



Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Bacheloroppgave

Seksualitet – et neglisjert tema i veiledning til ryggmargsskadede pasienter

Sexuality – A Neglected Topic in the Rehabilitation of Spinal Cord
Injured Patients

Innleveringsdato: 24.05.2018

Emnekode: HSYK3003

Kandidatnummer: 10025

Antall ord: 8721

Sammendrag

Tittel: Seksualitet – et neglisjert tema i veiledning til ryggmargsskadede pasienter.

Problemstilling: *«Hvordan kan sykepleier veilede pasienter med ryggmargsskade slik at de kan ivareta sin seksuelle helse?»*

Hensikt: Få bedre innsikt i hvordan sykepleier kan veilede og hvilke faktorer og forhold som vil være sentrale når sykepleier skal veilede om seksualitet til pasienter med ryggmargsskade.

Metode: Systematisk litteraturstudium, der både kvalitativ og kvantitativ forskning er benyttet. Oppgaven prøver å finne svar på problemstillingen ved å vurdere, analysere og velge forskningsbasert litteratur og relevant pensum og faglitteratur.

Konklusjon: Sykepleier er i en unik posisjon til å identifisere pasienter med behov for veiledning knyttet til seksualitet. Med tilstrekkelig kompetanse, gode holdninger og praktiske kommunikasjonsferdigheter, kan sykepleier gjennom veiledning øke pasientens livskvalitet ved å ivareta behovet for god seksuell helse.

Abstract

Title: Sexuality – A Neglected Topic in the Rehabilitation of Spinal Cord Injured Patients

Research question: *“How can nurses advice spinal cord injured patients to ensure they maintain their sexual health?”*

Aim: To better understand how nurses can advise and what considerations that has to be comprehended in advising patients with a spinal cord injury on sexuality

Method: Systematic literature review, where both qualitative and quantitative research have been applied. This paper aims to answer the research question by evaluating, analyzing and selecting research and other relevant literature.

Conclusion: The nurse has a unique possession to identify the patients need for sexual education. By possessing adequate competence, a good attitude and communication skills, nurses can contribute in improving the patient’s quality of life, ~~through~~ (by maintaining the individual need for) sufficient sexual health.

INNHOOLD

KAPITTEL 1 INNLEDNING	1
1.1 Innledning til tema	1
1.2 Bakgrunn for valg av tema	1
1.3 Problemstilling	2
1.4 Presisering av sentrale begreper	2
1.4.1 Veiledning	2
1.4.2 Seksuell helse	2
1.4.3 Ryggmargsskade	2
1.5 Avgrensning av problemstilling	3
1.6 Oppgavens oppbygging	4
KAPITTEL 2 METODE	5
2.1 Beskrivelse av metoden	5
2.2 Vitenskapelig tilnærming	5
2.3 Valg av litteratur	6
2.3.1 Tabell I: Søketabell	7
2.4 Kildekritikk	8
KAPITTEL 3 EMPIRI	9
3.1 Litteratormatrise	9
3.1.1 Tabell II: Oversikt over valgte artikler	9
3.2 Sammenfatning av empiri	12
KAPITTEL 4 TEORETISK REFERANSERAMME	14
4.1 Teori som beskriver sykepleiefenomen og pasientgruppens situasjon	14
4.1.1 Den ryggmargsskadede pasienten	14
4.1.2 Seksualitet ved ryggmargsskade	15
4.1.3 Sykepleie ved utfordringer knyttet til pasientens seksualitet	16
4.1.4 Veiledning	17
4.1.5 PLISSIT – modellen	18
4.2 Teori og begrep som belyser sykepleie i oppgaven	19
4.2.1 Joyce Travelbee	19
4.2.2 Yrkesetiske retningslinjer	20
4.2.3 Lovverk	21

KAPITTEL 5 DISKUSJON	22
5.1 Identifisering av behov	22
5.2 Kompetanse, holdninger og erfaringer	24
5.3 Veiledningssituasjonen	28
KAPITTEL 6 KONKLUSJON	31
Litteratur	32

KAPITTEL 1 INNLEDNING

1.1 Innledning til tema

Ifølge Landsforening for Ryggmargsskade (LARS) (2012) beregnes det å være omtrent 5000 mennesker som lever med en ryggmargsskade i Norge. Dette er tall som anslås å øke med 100 til 200 mennesker hvert år, som resultat av traume eller sykdom. En ryggmargsskade forandrer både fysiske, psykiske og sosiale forhold ved pasientens liv. Gjennom rehabilitering samhandler tverrfaglige team med pasienten for å gjenvinne eller skape et mest mulig tilfredsstillende liv. Dette innebærer å jobbe seg gjennom utfordringer som oppstår underveis, men også gjøre pasienten rustet til å håndtere situasjoner som ikke vil oppstå under sykehusoppholdet, men som pasienten kan møte i den nye hverdagen.

Seksuell, fysisk og psykisk helse henger sammen. Dette poengteres i interesseorganisasjonen Unge funksjonshemmede (2018) sin rapport om personers erfaringer med seksualitet og funksjonsevne. God seksuell helse er en ressurs og beskyttelses-faktor som fremmer livskvalitet og mestringsferdigheter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

Alle mennesker har en seksualitet, uavhengig av funksjonsnedsettelse, alder, kjønn, orientering og kultur. Dette innebærer at mennesker opplever seksuelle følelser, selv om de ikke nødvendigvis er seksuelt aktive. Mennesker med funksjonsnedsettelse har like stort behov som andre for å snakke om følelser og tanker rundt kropp og seksualitet, om ikke et enda større (Unge funksjonshemmede, 2018).

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Etter praksisperiode og ferievikariat på en spinalenhet har jeg sett hvordan livet til mennesker drastisk endres over natten. Gjennom pasientens rehabiliteringsløp normaliseres det å snakke høyt om anliggende som friske personer gjerne oppfatter som upassende og privat.

Avføringsrutiner-, og konsistens, grums i urinen, kateteriseringsproblematikk og andre fysiske forhold blir hverdagslige både for pasienten og de ansatte. Til tross for dette har jeg erfart hvor vanskelig det kan være, som enkeltperson, men også som del av et team, å rette søkelys på pasientens seksuelle helse. Særlig der pasienten selv ikke etterlyser informasjon og veiledning om temaet. Med denne oppgaven ønsker jeg å rette fokus på den ryggmargsskade pasientens seksualliv. Jeg ønsker å belyse hvor viktig det er at seksualitet blir en implementert del av pasientens rehabilitering. Som ferdig sykepleier ønsker jeg å fremme pasienters

mulighet til å snakke om seksualitet, og få veiledning på tema, uten nødvendigvis selv å måtte etterspørre det. Jeg mener dette er et tema som har stor sykepleiefaglig relevans fordi sykepleieutdanningen fremmer et holistisk menneskesyn. En nylig skadet pasient har lite kunnskap om konsekvensene, hindringene og mulighetene som kan møtes. For mange er det nærliggende å tenke at det å være lam ikke er forenlig med et aktivt seksualliv. En slik antakelse er ikke i samsvar med forskning. Det finnes en rekke muligheter, men disse er ikke nødvendigvis intuitive. Sykepleier, med en tydelig definert veiledende funksjon har en viktig oppgave med å tilby veiledning om seksualitet og slik bidra til å avverge unødvendige bekymringer. Med det kan sykepleier avkrefte myter og gi pasienten håp for fremtiden.

