vil med sin utdanning sitte med en større innsikt i utartelsen av pasientens sykdom og dens effekt på seksuelle helse. Kombinasjonen av disse kan føre til en ubalanse i maktforholdet mellom sykepleiere og pasient. For å avverge dette stilles det lit til at en sykepleier anerkjenner pasientens behov for svar på sine spørsmål om seksualitet. Videre håndteres samtalen med stor vekt på etikk, anerkjennelse og respekt. Pasienter kan ha vanskeligheter med å uttrykke seg direkte, spesielt ved dette temaet.

Bekymringer og tanker kan derfor komme til uttrykk indirekte gjennom for eksempel hint. Dette kan være ansiktsuttrykk, kroppsspråk, ordbruk og stemmebruk (Helland, 2015).

## **2.7 Kommunikasjonsmodeller**

Seksualitet er ikke et tema som belyses rutinemessig i helse- og omsorgstjenesten (Holter, 2016). For å belyse seksualitet, er det laget flere modeller som verktøy for sykepleiere. Dette er modeller som kan benyttes for håndtering av utfordringer, problemer og spørsmål knyttet til seksualitet. Modellenes intensjon er å bevare eller gjenvinne seksuell helse og tilfredshet hos pasienter som på grunn av sykdom opplever seksuell dysfunksjon. Helse - og omsorgsdepartementets strategiplan inneholder en konkret modell, for å inkludere seksualitet i behandlingsplaner (Langhelle *et al.*, 2021). Modellen kalles PLISSIT, og er den mest brukte modellen. «The Good-Enough Sex Model» er også hyppig brukt (Holter 2016).

### **2.7.1 Plissit-modellen**

Modellen ble utviklet av den amerikanske psykologen Jack Annon i 1976. Hensikten med modellen er å kunne hjelpe helsepersonell til å komme i gang med strukturert samtale om seksuell helse med pasienten (Langhelle *et al.*, 2021). Modellen er illustrert med en trekant delt opp i 4 deler, Helland (2015) presenterer de slik:

**P (PERMISSION):** Dette handler om at pasienten skal få tillatelse til å snakke om seksualitet. Dette er en slags bekreftelse om at seksuell helse er greit, viktig og naturlig å snakke om (Langhelle *et al.*, 2021). Hensikten er at pasient og pårørende skal føle at de kan snakke om hvordan sykdommen påvirker seksuallivet, og komme med spørsmål eller bekymringer (Helland, 2015).

**LI (LIMITED INFORMATION):** Begrenset informasjon handler om at helsepersonell gir grunnleggende informasjon om hvordan sykdommen og eventuelle bivirkninger av medisiner kan påvirke seksuallivet.

**SS (SPECIFIC SUGGESTIONS):** Dette innebærer å komme med spesifikke forslag til løsninger på problemene som oppstår ved seksualitet. Dette kan være alt fra hjelpemidler og tilrettelegging til smertestillende medikamenter i forkant av seksuell aktivitet.

IT (INTENSIVE THERAPY): Intensiv terapi kommer utenfor sykepleiers kompetansefelt, men det er sykepleiers ansvar å henvise videre.

Helse- og omsorgsdepartementets strategiplan (2016) understreker at alle med relevant 3-årig utdanning skal håndtere de to første trinnene i PLISSIT-modellen.

### **2.7.2 The Good-Enough Sex Model**

The good- enough sex modell tar utgangspunkt i parrelasjon. Modellen tar fokus i intimitet og tilfredshet. Kvaliteten på sex hos par kan variere fra dag til dag, og modellen baserer seg på å anerkjenne dette. Forståelse av tilfredshet av seksuallivet er bygget på realistiske forventninger, og livsfaser som krever tilpassede forventninger til situasjonen man er i (Helland, 2015). Videre forklarer Helland (2015) at seksuallivet blir ansett som en integrert del av hverdagen til par. Et element i modellen er fleksibilitet i seksuelle handlinger. Ved å akseptere og variere mønstre kan det øke nytelse, men også fleksibilitet og tilpasning til livshendelser, som ved MS sykdom. Er ikke samleie en mulighet, bruker modellen sensuelle og erotiske aktiviteter som alternativer. Modellen er utviklet for terapeutisk behandling, men grunntankene er nyttig i møte med pasientene i kliniske settinger.

## **2.8 Hensikt med oppgaven**

Hensikten med oppgaven er å belyse viktigheten av seksuell helse, og komme frem til hvordan sykepleiere kan bidra til en forbedret seksuell helse hos pasienter med multippel sklerose.

## **2.9 Problemstilling**

*“Hvordan kan sykepleiere kommunisere med MS-pasienter om seksualitet?”*



## **3. Metode**

### **3.1 Litteraturstudie**

Thideman (2020) skriver at en litteraturstudie går ut på å systematisere data fra forskjellige forskningsartikler, for så å gå gjennom disse før resultatene drøftes opp mot hverandre. Man systematiserer kunnskap fra kilder, går kritisk gjennom de og sammenfatter det hele til slutt. Hensikten er å beskrive hvordan man har kommet frem til denne kunnskapen.

Når man jobber med en litteraturstudie er det hensiktsmessig å vite forskjellen på kvalitativ og kvantitativ metode. Ifølge Thidemann (2020) bygges kvantitativ metode på målbare data, altså tall. Denne typen datainnsamling er hensiktsmessig når man vil ha svar på hvor mye, hvor ofte o.l. For å bruke denne metoden samles det inn data ved hjelp av spørreskjemaer med faste svaralternativer. En kvalitativ studie handler derimot om å få frem holdninger, meninger, opplevelser, tanker, og erfaringer. Dette brukes når man vil ha spørsmål om hvordan noe foregår, hvordan noe oppleves og hva noe betyr. Her brukes ofte intervju, observasjon, feltarbeid og dokumentanalyse. Vi har brukt artikler med både kvalitativ og kvantitativ metode i denne oppgaven.

Vi utfører en begrenset litteraturstudie der vi skal finne frem til 5-8 forskningsartikler som belyser vår problemstilling. I tillegg har vi brukt fagbøker, fagpensum, relevante nettsider, dokumenter fra helse- og omsorgsdepartementet, artikler og forskningsartikler for å innhente informasjon og kunnskap.

### **3.2 Søkemetode**

For å finne relevante artikler brukte vi søkeordene som presenteres i kapittel 3.4 i Cinahl, Medline og Pubmed. Vi hadde en "brainstorming" rundt hvilke stikkord som kunne være relevant ut fra vår problemstilling. Vi prøvde forskjellige søkekombinasjoner før vi endte på denne. Vi valgte å bruke chronic illness/disease for å ikke utelukke artikler som omhandlet seksualitet ved kronisk sykdom på generelt grunnlag. I tillegg valgte vi å ikke bruke søkeordet "nurse" fordi inntrykket vårt var at de fleste artiklene omhandlet helsepersonell på generell basis. Vi ønsket ikke ekskludere relevante artikler fordi de ikke spesifikt omhandlet sykepleiere.