1.3 Problemstilling

«Hvordan kan sykepleier veilede pasienter med ryggmargsskade slik at de kan ivareta sin seksuelle helse?»

1.4 Presisering av sentrale begreper

1.4.1 Veiledning

«En formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess som har til hensikt at fokuspersonens mestringskompetanse styrkes gjennom dialog basert på kunnskap og humanetiske verdier» (Tveiten, 2008b, s. 19).

1.4.2 Seksuell helse

Seksuell helse defineres av Helse- og omsorgsdepartementet (2016) som «fysisk, mentalt og sosialt velvære relatert til seksualitet». Verdens Helseorganisasjon (2006) definerer seksualitet som:

«et sentralt aspekt ved å være menneske som komme til uttrykk i en eller flere av de følgende dimensjonene: kjønn, kjønnsidentiteter og roller, seksuell orientering, erotikk, nytelse, intimitet og reproduksjon. Seksualitet oppleves og uttrykkes i tanker, fantasier, ønsker, tro, holdninger, verdier, atferd, praksis, roller og relasjoner».

1.4.3 Ryggmargsskade

En ryggmargsskade oppstår når det skjer et brudd i nervebanene mellom sentralnervesystemet og ryggmargen som hemmer bevegelser og følelser helt eller delvis nedenfor skadestedet (Wyller, 2014b).

1.5 Avgrensning av problemstilling

Jeg har valgt å se på pasientgruppen med ryggmargsskader i sin helhet, heller enn å avgrense etter skadeomfang, funksjonsnivå og kjønn. Dette begrunnes med at uavhengig av disse faktorene vil en ryggmargsskade i varierende grad påvirke pasientens seksuelle helse (Lund, Raknestangen & Lohne, 2016). Ønsket mitt med denne oppgaven er å rette fokus på at alle skal få tilbud om veiledning, uavhengig av hvilke funksjoner som er intakte. Oppgaven vil komme inn på noen fysiske konsekvenser ved ryggmargsskade, blant annet inkontinens. Dette for å belyse hvordan ulike faktorer kan påvirke seksualitet. Dette understreker viktigheten veiledning har knyttet til forhold som kan påvirke hvilke tanker og oppfatninger pasienten har om egen seksualitet.

Det tas utgangspunkt i at sykepleieren møter pasienten på sengepost, under rehabiliteringsopphold, når pasienten er stabil etter operasjon. Dette eksempelet illustrerer en situasjon der sykepleier og pasienten møter hverandre jevnlig over en periode som strekker seg over uker til flere måneder. Ettersom møtet befinner seg på et sykehus bruker jeg begrepet pasient om den ryggmargsskadede personen. For oversiktens skyld omtaler jeg pasienten som han og sykepleieren som hun.

For å klargjøre min begrepsbruk har jeg presentert noen sentrale begreper i kapittel 1.4. Det finnes store mengder litteratur og tolkninger knyttet til veiledning, jeg har valgt å benytte Tveitens perspektiv, da hun belyser veiledning fra et sykepleieperspektiv.

Basert på de presenterte begrepene forstår jeg god seksuell helse som en tilstand av fysisk, emosjonelt, mentalt og sosialt velvære i forbindelse til seksualitet. Begrepene seksualitet og seksuell helse blir derfor brukt om en annen, da jeg tolker det slik at hvis pasienten opplever god seksuell helse, inkluderer dette positivt forhold til seksualitet. Oppgaven er avgrenset til å ikke belyse dimensjonene ved seksualitet som omfatter kjønnsidentitet og orientering.

Aspekter ved Joyce Travelbee sin sykepleieteori er benyttet for å belyse sykepleie i oppgaven. Blant annet det hun sier om medmenneskelige prosesser og å opparbeide et menneske-til-menneske-forhold og viktigheten av kommunikasjon og dialog. I tillegg berøres hvordan sykepleier kan bruke seg selv terapeutisk.

1.6 Oppgavens oppbygging

Først beskrives oppgavens metode, vitenskapelige tilnærming, søkehistorikk i tabell, presentasjon av valgt litteratur og kildekritikk i kapittel to. I kapittel tre presenteres funn fra litteratursøket i en litteraturmatrise, og en sammenfatning av empiri. Kapittel fire er en redegjørelse av oppgavens teoretiske referanserammer. Her presenteres teori som beskriver pasientens situasjon og som belyser sykepleie i oppgaven. I tillegg presenteres aspekter fra sykepleieteoretiker Joyce Travelbee. Oppgavens drøfting legges fram i kapittel fem, her drøftes empiri og teori for å belyse sykepleiefenomenet og pasientens situasjon. I kapittel seks vil oppsummering av sentrale begreper og funn fra drøftingen forsøksvis gi en konklusjon på problemstillingen.

KAPITTEL 2 METODE

Dalland (2012) refererer til sosiolog Vilhelm Aubert når han beskriver metode som en fremgangsmåte for å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Metode favner et hvert middel som tjener dette formålet (Dalland, 2012). Dette kapitlet beskriver hvor og hvordan jeg har innhentet litteratur og kunnskap anvendt for å besvare problemstillingen.

2.1 Beskrivelse av metoden

I denne oppgaven er systematisk litteraturstudie benyttet som metode. En systematisk litteraturstudie kan defineres som å finne svar på en tydelig formulert problemstilling ved å søke etter, vurdere, analysere og velge forskning som betraktes som relevant for problemstillingen (Forsberg og Wengström, 2013). Som grunnlag for en vellykket studie, er det en forutsetning at det innenfor et bestemt område finnes tilstrekkelig studier av god kvalitet, som kan granskes, sammenliknes og anvendes. En styrke ved denne metoden er at man sparer tid og arbeidsmengde ettersom forskningens grunnarbeid og datainnsamling allerede er utført. Risiko for begrenset tilgang til relevant forskning for den aktuelle problemstillingen og mulighet for feilanalyse av data representerer en svakhet ved denne metoden (Forsberg og Wengström, 2013).