### 3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Ved søking etter artikler bestemte vi oss for noen inklusjons- og eksklusjonskriterier presentert i tabellen nedenfor.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Omhandler MS og seksualitet	Ikke relevant for vår problemstilling
Ikke eldre enn 10 år	Eldre enn 10 år
Følger etiske retningslinjer	
IMRAD-struktur	
Fagfelleurdert tidsskrift	
Deltakere i studie >18 år	Deltakere i studie <18 år
Skrevet på engelsk eller skandinavisk	Skrevet på annet språk enn engelsk/skandinavisk
Forskningsartikkel	Review-artikler
>20 deltakere i studien	<20 deltakere i studien

### 3.4 Søkehistorikk

	CINAHL	MEDLINE	PUBMED
1. Multiple sclerosis	21933	66047	100967
2. MS	68399	384000	495243
3. Chronic Disease	70757	590724	984203
4. Chronic Illness	30269	13898	1008964
5. Education	995526	871312	2060676
6. Teaching	256836	91232	1686093
7. Plisitt and information	91	74	79
8. Model	426860	2472890	4395952
9. Communication	310538	344568	733463
10. Sexuality	40408	46513	361360
11. Sexual Health	7855	1975	114927
12. 1 OR 2 OR 3 OR 4	146328	10006719	1536832
13. 5 OR 6 OR 7 OR 8 OR 9	1560594	3555411	6632521
14. 10 OR 11	46388	48209	361631
15. 12 AND 13 AND 14	196	89	3067
			Filter: Clinical trial, randomized controlled trial
			Resultater: 114
Artikler vi valgte:	Artikkel 1	Artikkel 4 Artikkel 3	Artikkel 2 Artikkel 5

### 3.5 Kritisk vurdering og analyse av artikler

Ut fra resultatene vi fikk begynte vi med å lese overskrifter. Deretter gikk vi inn på artikler som hadde overskrifter som virket relevante for vår oppgave og leste sammendraget. Vi var på leting etter forskningsartikler som kunne svare på problemstillingen vår.

For å vurdere artiklernes relevans tok vi utgangspunkt i punktene Thidemann (2020) legger frem:

- Er informasjonen relevant for min problemstilling? (les sammendrag/abstract?)
- Hvilken tidsskrift er artikkelen publisert i?
- Er det et tidsskrift med fagfelleevaluering?
- Er informasjonen i artikkelen av ny dato?
- Hvilket utgivelsesår har publikasjonen?
- Er forfatterne anerkjente fagfolk eller forskere innen feltet?
- Hvem er artikkelen skrevet for?

Artiklene vi vurderte som relevante ble deretter lest gjennom og vurdert kritisk. Vi benyttet først Helsebibliotekets (2016) råd om kritisk vurdering. Disse går ut på å stille spørsmål om artikkelen har klart formulert problemstilling, og om designet er velegnet for å svare på problemstillingen. Videre skal man vurdere om man kan stole på resultatene, man skal tenke over hva resultatene er og om de kan brukes i vår praksis. I etterkant ble det gjort grundigere undersøkelser ved bruk av sjekklister fra FHI (2011).

Vi la merke til at mange av studiene ble gjort i land med annen kultur enn Norge, men valgte å likevel inkludere disse. Seksuell helse er rettighetsbasert og sees på som en grunnleggende menneskerett (Helland, 2015), og viktigheten av god seksuell helse er dermed like stor i land som Iran som i de vestlige landene. Dessuten legger Statistisk Sentralbyrå (2016) frem tall som viser at 622 000 mennesker i Norge er medlem av andre tros- og livssynssamfunn enn Den Norske Kirke. Norge defineres som et flerkulturelt samfunn, og det stilles økende krav til flerkulturell kompetanse i ulike yrkesgrupper (Thorbjørnsrud, 2015).

Etter at artiklene var valgt startet vi å analysere. Vi tok utgangspunkt i Aveyards tematiske analysemodell (Thidemann, 2020).

Først leste vi grundig gjennom artiklene og noterte ned temaer som var relevante for vår problemstilling. Dette kaller Aveyard identifisering av temaer. Disse temaene formulerte vi som påstander; “Det blir ikke snakket nok om seksuell helse”, “MS har konsekvenser for seksuell helse” og “sykepleiere kan hjelpe pasienter til god seksuell helse”. Deretter beskriver Aveyard at man skal “diskutere styrken på bevisene” (Thidemann, 2020). Vi brukte altså resultatene i artiklene til å bevise påstandene våre. Etter vi hadde lest gjennom artiklene og notert ned hvilke resultater som var relevant under hvert tema utarbeidet vi de endelige temaene presentert i kapittel 4.6 og i kapittel.

## 4. Resultatpresentasjon

<b>4.1 Artikkel 1</b>	The effectiveness of Good Enough Sex Model on Sexual Satisfaction and Sexual Intimacy in Women With Multiple Sclerosis
Forfattere	Fatemeh Jamalianafar, Hedyeh Riazi, Armin Firoozi, Malihe Nasiri og Ali Montazeri
Tidsskrift	Sexuality and Disability
Forsknings-etisk vurdering	Godkjent av den etiske komiteen av Shahid Behesti University of Medical Study. Alle deltakere skrev under etter å ha blitt forklart hvordan studien foregikk, og all innsamlingsdata var konfidensiell. Kontrollgruppen fikk samme tilbud i etterkant av forsøket.
Hensikt med studien	Hensikten er å undersøke om The Good Enough Sex Model kan hjelpe kvinner med MS til å forbedre sin seksuelle helse.
Nøkkelord	Multiple Sclerosis, Sexual satisfaction, Sexual intimacy, Good-Enough Sex Model, Iran
Metode	Randomisert klinisk forsøk som pågikk fra desember 2018 til august 2019 i Teheran, Iran. Deltakerne var kvinner mellom 20 og 45 år som hadde fått diagnosen multippel sklerose for minst 6 måneder siden. De var alle seksuelt aktive. 80 kvinner ble delt i to. En gruppe fikk tre ganger 90 minutter med undervisning basert på "The Good Enough Sex Model", mens den andre gruppen fikk ingen form for undervisning/veiledning. Seksuell nytelse ble målt gjennom "The Index of Sexual Satisfaction" (ISS) og seksuell intimitet ble målt gjennom "the Sexual Intimacy Scale". Dette ble utført før og etter undervisningen.
Resultat	Før forsøket var det liten forskjell i resultatene på seksuell nytelse, mens etter forsøket var det en betydelig forskjell. Det samme gjaldt ved målingene av seksuell intimitet. Resultatene viste også betydelig forskjell i intervensjonsgruppen før og etter undervisningen, mens det i kontrollgruppen var liten forskjell.
Konklusjon	Resultatene viser at opplæring ved hjelp av "The Good Enough Sex Model» kan forbedre seksuell nytelse og intimitet hos kvinner med multippel sklerose. Funnene viser også at det er nyttig at helsepersonell setter fokus på seksualitet for å ivareta seksuell helse og et godt familieforhold.

<b>4.2 Artikkel 2</b>	The effectiveness of the Permission, Limited information, Specific suggestions, Intensive therapy (PLISSIT) model based sexual counseling on the sexual function of women with Multiple Sclerosis who are sexually active.
Forfattere	Zohreh Khakbazan, Fatemeh Daneshfar, Zahra Behboodi-Moghadam, Seyed Massood Nabavi, Sogand Ghasemzadeh og Abbas Mehran.
Tidsskrift	Multiple Sclerosis and Related Disorders
Forsknings-etisk vurdering	Den etiske komiteen hos Tehran University of Medical Science har godkjent studien. Alle deltakere fikk nøye beskrivelse av studien og godkjente dette. Alle hadde mulighet til å trekke seg fra studien når som helst. All data var konfidensiell.
Hensikt med studien	Hensikten med studien var å evaluere hvor effektiv PLISSIT-modellen er som et verktøy for helsearbeidere for å adressere seksuelle problemer hos kvinner som er seksuelt aktive og har multipel sklerose.
Nøkkelord	PLISSIT model, Sexual Counseling, Sexual Dysfunction, Women, Multiple Sclerosis
Metode	Randomisert klinisk studie som foregikk fra april til september 2014. 80 gifte kvinner i alderen 18-55 deltok. Halvparten av deltakerne fikk rådgivning basert på PLISSIT-modellen ved fire 90-minutters sesjoner fordelt på 4 uker. Den andre halvparten i kontrollgruppen fikk ingen intervensjoner under forsøket. Etter de fire ukene var intervensjonsgruppen på oppfølgingssamtaler i to måneder. "The Female Sexual Function Index" (FSFI) ble brukt for å evaluere deltakernes seksuelle funksjon før forsøket startet, deretter i oppfølgingssamtalen.
Resultat	Før forsøket begynte ble det ikke funnet noe forskjell mellom de to gruppene i resultatene av FSFI-skåren. Sammenligning av skåren etter to måneder viste derimot en betydelig forskjell, det samme viste skåren etter 3 måneder. Det var ingen betydelig forskjell etter 2 måneder sammenlignet med 3. Hos kontrollgruppen var det ingen betydelig forskjell før og etter forsøket.
Konklusjon	Sammenligning av tre evalueringer viste forskjeller i FSFI-skåren. Basert på dette mener man at rådgivning basert på PLISSIT-modellen kan hjelpe gifte kvinner med MS med å forbedre seksuell funksjon.

<b>4.3 Artikkel 3</b>	Sexual Dysfunction in Women With Multiple Sclerosis: Expectations Regarding Treatment and Information, and Utility of the SEA-MS-F Questionnaire
Forfattere	Audrey Schreiber- Bontemps, Marion Roquet, Béatrice Médée, Stéphane Verdun og Katelyne Hubeaux.
Tidsskrift	Sexual Medicine
Forsknings-etisk vurdering	Kvalifiserte personer til studien mottok et informasjonsskriv med detaljert forklaring. Under medisinsk konsultasjon ble studien forklart med mulighet for å stille spørsmål. Det var frivillig å delta og deltakerne kunne trekke seg når som helst. Et ikke - opposisjons skjema ble signert da deltakerne valgte å bli med i studien. Godkjenningen ble gitt av National Commission for Data Protection and Liberties. Alle spørreskjemaene er anonymisert.
Hensikt med studien	Hensikten med studien var å evaluere forventninger til behandling og informasjon for seksuell dysfunksjon hos kvinner med MS og forstå sammenhengen mellom deres forventninger og forebygge seksuell dysfunksjon.
Nøkkelord	Women, Multiple Sclerosis, Sexual Dysfunction, Expectations, Questionnaire SEA- MS- F
Metode	Studien ble utført på kvinner med ms, over en periode på 15 måneder. Det var 87 deltakere der gjennomsnittsalder var 47 år. Kvinnene ble diagnostisert i løpet av de siste 14 årene. De har benyttet et spørreskjema, SEA- MS- F (sexual dysfunction management in multiple sclerosis). Skjemaet ble utviklet for å forstå forventninger, kjente demografiske og medisinske faktorer for å forebygge seksuell dysfunksjon.
Resultat	Av kvinnene som deltok rapporterte 59,8 % seksuell dysfunksjon. 22,4 % av deltakerne hadde tatt opp temaet med en profesjonell. 68% hadde forventninger og ønsker om informasjon angående seksuell dysfunksjon. 80% ønsket behandling av problemene sine. Det var ingen sammenheng mellom forventninger og alder, tretthet, gjennomgått menopause eller tid siden diagnosen ble satt. SEA- MS- F skjemaet ble sett på som nyttig hos 63,4 % og 90% mente at det kunne være til nytte for leger for å behandle seksuell dysfunksjon.
Konklusjon	SEA- MS- F er til dags dato eneste spørreskjemaet som er validert hos kvinner med MS for evaluering av seksuelle forventninger. Studien viste at undersøkelsen var nyttig for å kunne introdusere og diskutere temaet med leger eller en profesjonell.



<b>4.4 Artikkel 4</b>	Experiences and informational needs on sexual health in people with epilepsy or multiple sclerosis: A focus group investigation
Forfattere	Ingrid Egerod, Kathrine Wulff, Marian C Petersen
Tidsskrift	Journal of Clinical Nursing
Forsknings-etisk vurdering	Studien ble godkjent av the Danish Data Protection Agency og the Ethical Committee of Copenhagen. Et skriftlig samtykkeskjema ble underskrevet av deltakerne. Dette inneholdt informasjon om at studien var frivillig og at innhentet informasjon ble behandlet konfidensielt.
Hensikt med studien	Undersøke behovet for informasjon om hvordan multippel sklerose og epilepsi kan påvirke menneskers seksualitet og ta nytte av deltakernes erfaringer.
Nøkkelord	Chronic Illness, Focus Groups, Neurology, Patient Information, Qualitative Study, Sexuality
Metode	Studien fant sted ved en nevrologisk klinikk på et universitetssykehus i Danmark. Fokusgruppen som ble intervjuet i studien besto av både kvinner og menn, med diagnosene multippel sklerose og epilepsi. 8 kvinner og 7 menn som deltok i studien hadde epilepsi, mens 5 kvinner og 6 menn hadde multippel sklerose. Deltakeren blir først delt inn etter kjønn, livssituasjon og diagnose. Videre brukes deres svar på standardiserte spørsmål til dannelsen av 4 hovedtemaer.
Resultat	Studien identifiserte 4 hovedtemaer og 9 undertemaer etter gjennomføringen av studien. De hovedtemaene består av: 1. Innsikt i hva for lite informasjon om seksuell rehabilitering utgjør for disse pasientgruppene. 2. Effekten av tilstrekkelig informasjon om diagnosenes påvirkning på individets seksualitet. 3. En større forståelse av hva som defineres som seksuell aktivitet for denne pasientgruppen. 4. Konstruktiv tilnærming til sine seksuelle problemer om de var gjort klar over sykdommens mulige påvirkning på egen seksualitet.
Konklusjon	Studien konkluderer med at disse pasientgruppene ofte er underinformert om hvordan deres sykdom kan påvirke deres seksuelle helse. Studien viser at store kunnskapshull øker risikoen for symptomer som isolasjon, skyldfølelse, frustrasjon og depresjon. Riktig og nok informasjon om dette temaet kan føre til bedre livskvalitet for disse pasientgruppene.