2.2 Vitenskapelig tilnærming

Forskningsartiklene som blir benyttet i oppgaven består både av positivistiske og hermeneutiske kunnskapstradisjonen, henholdsvis kvantitativ og kvalitativ metode. Kvantitativt orientert metoderetning går i bredden ved å innhente et lite antall opplysninger om en stor gruppe, som i denne oppgaven representerer ryggmargsskadde pasienter og sykepleiere eller annet helsepersonell. Disse studiene vil gjennom spørreskjema med faste svar gi data i form av målbare enheter, ofte gjengitt i prosentvis inndeling (Dalland, 2012). Ifølge Thornquist (2003) vil en positivistisk posisjon eliminere kontekst, subjektivitet og mening, og slik se bort fra menneskets forståelse av seg selv. Kvalitativ metode tar på den andre siden sikte på å fange opp personlige meninger og opplevelser ved et fenomen som ikke lar seg måle eller tallfeste. Denne metoderetningen søker i dybden og forsker er gjennom intervjuer og observasjoner i direkte kontakt med deltakerne. De to metodene bidrar på ulik måte til en bedre forståelse av samfunnet, og hvordan medlemmene handler og samhandler på individ og gruppenivå (Dalland, 2012). For å få et helhetlig bilde har jeg anvendt studier som bygger på begge metodene.

2.3 Valg av litteratur

Oppgaven tar utgangspunkt i et bredt utvalg litteratur. Deler er hentet fra pensum knyttet til bachelorprogram i sykepleie ved NTNU, fakultet for medisin og helsevitenskap. Noe er også funnet gjennom litteraturlistene til pensumlitteratur, hvor henvisninger har vært interessante for min problemstilling. Ytterligere innhenting av faglitteratur er gjort ved søk i bibliotekets database Oria.

Utvalget av forskningsartiklene som presenteres i oppgaven er resultat av systematiske søk i databasene PubMed, Cinahl, Svemed+ og Medline. Søkene med søkeord og funn er presentert i tabell i kapittel 2.3.1. For å belyse sykepleie og sykepleiers funksjon har jeg anvendt utdrag av Joyce Travelbee sin sykepleieteori, hentet fra boken «Mellommenneskelige forhold i sykepleie» som er oversatt av Kari Marie Thorbjørnsen (Travelbee, 2007).

2.3.1 Tabell I: Søketablell

Søketablell						
Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
Cinahl	14.03.2018	S1	Spinal Cord Injuries		18 815	
		S2	Sexual Health OR Sexual Dysfunction OR Attitude To Sexuality Sexuality		44 381	
		S3	S1 + S2	Fagfelleverdert siste 15 år	58	
		S4	S1 AND Sexual Rehabilitation	"	14	1 (G)
		S5	S1 AND S2 AND Education	Europa	4	1 (C)
Cinahl	19.04.2018	S1	MH "Spinal Cord Injuries" OR MM "Spinal Cord Injury Nursing" OR MH "Spinal Injuries" OR MH "Spinal Cord Diseases"		35 994	
		S2	MH "Sexuality" OR MH "Sexual Dysfunction, Male" OR "Sexual Dysfunction, Female" OR MH "Sexual Counseling" OR MM "Sexual Health"		47 473	
		S3	MH "education"		760 934	
		S4	S1 AND S2 AND S3	Fagfelleverdert siste 10 år	27	2 (B, E)
		S5	MM "Sexual counseling"	"	6	
		S6	S1 AND S2 AND S5	"	3	1 (F)
		Medline	14.04.2018	S1	Spinal cord injury	
		S2	Sex Counseling OR Sex Education		9 175	
		S3	Education		112 898	
		S4	S1 AND S2 AND S3	Siste 10 år	5	1 (C)
		S5	Nurse OR Attitude of Health Personell	"		
		S6	S2 AND S5	"	24	1 (D)
SveMed+	19.04.2018	S1	"Ryggmargsskade"		305	
		S2	"Seksualitet"		481	
		S3	Veiledning		86	
		S4	S1 AND S2 AND S3	Fagfelleverdert	3	1 (A)
PubMed	19.04.2018	S1	Sexuality		76 162	
		S2	Spinal Cord Injured		5 510	
		S3	S1 AND S2	Siste 15 år	19	1 (F)

A: Kreuter, mfl. (2008)

B: Hartshorn, mfl. (2013)

C: New, mfl. (2016)

D: Saunamäki, mfl (2009)

E: Fronek, mfl. (2011)

F: Lysberg, K. og Severinsson, E. (2003)

G: Booth, mfl. (2003)

2.4 Kildekritikk

Kildekritikk er å vurdere og karakterisere benyttede kilders relevans og gyldighet (Dalland, 2012). Et av kriteriene i denne studien er at kildene som er benyttet er av primær karakter. Dette betraktes som en kvalitetssikring. Forfatterens mening kommer frem, og feiltolkning av opprinnelig informasjon eller budskap som lett oppstår ved sekundærkilder unngås (Dalland, 2012). Det er imidlertid ikke alltid mulig å oppdrive primærkilder. Ved bruk av sekundærkilder er det gjort en vurdering på at de betraktes som troverdige ettersom de er skrevet av fagpersoner med god og relevant kompetanse på området. Faglitteraturen oppgaven er bygget på er i utbredt grad pensum ved bachelorutdanningen for sykepleie ved NTNU, avdeling Trondheim. Øvrig litteratur er blitt anvendt da den er referert til i pensumlitteraturen. Jeg anser derfor samtlige litteraturinnslag som troverdige og pålitelige.

Litteratursøkene er også avgrenset til fagfellevurdert forskning. Dette sikrer som Dalland (2012) poengterer at leddene i prosessen er fri for unøyaktigheter og styrker studienes pålitelighet. Samtlige studier følger IMRAD struktur (introduksjon, metode, resultat og diskusjon). For å sikre relevans har jeg vært observant og kritisk til hvilke tidsskrifter de har blitt publisert i. Ettersom forskningsartiklene er hentet ved hjelp av strukturerte litteratursøk i anerkjente databaser som Cinahl, Pubmed, Svemed+ og Medline anses kildene til å være pålitelige. Det har vært viktig å velge litteratur med tanke på tid for publikasjon. For å sikre mest mulige oppdaterte og gjeldende resultater er søket avgrenset til å gjelde de siste 15 årene. Basert på nylig utgitte rapporter jeg har lest om seksualitet og funksjonshemming er funnene fra 2003 i stor grad også relevant i dag.

Det tas forbehold om at feiltolkning av både teori og forskning kan forekomme i oppgaven. Dette fordi kontekst kan misoppfattes i søken etter informasjon som belyser temaet i oppgaven. Oppgaven bygger på forskningsartikler som alle er skrevet på engelsk. Artiklene er godt bearbeidet. Dette reduserer sannsynligheten for mangelfulle eller feilaktige oversettelser, med muligheten er tilstede. Det er forsøkt å etterstrebe forskning fra nordiske land med tilsynelatende likt helsevesen og liberalt syn på seksualitet som i Norge. Dette har vært utfordrende, og forskning fra land som Australia og New Zealand er på bakgrunn av vestlig kultur og økonomisk status inkludert. Studiene fra disse landene betraktes som overførbare til Norge.