<b>4.5 Artikkel 5</b>	The effect of counseling based on the PLISSIT model on sexual quality of life of married women with multiple sclerosis referring to MS center in 2019: a randomized, controlled trail.
Forfattere	Zahra Kazemi, Mahsa Sadat Mousavi, Masoud Etemadifar
Tidsskrift	Archives Womens Mental Health
Forsknings-etisk vurdering	Studien ble godkjent av Ethics Committee of Islamic Azad University, Isfahan. Studien er resultatet en av masteroppgave i psykiatrisk sykepleie. Det randomiserte kontrollforsøket er registrert i Iranian Registry of Clinical Trials (IRCT). Forsøkene i studien hvor mennesker har deltatt står i samsvar til de etiske standardene til the ethics committee of Islamic Azad University, Isfahan.
Hensikt med studien	Hensikten var å se nærmere på effekten av PLISSIT – modellen i møte med gifte kvinner med diagnosen multippel sklerose, med hensikt å bedre deres seksuelle livskvalitet.
Nøkkelord	Sexual Wuality of Life, PLISSIT Model, Multiple Sclerosis
Metode	62 gifte kvinner med multippel sklerose deltok i studien. Disse ble delt inn i en fokusgruppe og en kontrollgruppe. Fokusgruppen deltok i PLISSIT – basert veiledning, hvor de deltok fysisk. Kontrollgruppen mottok ikke veiledning under studien, men på grunn av etiske hensyn gitt samme tilbud som fokusgruppen etter at studien var avsluttet.
Resultat	Fokusgruppen som deltok i veiledning ved bruk av PLISSIT – modellen opplevde en betydelig bedring i sin seksuelle livskvalitet. Forfattere av studien rapporterte om tydelig bedring allerede etter 10 uker for denne gruppen. Kontrollgruppen kunne ikke rapportere om bedring i sin seksuelle livskvalitet.
Konklusjon	Utvikling i måten en snakker med denne pasientgruppen i møte med denne tematikken kan være fordelaktig for klinikere, psykologer og andre helsearbeidere. Det legges også frem et ønske om flere og utvidede studier om kvinner og menn som lever med kronisk sykdom. Vi ivaretar kvinners seksuelle helse ved å lytte til deres bekymringer og benytte denne informasjonen til å bedre deres seksuelle livskvalitet. Denne problematikken bør bli sett på som en av grunnpilarene i en familiestruktur.

## 4.6 Oppgavens sammenfattende resultat

### 4.6.1 Betydningen av kommunikasjon og informasjon

Khakbazan *et al.* (2016) sin studie konkluderer med at det er nødvendig å gi pasienter med MS god informasjon om seksuell dysfunksjon som følge av sykdom. Rådgivning og undervisning kan hjelpe pasienter til et godt forhold og opprettholdelse av intimitet.

Schreiber- Bontemps *et al.* (2022) har intervjuet kvinner med MS. Studien viser at flertall av pasientene ikke har fått informasjon eller samtaler om seksuell dysfunksjon. 68% av deltakerne ønsker informasjon og har behov for samtale om problemene sine. Kun 22,4% av deltakerne har tatt opp temaet med en profesjonell på eget initiativ. Det er ønskelig fra deltakerne i studien at helsepersonell skal være den som bringer opp temaet.

Deltakerne i studien gjennomført av Egerod, Wulff og Peterson (2018) uttrykket også et sterkt ønske om at helsepersonell selv skulle ta opp temaet seksualitet. Flere nevnte at de aldri hadde blitt spurt om seksuelle utfordringer ved sine rutinemessige oppfølgingstimer. Ei heller fått informasjon om sykdommens mulige påvirkning på deres seksualitet. Flere av deltakerne rapporterte om at de følte seg alene og isolert i sine opplevelser. Dette resulterte for flere i depresjon og skyldfølelse. Forfatterne av studien konkluderer med viktigheten av at helsepersonell selv tar opp problematikken. Ved å gjøre dette lages det et trygt rom hvor pasienten kan spørre om sine tanker og bekymringer.

Egerod *et al.* (2018) referer til WHO som mener at pasientene har behov for informasjon av god kvalitet og helsepersonell som bekrefter og fremmer seksuell helse. Funn i studien viser at helsepersonell har mangel på kunnskap og vansker med å diskutere spørsmål med pasientene. Studien resulterte i at det var stort informasjonsbehov om seksualitet og seksuell rehabilitering. Det var overraskende mangel på kunnskap hos pasientene angående seksuell dysfunksjon som følge av MS. Deltakerne ønsket informasjon fra helsepersonell på deres initiativ med en systematisk og individualisert kommunikasjon. Det konkluderes ut fra deltakerens meninger at informasjon og undervisning kan lindre skyldfølelse, fortvilelse og føre til mestring.

#### 4.6.2 Strategier for å kommunisere om seksualitet

Jamalianafar *et al.* (2021) sin studie konkluderer med at "The Good Enough Sex Model" vil kunne være effektiv, i kombinasjon med medisiner, fysioterapi og psykisk terapi, for å øke tilfredsstillelse og intimitet hos kvinner med MS. Pasientene som fikk rådgivning basert på denne modellen skåret betydelig bedre i temaene seksuell intimitet og seksuell nytelse sammenlignet med før forsøket.

Når det kommer til PLISSIT-modellen konkluderer både Khakbazan *et al.* og Kazemi, Mousavi og Etemadifar (2020) at rådgivning basert på en slik modell vil kunne hjelpe pasientene med å få bedre seksuell helse. Førstnevnte tok utgangspunkt i sexlyst, opphisselse, fuktighet i skjeden, orgasme, tilfredsstillelse og smerte. Resultatene i studien viser at gruppen som fikk rådgivning basert på PLISSIT skåret bedre etter rådgivning sammenlignet med gruppen som ikke mottok rådgivning på alle 6 punktene. Intervensjonsgruppen skåret også bedre etter rådgivning sammenlignet med før rådgivning. Kazemi, Mousavi og Etemadifar (2020) fikk de samme resultatene, bare målt i seksuell livskvalitet.

Schreiber-Bontemps *et al.* (2022) legger frem at de fleste pasientene i studien ønsket informasjon om seksuell dysfunksjon, selv om de ikke er direkte påvirket enda. De presenterer et spørreskjema om seksualitet ved MS kalt SEA-MS-F. 83% av deltakerne var interessert i å bruke et slikt spørreskjema, mens 90% var enige i at det kunne hjelpe leger med å behandle seksuell dysfunksjon.

Egerod, Wulff og Peterson (2018) sin studie viser at pasienter med MS har liten kunnskap om hvilke konsekvenser sykdommen deres kan ha for seksuell helse. Når deltakerne ble opplyst om konsekvensene sykdommen kan ha for deres seksualitet, var de enig om at mer informasjon vil være nødvendig for å takle dette.

## **5. Diskusjon**

### **5.1 Multippel sklerose påvirker seksuell helse og livskvalitet**

Kronisk sykdom har fra mange aspekter stor innvirkning på et menneskes liv. I følge Egerod, Wulff og Peterson (2018) kan seksuell dysfunksjon påvirke mennesker med kronisk sykdom fysiologisk, psykologisk eller sosialt. På denne måten kan vi sette seksuell helse i sammenheng med et menneskes livskvalitet. Det poengteres også at seksuell dysfunksjon hos kronisk syke pasienter som oftest er resultat av fatigue, smerte og avhengighet av andre.

#### **5.1.1 Seksuell helse - som fundament i den generelle helsen**

Egerod, Wulff og Peterson (2018) legger også frem undersøkelser som viser at når den overordnede selvrapporterte helsen er dårlig, vil seksuell dysfunksjon ofte være til stede. WHO (2002) underbygger dette med sin arbeidsdefinisjon for seksualitet. Her blir det nevnt at seksuell helse må sees på som en elementær del av den generelle helsen. Organisasjonen nevner også par- og familieforhold når de i sin arbeidsdefinisjon beskriver seksualitet. Her legges det vekt på at god seksuell helse må sees på som et av hovedfundamentene for individets, parens og familiens helse og velfungering.