KAPITTEL 3 EMPIRI

3.1 Litteratormatrise

3.1.1 Tabell II: Oversikt over valgte artikler

Artikkel Årstall Land Database	Referanse Forfatter(e) Tittel Tidsskrift doi.	Hensikt	Design Metode Utvalg	Resultat Hovedfunn	Kommentar/ relevans
Artikkel A 2008 Sverige, Danmark, Norge, Finland og Island Cinahl SveMed+	Keuter, M., Taft, C., Sjösteen, A. & Biering- Sørensen, F. (2008) Sexuality and sexual life in women with spinal cord injury: a controlled study, <i>Journal of Rehabilitatio n Medicine</i> , 40(1), s. 61- 69. doi: 10.2340/165 01977-0128	Hensikten med studien var å beskrive hvordan en ryggmargsskade (RMS) påvirket fysiske, psykiske og sosiale perspektiver ved en kvinnes seksualliv.	Kvantitativ metode. Spørreskjema med 104 spørsmål. Skjema ble sendt til alle kvinner behandlet ved spinalenheter i Norge, Sverige, Danmark, Finland og Island. Totalt svarte 545 (57%), samt en kontrollgruppe på 507 kvinner svarte på undersøkelsen.	80% av kvinnene med RMS hadde vært seksuelt aktiv etter skaden. Fraværende ønske eller frykt for å være intim og ha sex var knyttet til psykiske problemer, lav sexlyst, dårlig selvbilde, samt følelse av å være uattraktiv. Motivasjonen til å være seksuelt aktive baserte seg utelukkende på den intime delen heller enn utførelsen av handlingen	Problemene kvinnene opplever er like relevant for menn, da de kan knyttes til usikkerhet ved endret livssituasjon og fysiske hindringer. Avgjørende for hvordan sykepleier tilnærmer seg pasienten. Fremhever fravær av holistisk menneskesyn i klinikken.
Artikkel B 2013 Australia Cinahl	Hartshorn, E., D'Castro, E. & Adams, J. (2013) 'SI- SRH' - a new model to manage sexual health following a spinal cord injury: our experience. <i>Journal of Clinical Nursing</i> 22(23) s.3541-3548. doi: 10.1111/jocn .12449	Hensikten med studien var at deltakere i tverrfaglige team skulle maksimere sin deltakelse i optimalisering av den ryggmargsskade personens seksuelle helse ved hjelp av en ny modell (videreutvikling av PLISSIT)	Kvantitativ metode. Spørreundersøk else besvart av 59 sykepleiere og annet helsepersonell.	Manglende kunnskap, og ubehag knyttet til temaet forhindret engasjement i seksuell helse i rehabiliteringssamm heng. 2/3 var villig til å delta i aktiviteter knyttet til seksuell helse, på et introduksjonsnivå heller enn på undervisnings- og problemløsningsnivå. Ved relevant undervisning ønsket 90% å involvere seg på et mer komplekst nivå enn introduksjon.	Underbygger viktigheten av at det må tilrettelegges for at helsepersonell utvikler tilstrekkelig ferdigheter og kunnskap for å være komfortabel med seksualitet som del av rehabiliteringsarb eidet. Studien inkluderer både sykepleiere og annet helsepersonell, jeg anser den som relevant da 85% er sykepleiere, og resultatene er tilnærmet lik hos

					andre yrkesgrupper
Artikkel C 2016 Australia Cinahl Medline	New, PW., Seddon, M., Redpath, C., Currie, KE. & Warren, N. (2016) Recommendations for spinal rehabilitation professionals regarding sexual education needs and preferences of people with spinal cord dysfunction: a mixed-methods study, <i>International Spinal Cord Society</i> , 54(12), s. 1203-1209. doi:10.1038/sc.2016.62	Hensikten med studien var å sammenlikne hvilke erfaringer pasienter med RMS og ryggmargssykdom hadde med seksualundervisning under rehabilitering. Samt å identifisere preferanser for hvordan informasjon om seksualitet presenteres av helsepersonell og utforme anbefalinger for dette.	Kombinasjonsstudie med både kvalitativ og kvantitativ metode. 21 personer deltok på intervjuer og 154 svarte på spørreskjema. Både spørreskjemaene og intervjuene tok sikte på å identifisere følgende tre forhold: hvilken undervisning som var tilbudt om seksualitet ved rehabiliteringsopphold, grad av tilfredshet med informasjonstilbudet de hadde fått og hvordan de foretrakk å bli presentert denne typen informasjon.	Studien indikerer kjønnsbetinget informasjonstilbud da menn rapporterer å få undervisning om seksualitet som en del av kontinensveiledning, mens bare to kvinner rapporterte å ha fått informasjon. 18% var tilfreds med undervisning og informasjon om seksualitet, mens 36% uttrykte sterk eller moderat misnøye. Foretrukne måter å motta informasjon om seksualitet på inkluderte seksualitetsrådgiver/sexologer, anbefalte nettsider, likemenn, samtale med ansatte, skriftlig informasjon og gjennom film. Disse preferansene ble bekreftet i intervju. Kvinner uttrykte betraktelig preferanse for skriftlig informasjon.	Funnene belyser problemstillingen ved at pasientperspektivet er presentert med konkrete tiltak til hvordan RMS pasienter ønsker å bli møtt. Australia har god helsestandard og liberale holdninger til seksualitet, studien vurderes derfor som overførbart til norsk praksis
Artikkel D 2009 Sverige Medline	Saunamäki, N., Andersson, M. & Engström, M. (2009) Discussing sexuality with patients: nurses' attitudes and beliefs. <i>Journal of Advanced Nursing</i> 66(6), s. 1308-1316, doi: 10.1111/j.13	Studien har som hensikt å beskrive statsautoriserte sykepleieres holdninger og oppfatning knyttet til å diskutere seksualitet med pasienter.	Kvantitativ metode. Spørreskjema ble distribuert til et tilfeldig utvalg av 100 svenske sykepleiere, med respons på 88%. Utvalget representerer halvparten fra kirurgisk og halvparten fra medisinsk avdeling, for å sikre ulik klinisk erfaring med forskjellige pasientgrupper.	Over 90% av sykepleierne rapporterer at de forstår hvordan sykdom og behandling kan påvirke pasientens seksualitet. Omtrent 2/3 følte seg komfortabel med å snakke om bekymringer knyttet til seksuallivet, og bekrefter at det er deres ansvar å oppmuntre pasienten til å snakke om bekymringer knyttet til dette. Likevel er	Studien er utført i Sverige, på grunn av likheter i det norske og svenske helsevesenet er den relevant for denne oppgaven.