I artikkelen skrevet av Jamalianfar *et al.* (2021) fortelles det om at seksuell tilfredsstillelse og seksuell intimitet er en av de viktigste faktorene når det kommer til livskvalitet hos unge kvinner, og at det derfor er svært viktig å ha fokus på dette. Likevel blir det ofte oversett. Det presenteres også at kun 16% av MS pasienter får intervensjoner som rådgivning basert på for eksempel "PLISSIT" eller "Good Enough Sex Model".

#### **5.1.2 Fysiologiske utfordringer/ seksuell dysfunksjon**

Egerod, Wulff og Peterson (2018) skriver også om kronisk sykdom og dens ofte negative påvirkning på seksualitet. Studien underbygger sine utsagn med følgende statistikk; av menn med nevrologisk sykdom har 50-75% erektil dysfunksjon. Videre har 60% vansker med ejakulasjonen, og 40% har nedsatt seksuallyst. En stor andel av kvinnene innenfor samme pasientgruppe har også vansker med seksuell dysfunksjon. Hvorav 33% har vansker med å oppnå orgasme, 27% har manglende eller nedsatt seksuallyst, 36% har ubehag på grunn av tørre slimhinner i skjeden og 12% har økte spasmer under samleie. Videre legger forfatterne

av studien frem symptomer som fatigue, depresjon, inkontinens og spasmer som store bidragsyttere til seksuell dysfunksjon hos MS- pasienter (Egerod, Wulff og Peterson (2018)).

### **5.1.3 Par og familierelasjon**

Resultatene fra studien som er nevnt over legger også frem et viktig poeng. Sykdom og behandling kan ha stor påvirkning på pasientens partner og dens livskvalitet i aller høyeste grad (Egerod, Wulff og Peterson 2018). MS-forbundet (u.å) bekrefter at diagnosen gjerne oppleves som en utfordring for både pasienten selv, men også deres partnere. De deler problematikken inn i to forskjellige undertemaer. For det første er det ofte mangelfull kunnskap om sykdommen og dens effekt på seksualitet. For det andre kan det oppleves utfordrende å snakke om de rent praktiske utfordringene ved en seksuell handling. Dette til tross for at man er i en langvarig og trygg parrelasjon (ms-forbundet, u.å). Dette kommer også frem i intervjuene gjort i studien av Schreiber-Bontemps *et al.* (2022) og Egerod, Wulff og Peterson (2018). Her kommer deltakerne med eksempler som kan settes i sammenheng med begge undertemaene nevnt av ms-forbundet (u.å).

I Egerod, Wulff og Peterson (2018) sin studie nevner en mannlig MS-pasient at han synes det er utfordrende å redefinere eller finne frem til et nytt seksualliv med sin nåværende partner. Deltageren poengterer at dette ville vært lettere med en ny partner, da hen ikke ville være preget av forventninger fra deres tidligere seksualliv. Videre viser forfatteren av studien til statistikk som sier at 50-60% av samlivsbrudd forekommer på grunn av seksuelle behov. Deltakerne fortalte at manglende kunnskap om temaet fikk dem til å isolere seg. Mange følte også på skyldfølelse overfor sin seksualpartner. Videre ble det poengtert at de mest sannsynlig ikke ville kjent på dette om de hadde hatt kunnskapen om hvordan sykdommen kan prege deres seksualitet.

Kamzemi *et al.* (2020) poengterer også den økte risikoen for å få dårligere intime og sosiale forhold. God seksuell helse gir bedre livskvalitet, tilfredsstillelse og stabilitet. Seksualitet er et av de viktigste aspektene for et sunt ekteskap, men er ofte oversett. Resultatene fra Schreiber-Bontemps *et al.* (2022) studie viser at av de som rapporterte seksuell dysfunksjon var det kun 22,4% av disse som hadde snakket om temaet med en profesjonell.

Deltakerne i intervjuet gjort at Egerod, Wulff og Peterson (2018) la vekt på viktigheten av en god seksuell helse. Det ble sammenlignet og til å med gitt mer tyngde enn jobbsituasjon og

deres generelle helse. Til tross for dette hadde deltakerne en opplevelse av at helsepersonell ikke så på seksualitet som et av deres primære behov. Resultatene fra samme studie viste en klar korrelasjon mellom en kropp i stadig endring og deres livskvalitet.

## **5.2 Seksualitet på dagsorden**

### **5.2.1 Mangel på kunnskap**

Sykepleiere snakker lite om seksualitet i møte med pasienter. Flere studier viser manglende kommunikasjon om temaet. I artikkelen skrevet av Schreiber- Bontemps *et al.* (2022) ble det rapportert at kun 22,4% av de som deltok i studien hadde snakket med profesjonelle om seksualitet. Helland (2016) skriver at det ikke er noen klare retningslinjer og pålegg om å ivareta seksualitet. I etterkant har helse- og omsorgsdepartementet (2017) utarbeidet en strategiplan for å sikre god seksuell helse i befolkningen.

Khakbazan *et al.* (2016) belyser i sin artikkel at en av de viktigste utfordringene rundt seksuelle problemer ved kronisk sykdom er manglende kunnskap hos helsepersonell, og at de føler seg ukomfortable med å snakke om temaet. Sykepleiere mener det er for lite undervisning om seksualitet og dermed mangel på kunnskap. Som sykepleier plikter man å stadig tilegne seg ny kunnskap (Holter, 2016). Man skal være åpen for forbedringstiltak, fagutvikling og forskning for å holde et forsvarlig kvalitetsnivå. Sykepleiere har ansvar for egen kunnskapsutvikling når det kommer til basal kunnskap om seksuell helse. Pasientene bør få konkret informasjon om hvilke konsekvenser MS og dens behandling kan føre til (Holter, 2016).

Det er viktig å være trygg i faget for å kunne snakke om det, og vite hva man skal svare på spørsmål og utfordringer. Sykepleiere ønsker ikke å sitte med usikkerhet i samtale med pasientene (Dammen, Moksnes og Grønning, 2020). Ulike faglige og etiske problemstillinger blir ofte drøftet i arbeidsmiljøet, men sjeldent seksualitet. Man blir ofte mer komfortabel om ulike temaer hvis man kan dele kunnskap og drøfte utfordringer sammen med kollegaene sine. Det er for lite fokus og oppmerksomhet på seksualitet i arbeidsmiljøet (Eriksen, Gjessing, Sellevold, 2021).

I en studie gjort av Dammen, Moksnes og Grønning i Sykepleien (2020) viser resultatene at sykepleiere anerkjenner at seksualitet er viktig, men at de oftest ikke tar opp temaet. Grunnen

til dette er eget kunnskapsnivå og personlige holdninger, tid, prioriteringer og usikkerhet rundt pasientens grenser. Likevel sies det i Helse- og omsorgsdepartementets (2017) strategiplan for seksuell helse “snakk om det!” at alt helsepersonell skal mestre de to første punktene i PLISSIT-modellen. Det er ulike kommunikasjonsmodeller sykepleiere kan benytte seg av for å ivareta kommunikasjon om seksuell helse. I strategiplanen finner man konkrete føringer som kan bidra til å fremme seksuell helse, kunnskap og åpenhet. Strategiplanen foreslår tiltak som å sette seksuell helse på behandlingsplan og ha sjekklister for å bevisstgjøre og sikre at feltet blir ivaretatt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017).

I studien fra Dammen, Moksnes og Grønning (2020) nevnes det at noen sykepleiere ikke føler et ansvar for å ivareta den seksuelle helsen til pasientene. Samtidig beregnes seksualitet som et grunnleggende behov (World Health Organization, 2002). Når mennesker ikke klarer å ivareta sine egne behov, er det sykepleierens rolle å tilrettelegge og hjelpe pasientene for at grunnleggende behov blir ivaretatt. Dessuten kan personlige holdninger føre til at man ikke prioriterer å ta opp temaet (Holte, 2016). En sykepleier i studien til Dammen, Moksnes og Grønning (2020) begrunner hennes manglende initiativ til å ta opp temaet med pasientene med “Jeg er ikke spesielt åpen om seksualitet jeg heller”. Her er det viktig å bevisstgjøre at mennesker har forskjellige behov, og at vi som sykepleiere er nødt til å bruke individbasert sykepleie. Det er spesielt store individuelle forskjeller når det kommer til seksualitet, derfor bør døren alltid være åpen for å snakke om det (Thorbjørnsrud, 2015).

### **5.2.2 Et godt seksualmiljø**

I studien gjort av Egerod, Wulff og Peterson (2018) blir det trukket frem at tid og ressurser setter en stopper for å snakke om seksualitet. Sykepleiere har det ofte travelt på jobb og må prioritere. Det er faste prosedyrer og rutiner som må følges, og flere føler de ikke har tid til å imøtekomme dette behovet. Uegnede omgivelser og mangel på et godt miljø for seksuell helse er også noe sykepleiere tar opp i artikkelen av Eriksen, Gjessing og Sellevold (2021). Egerod, Wulff og Peterson (2018) støtter oppunder at et egnet miljø som bekrefter og fremmer seksuell helse er viktig for pasientene og helsepersonell.

### **5.2.3 Frykt for å trække over personlige grenser**

Røthing og Svendsen (2010) skriver om usikkerhet rundt religioner og kulturer. Det er ulike religiøse fortolkninger av seksualitet. I mange religioner og kulturer er det tabubelagt å snakke om seksualitet. Det er også visse restriksjoner på at man skal være gift,



ikke tilfredsstillende selv og samleie skal føre til reproduksjon. På bakgrunn av dette kan helsepersonell føle på usikkerhet med tanke på om det er greit for pasienten å snakke om seksualitet.

Seksualitet er intimt og privat for de fleste, også for de som har seksuell dysfunksjon som følge av sykdom. Samtlige artikler viser at de likevel ønsker god informasjon og veiledning rundt temaet. De kommer også frem til at pasientene har behov for noen å drøfte utfordringer med. Som sykepleier møter man på private og sårbare situasjoner hele tiden. Det er hverdagslig for sykepleiere å vaske pasienter nedentil og snakke om avføring. Seksuell dysfunksjon er svært vanlig ved MS, men likevel kvier sykepleiere seg for å ta opp seksualitet (Jaaks, 2021).

Av deltakerne i artikkelen fra Schreiber- Bontemps *et al.* (2022) ønsker 83% å snakke om seksuell helse, men 63- 64% har aldri tatt opp sine problemer rundt seksualitet med helsepersonell. I intervjuene fra Egerod, Wulff og Peterson (2018) ønsker pasientene informasjon uten å måtte ta opp temaet selv. Det er sjeldent at pasienter tar initiativ i redsel for at det skal være uakseptabelt å ta opp, eller å gjøre det ubehagelig for sykepleierne. Når pasienter ikke tar opp temaet, kan det misoppfattes til å tro at pasienter ikke har behov for å snakke om seksualitet. Sykepleiere som møter pasienter med MS kan tenke at pasientene ikke er opptatt av seksuell helse når man er syk. Seksualitet er ikke avhengig av at man skal være frisk (Langhelle *et al.*, 2021). Det viser viktigheten av at helsepersonell må være den som inviterer til å snakke om seksualitet.

Hvordan kan sykepleiere unngå disse barrierene og komme i gang med kommunikasjon om seksualitet?

## **5.3 Hvordan kan sykepleiere kommunisere om seksualitet?**

### **5.3.1 Helsepersonell bør ta initiativ**

Mange opplevde medfølelse for andre fysiske utfordringer som sykdommen ga, likevel ble dens effekt på seksualitet ignorert. Dette bekreftes i Schreiber-Bontemps *et al.* (2022) sin studie. Her konkluderes det med at det er helsepersonell selv som er nødt til å ta opp temaet seksualitet. Dette er ikke et ansvar som skal ligge hos den enkelte pasient.

Dettes legges også frem i studien til Langhelle *et al.* (2021). Schreiber-Bontemps *et al.* (2022) sin studie viser også at de fleste pasientene ønsket at temaet skulle tas opp på en vanlig oppfølgingstime, noe Helland (2015) også påpeker.

Data fra studien Schreiber-Bontemps *et al.* (2022) viser at et spørreskjema kan være en fin metode for å bryte ned personlige barrierer og få i gang en samtale om behov, problemer og løsninger. Dette kan være en måte å ta initiativ på, som åpner døren for samtale om seksualitet. Helland (2015) sier også at en screening kan være effektiv for å fange opp pasientene som har et ønske og behov for info om seksualitet, samtidig som det skåner pasientene som ikke har et ønske eller behov for det.

Higgins, Barker og Begley (2006) legger frem at sykepleiere må godta at seksualitet er en viktig del av seg selv, og at pasienter også har behov og lyster. Dette gjør at det faller mer naturlig å snakke om seksualitet. De må også innse at seksualitet ikke bare er passende å snakke om, men svært ønskelig for pasienter. I tillegg bør de tilstrebe et miljø som gjør at pasientene føler seg trygge på å snakke om deres utfordringer ved seksualitet.

### **5.3.2 Sikre kunnskap hos sykepleiere**

I en undersøkelse gjort av Sykehuset Innlandet i 2014 oppga 90% at de fra sin grunnutdanning manglet grunnlag for å snakke om seksualitet ved sykdom. Løsningen her ble å arrangere fagdager med tema seksualitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

Usikkerhet og følelsen av mangel på kunnskap gjør at sykepleiere ikke tar opp temaet. Sykepleiere i studien til Dammen, Moksnes, og Grønning (2020) ønsket seg en workshop som ga konkrete tips til hva de kunne spørre pasientene om.

Helse- og omsorgsdepartementets strategiplan (2016) legger frem at seksualitet som tema bør være integrert i helse- og omsorgstjenestene, og at et av tiltakene bør være å bruke seksualitet som tema i fagmøter og seminarer. Andre konkrete mål som fremkommer i strategiplanen er å inkludere seksualitet i behandlingsplaner, og utvikle sjekklister for å sikre at seksuell helse blir ivaretatt. Sykepleiere er den største profesjonsgruppen i helse- og omsorg, og jobber pasientnært. De har derfor en viktig rolle for å imøtekomme pasientens behov for å snakke om seksualitet (Helland, 2015).

Deltakerne i studien til Egerod, Wulff og Peterson (2018) påpeker at seksuell informasjon burde bli systematisk brukt av helsearbeidere. Hvilke helsearbeidere som tar opp temaet er irrelevant, så lenge de vet hva de snakker om, kan gi god informasjon og svare på spørsmål ifølge noen av deltakerne.