	65-2648.2010.05260.x		Datainnsamlingen er fra 2006.	det 80% som ikke tok seg tid til å diskutere seksuelle bekymringer, og 60% følte seg ikke trygg på egen evne til å adressere temaet. Undersøkelsen viste at jo eldre sykepleieren var, desto tryggere og mer positiv var de til å ta opp seksualitet som tema. Videreutdannede var også mer positive enn de uten videreutdanning.	
Artikkel E 2011 Australia Cinahl	Fronek, P., Kendall, M., Booth, S., Eugarde, E. & Geraghty, T. (2011) A Longitudinal Study of Sexuality Training for the Interdisciplinary Rehabilitation Team, <i>Sexual Disabil</i> 29: s. 87-100. doi: 10.1007/s11195-010-9177-1	Hensikten med studien var å undersøke langtidseffekten av et seksualitetsundervisningsprogram for ansatte som jobber med rehabilitering av RMS pasienter. Det har tidligere vært utført et dagskurs, etterfulgt av en tre måneders kontroll for å evaluere nivå av kunnskap, hvor bekvem ansatte var med seksualitet som tema og holdninger knyttet til å kommunisere dette. Denne studien tar sikte på å vurdere om forbedringen vedvarte to år seinere.	Kombinasjon av kvantitative spørreskjema og kvalitativ metode. Utvalget bestod av individer som tidligere deltok i den randomiserte studien og fullførte undersøkelsene før, umiddelbart etter og tre måneder etter undervisning. Totalt 37 av de 89 tidligere deltagende svarte på spørreundersøkelsen, derav 23 sykepleiere.	Opplæring har langtidseffekt på rehabiliteringsutøvernes kunnskap, komfort og holdninger når seksualitet skal kommuniseres til pasientene. Undervisning som er utviklet basert på sykepleiernes spesielle behov og konteksten de arbeider i, er gjerne særlig effektiv. Det skjedde en holdningsendring, der seksualitet tidligere ikke var tema for diskusjon, men etter opplæringen ofte ble en integrert del av samtalen om andre temaer som tarm og blære.	Studien belyser at en kursdag er en engangsinvestering som vil bidra til økt kunnskap, bedre tilnærming og økt komfort når de ansatte skal veilede pasienter på temaet seksuell helse. Relevant for oppgaven da god kompetanse påvirker hensiktsmessig pasientinteraksjon.
Artikkel F 2003 Norge Cinahl	Lysberg, K. & Severinsson, E. (2003) <i>Spinal Cord</i>	Hensikten med studien var å identifisere hvordan kvinner med RMS	Kvantitativ studie med besvarelse av spørreskjema. Utvalget bestod	Studien viser at synet på seksualitet ikke endret seg som følge av skaden hos halvparten av	Poenget er at det er behov for konkrete sykepleieintervensjoner for å bidra

	Injured Women's Views of Sexuality: A Norwegian Survey, <i>Association of Rehabilitation Nursing</i> , 28(1), s.23-26. doi: 10.1002/j.2048-7940.2003.tb01717.x	opplevde sitt seksualliv ett år eller mer etter ulykken.	av 48 pasienter, som har vært skadet i fra 1 til 55 år.	kvinnene. Mens 20% rapporterte at det var mindre viktig etter skaden.	til at sykepleiere kan hjelpe RMS til å identifisere deres ønske om og rett til et tilfredsstillende seksualliv.
Artikkel G 2003 Australia Cinahl	Booth, S., Kendall, M., Fronek, P., Miller, D. & Geraghty, T. (2003) Training the Interdisciplinary Team in Sexuality Rehabilitation Following Spina Cord Injury: A Need Assessment, <i>Sexuality and Disability</i> , 21(4), s.249-261	Studien har til hensikt å ved hjelp av KCAASS (Knowledge, Comfort, Approach and Attitude Sexuality Scale), identifisere behovet for opplæring blant helsepersonell for å kunne adressere pasientens seksualitet.	Kvantitativ studie med spørreskjema som kombinerte åpne og lukkede spørsmål. 75 sykepleiere og øvrig helsepersonell deltok i studien.	Resultatene viser behov for økt kunnskap om seksualitet for å veilede. Økt kunnskap kreves på områder som veiledning, å sette profesjonelle grenser, fertilitet og hjelpemidler. Spesifikk opplæring er nødvendig for å øke helsepersonellens komfort i å håndtere personlige tilnærminger fra pasienter.	93% av deltakerne var sykepleiere.

3.2 Sammenfatning av empiri

Artiklene presentert i artikkelmatrisen belyser tilsammen tematikk som er relevant for å drøfte problemstillingen. Artiklene belyser både pasientens og sykepleiers perspektiv. Studiene til Kreuter, Siösteen og Biering-Sørensen (2008) og Hartshorn, D'Castro og Adams (2013) belyser pasienten syn på seksualitet etter skade. Resultatene fra Kreuter mfl. (2008) viser flere årsaker til at pasienter ikke hadde vært seksuelt aktive etter skaden. Det begrunnes i stor grad med psykiske problemer knyttet til, for 44% av pasientene tap av sensibilitet, for 31% nedsatt lyst, 29% smerte, 25% dårlig mobilitet og derav problemer med posisjonering, 25% frykt for lekkasje fra blære og tarm, 25% opphørt mulighet til å gjennomføre spontant samleie og 20% følelsen av å være uattraktiv. Studien viser også at 61% av pasientene ikke har fått noe informasjon om seksualitet i løpet av rehabilitering og bare 7% av partnerne har fått

tilfredsstillende informasjonstilbud. Nesten halvparten av pasientene etterlyser informasjon om seksualitet. I studien av Lysberg og Severinsson (2003) understrekes det at seksualitet etter skaden fortsatt betraktes som like viktig for pasienten sammenlignet med før skaden, men at behovet gjerne undertrykkes. Resultatene fra New, Seddon, Redpath, Currie og Warren (2016) viser til at det er store mangler på undervisning og informasjon om seksualitet til pasientgruppen. Bare 18% rapporterer å være fornøyd og 36% misfornøyd med undervisning og informasjon de har mottatt om seksualitet ved rehabiliteringsopphold.

Saunamäki, Andersson og Engström (2009), Hartshorn, D'Castro og Adams (2013) og Booth, Kendall, Fronek, Miller og Geraghty (2003) presenterer hvordan sykepleiere opplever å diskutere seksualitet med pasientene. I Saunamäki mfl. (2009) kommer det frem at 90% av sykepleierne forstår hvordan pasientens tilstand påvirker seksualiteten. 80% tar seg likevel ikke tid til å adressere seksualitet som en del av rehabiliteringen. Hovedårsaken er at de ikke føler seg komfortabel i samtaler om seksuelle anliggender. Studien viser også at sykepleierens alder og erfaring bidrar til positive holdninger for å ta opp temaet seksualitet med pasienter. Resultatene fra Hartshorn mfl. (2013) belyser at kunnskapsmangel og ubehag knyttet til tema er hovedårsakene til at helsepersonell unngår å inkludere seksualitet i rehabiliteringsløpet. Studien presiserer også at dersom sykepleiere får utdanning om seksualitet, ønsker de gjerne å bidra til å ivareta pasientens behov for informasjon ved å undervise og komme med konkrete forslag til løsninger på pasientens problemer. Resultatene fra Booth, Kendall, Fronek, Miller og Geraghty (2003) identifiserer sykepleieres kunnskapsbehov for å veilede om seksualitet. Områdene sykepleierne opplever å komme til kort på er veiledningsrollen, medisiner, fruktbarhet, posisjoner, seksuell nytelse, fremtidige forhold, kroppsbilde og selvtillit, anatomi og fysiologi og personlig tilnærming.