Higgins, Barker og Begley (2006) mener at sykepleieren bør stille åpne spørsmål. For eksempel kan et spørsmål om pasienten onanerer eller ikke føles skamfullt å svare på. I stedet kan man introdusere at det er vanlig at kvinner bruker onani til å tilfredsstille seg selv, for så å for eksempel spørre om bivirkninger av medisiner har gitt noen utfordringer i forhold til dette.

### **5.3.3 Tilpasset informasjon**

Ifølge Helland (2015) er det viktig at informasjon og samtale om seksualitet ikke skjer mot pasientens vilje. Dette kan trå over grenser og er ikke etisk forsvarlig yrkesutførelse. Resultatene i studien til Jamalianafar *et al.* (2021) underbygger dette. Pasientene mener det er viktig at man finner ut hvor mye informasjon en pasient ønsker og trenger før man tilpasser informasjon og samtale ut fra dette. I studien til Egerod, Wulff og Peterson (2018) presiserer også noen av deltakerne viktigheten av å ikke påtvinge noen temaet, men forsiktig åpne døren slik at de som ønsker, kan snakke om det. Pasientene må bli forsikret om at det ikke er noe press til å svare på spørsmål om seksualitet, og om de ikke ønsker å svare vil de ikke bli møtt med fordommer. Higgins, Barker og Begley (2006) understøtter dette, og legger til at det er pasienten som skal definere sine behov, ikke sykepleieren.

Studien til Egerod, Wulff og Peterson (2018) viser at seksuell helse og velvære er avhengig av tilgang til informasjon om seksualitet, og at dette foregår i et miljø som promoterer god seksuell helse. Resultatene viser at kunnskap kan gi pasientene håp. Kunnskap på et tidlig tidspunkt vil også øke pasientens tanker om å overkomme mulige hindringer diagnosen medfører. Helland (2015) underbygger dette da hun påpeker at sykepleiere bør normalisere utfordringene ved seksualitet hos pasienter med kroniske sykdommer, slik at de ikke føler seg alene og tør å være åpne om sine utfordringer.

### **5.3.4 Modeller**

Kazemi, Mousavi og Etemadifar (2020) og Khakbazan *et al.* (2016) har begge utført studier med rådgivning basert på PLISSIT-modellen. I begge studiene blir det konkludert med at

PLISSIT-modellen hadde positive effekter når det kom til seksuell helse. Kazemi, Mousavi og Etemadifar (2020) påpeker også at en av fordelene med modellen er at man har et rammeverk for undervisning, noe å forholde seg til som helsepersonell. I tillegg er det realistisk å tenke at helsepersonell kan takle de tre første trinnene i modellen etter å ha gjennomgått et kurs eller en workshop. Helland (2015) underbygger dette med sin informasjon om at modellen er enkel og generell. Den er laget for at flere faggrupper kan ta den i bruk da den tar hensyn til ulike nivåer av kunnskap og erfaring.

Hvis PLISSIT-modellen skal kunne tas i bruk i helse- og omsorgstjenesten er sykepleiere nødt til å identifisere seksualitet som en del av sitt fagfelt (Helland, 2015). Helse- og omsorgsdepartementets strategiplan (2016) understreker at alle med relevant 3-årig utdanning bør håndtere de to første trinnene i PLISSIT-modellen. Dette vil da innebære i første ledd å gi tillatelse til å snakke om temaet. Her bør sykepleieren hjelpe pasienten med å forstå at seksuell helse er naturlig å snakke om under oppfølging. I andre ledd bør sykepleieren ha tilegnet seg basal kunnskap om temaet. (Langhelle *et al.*, 2021). Dette bør for eksempel være at MS kan gi utfordringer i forhold til ereksjon, sexlyst, orgasme, tørre slimhinner i skjeden, spasmer under samleie osv. (Egerod, Wulff og Peterson, 2018). Khakbazan *et al.* hevder at ved å bruke de 3 første stegene i PLISSIT-modellen kan en terapeut løse 80-90% av pasientens seksuelle problemer.

Jamalianafar *et al.* (2021) bruker en annen modell i sin studie for å undersøke om den kan bidra til forbedret seksuell helse hos MS-pasienter. Rådgivning basert på "The Good Enough Sex Model" kan gi paret mulighet til å prøve seg frem når det kommer til seksualitet, samt snakke om hvilke effekter sykdommen har på seksuallivet og akseptere dette. Paret kan få hjelp til å kommunisere bedre, og dermed til å forbedre deres seksualitet.

Modellen (Jamalianafar *et al.*, 2021) presenterer hjelper pasienten og deres partner med å styrke deres relasjon. De kan få erfaringer som minsker deres forventninger til seksuell funksjon, og endre holdning til hva god seksualitet er. De kan få hjelp til å ta psykiske og fysiske funksjonsendringer i betraktning når det kommer til forventninger. Dette kan bistå med å ha større fokus på de nye aspektene ved seksualitet, fremfor å fokusere på de konkrete, fysiske aspektene ved seksuell omgang. Aars (2021) påpeker også at seksualitet omfatter mer enn det vi oftest tenker på når vi snakker om sex. Seksualitet omhandler blant annet intimitet, samliv, fantasier, nærhet og kroppen som følelsesorgan med erogene soner.

Helland (2015) omtaler også “The Good Enough Sex Model”. Den er basert på at paret skal forstå at kvaliteten på sex varierer fra velfungerende til dysfunksjonelt selv for et tilfreds par. Den baserer seg videre på at forventninger til kvalitet på sexlivet må tilpasses ut fra livssituasjon.

Svakheter ved modellen er at den ikke presiserer hvordan den kan brukes i helsevesenet, og at den har fokus på seksualitet mellom par og ikke for den enkelte pasient (Helland, 2015). Jamalianafar *et al.* (2021) presiserer også at partnerne til deltakerne spilte en viktig rolle. Studien var basert på at de var inkludert i form av at de fikk oppgaver de skulle ta med hjem og trene på sammen med partner. Heller ikke i denne studien nevnes det noe om seksualitet for pasienter uten partner.

#### **5.4 Forslag til innovasjon i fag- og tjenesteutvikling**

På bakgrunn av resultatene bør kommunikasjon om seksualitet inkluderes mer i helsetjenestene. Dette er aktuelt både i tidlig fase som syk, og med langtkommen sykdom. Det er viktig både i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Mange sykepleiere føler de ikke har nok kunnskap til å ta opp temaet. Derfor bør det for eksempel arrangeres kurs og fagdager med fokus på seksualitet som tema for å sikre kunnskap hos de som arbeider tett med pasientene. Det bør være klare retningslinjer som gjør at temaet ikke blir oversett, men blir en naturlig del av oppfølging og behandling.

## 6. Konklusjon

*“Hvordan kan sykepleiere kommunisere om seksualitet med MS-pasienter?”*

MS har sin debut tidlig i livet. En konsekvens er seksuell dysfunksjon, både av sykdommen og medisinsk behandling. Seksualitet er en elementær del av den generelle helsen, dermed påvirker seksuelle utfordringer livskvaliteten til pasientene. Dette har innvirkning på partneren til pasienten og dens seksuelle helse. De fysiske konsekvensene MS kan ha for kroppen gjør at pasientene kan behøve tilrettelegging og kunnskap for å ivareta sine seksuelle behov.