Til slutt presenteres Fronek, Kendall, Booth, Eugarde og Geraghty (2011) som viser at langtidseffekten av et opptreningsprogram er betydelig. Det rapporteres at sykepleiere har økt kunnskap, komfort og lettere tilnærmer seg temaet seksualitet to år etter undervisningen. Det rapporteres også om økt entusiasme og ønske om mer kunnskap. Artikkelen konkluderer med at økt kunnskap er nøkkelen til selvtillit og komfort i møte med pasienter.

KAPITTEL 4 TEORETISK REFERANSERAMME

4.1 Teori som beskriver sykepleiefenomen og pasientgruppens situasjon

4.1.1 Den ryggmargsskadde pasienten

Ryggmargen består av 29 virvler, navngitt etter lokalisering og er en del av sentralnervesystemet. Den består av et komplekst nettverk av nerveceller som fungerer som signal- og informasjonstransportør mellom det sentrale og det perifere nervesystemet (Wyller, 2014a). En ryggmargsskade oppstår når ryggmargen utsettes for en tverrsnittlesjon; et brudd i nervebanene mellom sentralnervesystemet og ryggmargen nedenfor skadestedet. Dette påvirker både motorisk- og sensorisk funksjon (Wyller, 2014b).

Årsaksforhold til ryggmargsskade deles i to grupper: traumatiske- og atraumatiske skader. Blant traumatiske ryggmargsskader er de mest rapporterte årsakene bil-, fall-, arbeids- og sportsulykker. Tilstander som av ulike årsaker svekker beinstrukturen, som beinskjørhet og skoliose, øker risikoen for ryggmargsskade ved ulykker (Lund, mfl., 2016). Landsforeningen for ryggmargsskadde (2012) anslår at like mange årlig rammes av atraumatiske som traumatiske ryggmargsskader. Disse oppstår gjerne som følgetilstander etter myelitt, medullære tumorer og tromboser eller blødninger (Stien, 2008). Grovt skiller man mellom tetraplegi som medfører lammelser i både armer og bein og paraplegi som gir lammelser i beina og eventuelt truncus (kroppen uten hode, armer og ben) (Hjeltnes, 2004). Skadeomfanget bestemmes av om skaden er komplett eller inkomplett. Komplette skader medfører totalt og permanent opphør av viljestyrte bevegelser og sensibilitet nedenfor skadestedet. Ved inkomplette skader kan pasienter oppleve at tapte funksjonene i større eller mindre grad kommer tilbake (Helsedirektoratet, 2016).

Ved en ryggmargsskade vil funksjonsforstyrrelser- og nedsettelse i varierende grad resultere i permanente utfordringer knyttet til blære, tarm, blodsirkulasjon, temperaturregulering, smerter og spasmer (Wyller, 2014b). Dette er forhold som direkte eller indirekte kan påvirke pasientens seksualliv. I de fleste tilfeller vil det ved ryggmargsskade oppstå ubalanse mellom tømme- og lukkemekanisme i nedre urinveier. Dette kommer til uttrykk som retensjon, inkontinens eller begge deler. Inkontinens er ubehagelig og svekker pasientens livskvalitet, da det krever oppsamlingsutstyr. Retensjon krever derimot intermitterende kateterisering i varierende intervall (Hjeltnes, 2004). Hemmet samspill mellom det enteriske-, det sympatiske-, og det parasympatiske nervesystemet gjør det utfordrende å fremkalle

tarmtømming. Fysisk inaktivitet, endret metabolisme og tapt tonus i bukmuskulaturen forsterker disse problemene. Resultatet utspiller seg i varige problemer med lekkasje og obstipasjon og behov for hjelp til avføringsrutiner (Hjeltnes, 2014). Over halvparten av ryggmargsskadede personer plages ifølge Hjeltnes (2014) av kroniske smerter. Smertene kan være relatert til funksjonelle- eller strukturelle forandringer i sentralnervesystemet. Endringene fører til at normal hemming av smertestimuli opphører og resulterer i vedvarende smerteopplevelse.

Spesialisert rehabilitering starter straks pasienten er medisinsk stabil. Sykehusoppholdet varer normalt i tre til fem måneder og innebærer ulike former for trening, kompensering, innøving av nye teknikker og vurdering av behov for hjelpemidler og tilrettelegging av omgivelsene (Helsedirektoratet, 2016).

4.1.2 Seksualitet ved ryggmargsskade

Menn og kvinner har dels like, dels ulike problemer vedrørende seksualitet etter en ryggmargsskade. Felles er, ifølge Hjeltnes (2004), at spørsmål om seksualfunksjon er noe som melder seg tidlig etter ulykken. Nedsatt eller fullstendig tap av følelse for temperatur og berøring i genitalområdet er noe som kan forekomme hos alle. Det blir påstått at kompensasjonsmekanismer kan bidra til utvikling av erogene soner over skadenivået som de ikke hadde før skaden (Hjeltnes, 2004). Utgangspunktet for om pasienten gjenopptar et aktivt seksualliv etter skaden vil være individuelt betinget. Faktorer som alder, hvor i ryggmargen skaden sitter, evne til omstilling og helsetilstand vil trolig spille en vesentlig rolle (Hjeltnes, 2004). Plager med urininkontinens og tarmlekkasje kan bidra til at personen forbinder kjønnsorganet med sykdom og ikke seksuell nytelse. Inkontinens kan i seg selv være kilde til at en person føler seg mindre seksuelt tiltrekkende, da lukt og lekkasje oppleves som sjenerende. En eventuell partner kan også oppleve dette som problematisk (Almås & Benestad, 2017).

Ettersom en ryggmargsskade gir endringer på kropp og utseende, kan det være vanskelig for pasienten å føle seg like attraktiv som før. Lyst, begjær og positive følelser kommer gjerne i skyggen av alle negative opplevelser (Fjerstad, 2010). Når forutsetningene for å ha et seksualliv, lik før skaden endres, kan samfunnets oppmerksomhet på kroppsideal oppleves særlig utfordrende (Romsland, Dahl & Slettebø, 2015). Til tross for at seksualitet omfatter kroppen presiserer Fjerstad (2010) at det ikke bare er en gymnastisk prestasjon. Seksualitet

består i stor grad av nærhet, både til en partner og seg selv. Tap av opplevd seksualitet har ofte negative konsekvenser for menneskers opplevelse av velbefinnende, helse og identitet (Romsland mfl., 2015). Dette underbygges av Verdens Helseorganisasjon (2006) sin definisjon av seksualitet. Det presiseres at seksualitet er en integrert del av å være menneske, som ikke kan skilles fra andre livsaspekter. I denne definisjonen av seksuell helse inngår det at seksualitet er et grunnleggende behov og består av ulike aspekter som intimitet, nærhet, kjærlighet og tilhørighet. Forhold som alle påvirkes av et samspill mellom biologiske, psykologiske, sosiale, økonomiske, kulturelle, historiske, religiøse og åndelige faktorer. Som helsepersonell er man ansvarlig for at menneskers seksuelle rettigheter respekteres, beskyttes og oppfylles.

4.1.3 Sykepleie ved utfordringer knyttet til pasientens seksualitet

Sykepleieprosessen består i utbredt grad av å samle inn data og gjøre en helhetlig vurdering av pasienten. Likevel vier sykepleiere og annet helsepersonell lite tid til pasientens seksualitet og seksuelle behov. Dette kan skyldes kultur og tradisjoner der store deler av seksualitet lenge har vært et tabubelagt tema. På bakgrunn av dette har sykepleiere generelt begrenset veiledningserfaring på temaet, og datainnsamling kan derfor oppleves utfordrende. Fravær av informasjon kan styrke pasientens opplevelse av at temaet ikke er tillatt å prate om, og hindre at pasienten selv uttrykker utfordringer og spørsmål som oppstår (Gamnes, 2014).

For å skape dialog om seksualitet er det nødvendig å identifisere et eventuelt behov. Det er viktig at sykepleier tilpasser datainnsamling til den enkelte pasientens situasjon og behov for veiledning. Ved å bevisst velge ord som ikke kan misforstås kan sykepleiers språkbruk være et virkemiddel for å fremme faglighet og unngå at samtalen oppfattes som for intim og ukomfortabel. Sykepleier kan være til god hjelp ved å formidle at det er tillatt å snakke om seksualitet, samtidig som hun er lyttende, har kunnskap og empatiske evner (Gamnes, 2014). Empati er viktig for å forstå pasientens situasjon og å være følelsesmessig tilstede (Kristoffersen og Nortvedt, 2014). I tillegg til de nevnte faktorene må sykepleier holde en profesjonell avstand, for å observere og vurdere pasientens behov (Gamnes, 2014).

Symptomer som nedsatt bevegelse og styrke, tretthet og tørre slimhinner, gir praktiske utfordringer som pasienten kan trenge konkrete råd av helsepersonell for å håndtere. Det kan også være behov for hjelp til å opprettholde eller å gjenopprette god selvfølelse. Sykdom og skade er ofte knyttet til skam, noe som gjør det vanskelig å leve godt med vilkårene pasienten

har. En vennlig, heller enn negativ og kritisk holdning til seg selv, er noe pasienter må øve seg på, kanskje ved hjelp fra sykepleier (Fjerstad, 2010).

4.1.4 Veiledning

I følge Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2014) består sykepleieprofesjonen av syv ansvars- og funksjonsområder, deriblant veiledning og undervisning. I møte med pasienter og pårørende er sykepleier ansvarlig for undervisning og veiledning. Dette ansvaret er knyttet til pasientens behov for grunnleggende kunnskap og forståelse, for å kunne foreta valg som bidrar til best mulig ivaretagelse av egen helse. Informasjon og støtte er en integrert del av dette funksjonsområdet.

Veiledning er ifølge Tveiten (2008a) en formell og pedagogisk istandsettingsprosess med hensikt å styrke mestringskompetanse gjennom en dialog som baseres på kunnskap og humanetiske verdier. Veiledning skiller seg fra undervisning ved at den som veiledes får støtte til å oppdage hva han kan og vil lære. Undervisning handler derimot om å formidle kunnskap. Veileders ansvar blir å vite når det er relevant at undervisning inngår i veiledning, og samtidig tilrettelegge for at veiledning skjer på pasientens premisser. Pasienten har best forutsetninger for å vite hva som er riktig for han selv. For sykepleier handler det derfor i stor grad om å vise tillit og tiltro til pasientens evne til mestring, samt å lage en trygg ramme rundt situasjonen. Sykepleier tilrettelegger for at pasienten starter en prosess, hvor refleksjon over egen situasjon, egne behov, utfordringer og muligheter inngår. Dette bidrar til bearbeidelse, læring og mestring ved at pasienten våger å bevege seg ut i det ukjente (Tveiten, 2008a). En annen viktig faktor i veiledning er veileders evne til å tilsidesette egne behov, og ta ansvar for at pasienten kan gjøre oppdagelser ved sin tilværelse. Aktiv lytting og andre kommunikasjonsferdigheter som fremmer en god relasjon, kan bidra til at pasienten våger å vedstå og reflektere rundt sine opplevelser (Tveiten, 2008b).

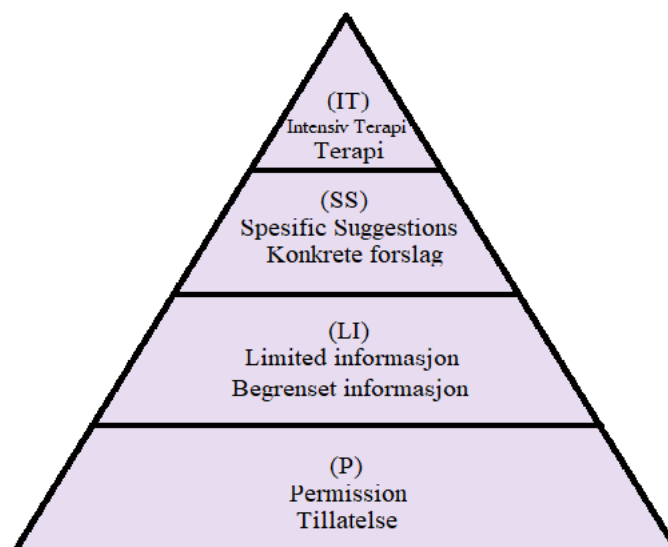
Dialog er hovedformen for all veiledning og kan forstås som en samtale ansikt til ansikt. Dialog kan også være tekster, men fordi tekstene er skrevet av mennesker oppfattes de som kommunikasjon mellom mennesker. Gjennom dialog er målet med veiledning en utvidet forståelse av det veiledningen dreier seg om, altså læring. Den skal være preget av velvilje, likeverdighet, respekt og vilje til å lytte og forstå, samt bidra til etablering av relasjon mellom

sykepleier og pasient. Til tross for gjensidighet er det fokuspersonens anliggende det dreier seg om (Tveiten, 2008b).

Relasjon brukes om forhold, kontakt eller forbindelse mellom mennesker. I følge Eide og Eide (2014) er det et gjensidig påvirknings- og utvekslingsforhold mellom hjelper og pasienter eller pårørende, der budskapet kan bestå av språk, tegn og signaler. Sykepleier har for øvrig et ansvar for å etablere og ivareta kvaliteten på relasjonen (Tveiten, 2008b).