Det viser seg at fåtallet av pasienter med MS snakker med helsepersonell om sine seksuelle utfordringer, selv om de har behov for det. De fleste ønsker at helsepersonellet skal ta initiativ til å snakke om det, men sykepleiere kvier seg for å ta opp temaet. God kunnskap hos sykepleiere kan gjøre terskelen for å snakke om temaet lavere. Det bør derfor sikres gode rutiner for å sørge for at dette feltet blir ivaretatt. I tillegg bør man tilegne seg kunnskap rundt seksuell dysfunksjon med for eksempel fagdager og kurs. Et åpent arbeidsmiljø der man kan drøfte seksuell helse med kollegaer kan skape en personlig trygghet hos sykepleiere.

Sykepleiere kan bruke kommunikasjonsmodeller for å snakke med MS-pasienter om seksualitet. Dette kan for eksempel være PLISSIT- modellen eller “The Good Enough Sex model”. Resultatene fra studiene viser at kommunikasjonsmodeller kan hjelpe MS-pasienter med å ivareta sin seksuelle helse og tilfredshet i parrelasjon. Samtidig er modellene et godt verktøy for sykepleiere. De hjelper med å strukturere samtalene ved å ha tydelige rammer for hvordan den skal utføres.

## 7. Litteraturliste

Aars, H. (2021). Hva er seksuell helse?, Sykepleien.

DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2021.83165> (Hentet: 14.05.22)

Brodtkorb, E., Rugkåsa, M. (2015). Kultur, helse og sykdom, i Thorbjørnsrud, B (red.)

Mellom mennesker og samfunn. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 241-271.

Brodtkorb, E og Rugkåsa, M. (2016) Kulturelle fortolkningsrammer, i Thorbjørnsrud, B. (red.) Mellom mennesker og samfunn. s. 201-239

Dammen, S., Moksnes og T. Grønning, K. (2020). Sykepleiere kvier seg for å spørre om seksuell helse, Sykepleien. DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.82952>

DasGupta, R., Fowler, C.J. (2003) Bladder, Bowel and Sexual Dysfunction in Multiple Sclerosis. *Drugs*, volum (63), 153–166. DOI: <https://doi.org/10.2165/00003495-200363020-00003>

Egerod, I., Wulff, K. og Petersen, M.C. (2018) Experiences and informational needs on sexual health in people with epilepsy or multiple sclerosis: a focus group investigation, *Journal of Clinical Nursing*, volum (27), 2868-2876. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.14378>

Eriksen, S., Gjessing, R., Sellevold, G. S. (2021) Sykepleiere kan ikke overse seksualiteten, *Sykepleien*. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/meninger/2021/03/sykepleiere-kan-ikke-overse-seksualiteten> (Hentet: 16.05.22)

Eide, H., og Eide, T. (red.) (2016) *Kommunikasjon i relasjoner*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Folkehelseinstituttet (2011) Sjekkliste. Tilgjengelig fra:

[https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/skjema/brukererfaring/k-handbok\\_1\\_vedlegg2\\_sjekklister.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/skjema/brukererfaring/k-handbok_1_vedlegg2_sjekklister.pdf) (Hentet: 28.04.22)

Grandum, V. og Halse, K.. (2010). Pasientundervisning krever kunnskap, *Sykepleien*, 98(15), side 62-64. DOI: <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2011.0011>

Grov, E. K og Holter, I.M. (2015) Sykepleierprofesjonens grunnleggende kjennetegn, i Holter, E.K. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utgave. Oslo: Cappelen Damm AS, side: 107- 114.

Grov, E. K. og Holter, I.M. (2015) Hva er sykepleie, i Mathisen, J. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utgave. Oslo: Cappelen Damm AS, side: 119-141.

Grov, E. K. og Holter, I.M. (2015) Menneskets psykososiale behov, i Eriksen, S. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utgave. Oslo: Cappelen Damm AS, side: 887-907.

Grov, E. K. og Holter, I.M. (2015) Seksualitet, i Helland, Y. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utgave. Oslo: Cappelen Damm AS, side: 861-885.

Helsebiblioteket (2016) Sjekklistor. Tilgjengelig fra:

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>  
(Hentet: 28.04.22)

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

[https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi\\_seksuell\\_helse.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf). (Hentet: 23.03.2022).

Higgins, A., Barker, P. og Begley, C.M. (2006) Sexuality: the challenge to espoused holistic care, *International Journal of Nursing Practice*, vol (12), 345-351. DOI: 10.1111/j.1440-172X.2006.00593.x

Håkonsen, K. M. (red.) (2015) Psykologi og psykiske lidelser. 5. utgave. Oslo: Gyldendal



Norsk Forlag AS.

Jamalianfar, F., Riazi, H., Firoozi, A., Nasiri, M. og Montazeri, A. (2021) The Effectiveness of 'Good-Enough Sex Model' on Sexual Satisfaction and Sexual Intimacy in Women with Multiple Sclerosis: A Randomized Trail. *Sexuality and Disability*, volum (39), 507–519 <https://doi.org/10.1007/s11195-021-09691-2>

Jaaks, J. (2021) Dansk seksualveileder: -Tar alltid 100% utgangspunkt i klientens ønsker, *Sykepleien*. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2021/02/dansk-seksualveileder-tar-alltid-100-prosent-utgangspunkt-i-klientens-onsker> (Hentet: 11.05.22)

Kazemi, Z., Mousavi, M.S og Etemadifar, M. (2021) The effect of counseling based on the PLISSIT model on sexual quality of life of married women with multiple sclerosis referring to MS center in 2019: a randomized, controlled trial, *Arch Womens Mental Health*. Volum (24), 437-444. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00737-020-01080-6>

Khakbazan, Z., Daneshfar, F., Behboodi-Moghadam, Z., Nabavi, S.M., Ghasemzadeh, Sogand., og Mehran, A. (2016) The effectiveness of the Permission, Limited Information, Specific suggestions, Intensive Therapy (PLISSIT) model based sexual counseling on the sexual function of women with Multiple Sclerosis who are sexually active, *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, Volum (8), 113-119. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.msard.2016.05.007>

Langhelle, T. H., Paulsen, A., Fredly, K. og Sekse, R. J. T. (2021) Sykepleiere kan hjelpe pasientene til bedre seksuell helse, *Sykepleien*. DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2021.83207>

MS-forbundet (u.å) Samliv og seksualitet. Tilgjengelig fra: <https://www.ms.no/leve-med-ms/samliv-og-seksualitet> (Hentet: 20.03.22)

Schreiber-Bontemps, A., Roquet, M., Médée, B., Verdun, S., og Hubeaux, K. (2022) Sexual Dysfunction in Women With Multiple Sclerosis: Expectations Regarding Treatment and Information, and Utility of the SEA-MS-F Questionnaire, *Sexual Medicine*, volum (10) DOI: <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2022.100502>.

Statistisk sentralbyrå (2016) *Trus- og livssynssamfunn utanfor Den norske kyrkja.*

Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/kultur-og-fritid/statistikker/trosamf/aar/2016-11-25> (Hentet: 02.05.22)

Stubberud, D.G., Grønseth, R. og Almås, H. (2017) Sykepleie ved gynekologiske sykdommer, i Jerpseth, H. (red.) *Klinisk sykepleie 1*. 5. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 133-165.

Thidemann, I.J. (red.) (2020) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenten*. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget AS.

World Health Organization (2002). Tilgjengelig fra:

[https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab\\_2](https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_2) (Hentet: 21.mars.2022)

Ørn, S. Og Bach-Gansmo. (2016) Sykdommer i nervesystemet, i Bertelsen, A. K (red.) *Sykdom og behandling*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, side: 322-339.