4.1.5 PLISSIT – modellen

PLISSIT-modellen er en fire-trinns sexologisk intervensjonsmodell som beskriver ulike nivåer man kan forholde seg til og behandle seksuelle problemer på (Almås & Benestad, 2017). Modellen belyser at alle med erfaring og kunnskap om seksualitet skal kunne veilede om dette på et grunnleggende nivå, der spesialister kan henvises til når deres ekspertise er nødvendig (Gamnes, 2014; Almås & Benestad, 2017). Modellen er utformet som en pyramide og inndelt i fire nivåer. De ulike nivåene representerer både omfanget av problemene, ansvarsfordeling blant behandlere og tiltak for å løse problemene (Almås & Benestad, 2017).



Ifølge Gamnes (2014) befinner de fleste pasienter seg nederst i pyramiden, på *Permission* (P). På dette nivået handler det om at pasienten skal få tillatelse til å være seksuell, snakke om seksualitet og ha spørsmål og problemer knyttet til dette. For mange kan det være både tilstrekkelig og til god hjelp at sykepleier åpner for temaet, og slik tillater pasienten å sette ord på tanker omkring endret seksualliv. Ved at sykepleier gir tillatelse kan det være lettere for pasienten å ta opp temaet på et senere tidspunkt, dersom spørsmål og utfordringer tilkommer.

Et steg opp i pyramiden til *Limited Information* (LI) tas det sikte på å gi begrenset informasjon. Pasientens behov for opplysninger om seksualitet og forekomsten av seksuelle problemer etter skade, gitt sitt funksjonsutfall, skal her ivaretas. *Specific Suggestions* (SS) er neste nivå. Dette omfatter konkrete forslag til hvordan problemet eller utfordringen kan møtes og løses (Almås & Benestad, 2017). Ved en ryggmargsskade er det aktuelt å presentere spesifikke hjelpemidler på dette nivået. Øverst i pyramiden er *Intensive Therapy* (IT). Her behandles problemer som krever mer spesialisert behandling enn de tre foregående trinnene, noe som kan medføre at det bør henvises til eksperter (Almås & Benestad, 2017).

Pyramideformen illustrerer at mens veldig mange pasienter har behov for tillatelse, er det kun et fåtall som trenger hjelp på intensivt terapinivå. Jo lenger opp i pyramiden man kommer, desto mer tilspisset kompetanse kreves. Sykepleieren må finne en balanse mellom å være klar på egne grenser for komfort og kompetanse, men samtidig vise respekt for pasienten ved å gi råd og veiledning så langt det er mulig (Gamnes, 2014).

Følgelig vil tillatelse (P), begrenset informasjon (LI), konkrete forslag (SS) og terapi (IT) være terminologien som benyttes.

4.2 Teori og begrep som belyser sykepleie i oppgaven

4.2.1 Joyce Travelbee

Joyce Travelbee sin sykepleietenkning har, med oppmerksomheten rettet mot det medmenneskelige aspektet ved sykepleien, stor innflytelse på norsk sykepleieutdanning (Kristoffersen, 2011). Interaksjon mellom sykepleier og pasient har en sentral og viktig rolle i veiledning om et sensitivt tema som seksualitet. I sin interaksjonsteori definerer Travelbee sykepleie som følgende:

«Sykepleie er medmenneskelige prosesser der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene»
(Travelbee, 2007, s.29).

Sykepleie betraktes som en medmenneskelig prosess fordi det alltid, enten direkte eller indirekte, dreier seg om mennesker. Sentralt i den medmenneskelige prosessen er utvikling av et menneske-til-menneske-forhold. Dette forholdet etableres gjennom en prosess bestående av

fem faser og kan ifølge Travelbee (2007) benyttes som et virkemiddel for å oppfylle sykepleierens mål og hensikt. De fem fasene er; (1) det innledende møtet, (2) framvekst av identiteter, (3) empatifasen, (4) sympati og medfølelse og (5) gjensidig forståelse og kontakt som ideelt skal resultere i tillit. Tillit handler ikke om at sykepleier skal gjøre alt pasienten ber om, men like fullt om å informere tilstrekkelig, begrunne valg og være tilgjengelig og behjelpelig for slik å vise at hun er til å stole på. For å skape en god relasjon mellom mennesker er empati viktig, et ønske om å forstå den andres tanker og følelser og hvordan de opplever en situasjon. Etter hvert som sykepleier og pasient blir bedre kjent vil relasjonen utvikle seg.

I etableringen av et menneske-til-menneske-forhold er kommunikasjon sykepleierens viktigste verktøy. Dette er avgjørende for å formidle tanker, følelser og holdninger. Når sykepleier samhandler med pasienten er det viktig at dialogens innhold gir mening. Den profesjonelle sykepleieren er ansvarlig for å planlegge, tilrettelegge og lede interaksjonen relevant og målrettet mot pasientens problem (Travelbee, 2007). Sykepleier kan altså gjennom den mellommenneskelige prosessen dekke pasientens behov ved å lære individet å kjenne som et unikt, enestående og uerstattelig menneske. Samt identifisere og møte hans behov.

Et annet aspekt ved Travelbee sin teori er sykepleiers evne til å bruke seg selv terapeutisk. Dette innebærer bevisst og hensiktsmessig bruk av personlighet i samhandling med pasienter for å fremme ønsket forandring. Bruk av seg selv på denne måten forutsetter at sykepleier har selvinnsikt, selvforståelse og er oppmerksom på hvordan egen atferd oppfattes av, og har innvirkning på, andre mennesker (Travelbee, 2007).

4.2.2 Yrkesetiske retningslinjer

Norsk Sykepleierforbunds (2016) yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere beskriver profesjonsetikk og de forpliktelser som forventes av god sykepleiepraksis. Retningslinjene er forankret i FN sin menneskerettighetserklæring og International Council of Nursing (ICN) sine etiske regler. Retningslinjene belyser normer for etisk forsvarlig holdning og handling. Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene. Dette inkluderer blant annet å følge lovverk, erkjenne grenser for egen kompetanse, ivareta pasientens behov for helhetlig omsorg og fremme selvstendighet gjennom å gi tilstrekkelig informasjon (Norsk Sykepleierforbund, 2016).

4.2.3 Lovverk

Norges lover angir rammer og setter en minstestandard for utøvelsen av helsehjelp (Molven, 2016). Helsepersonelloven (1999) har som formål å bidra til sikkerhet for pasienter og gi kvalitet og tillit i helse- og omsorgstjenesten. Loven stiller krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. Dette innebærer at helsepersonell skal være bevisst sine faglige kvalifikasjoner, og om nødvendig henvise pasienter videre. I pasient- og brukerrettighetsloven (1999) heter det i §3-2 at «*pasienten skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand (...)*». I tillegg omtaler loven at plikt og rett til informasjon er gjeldende uavhengig av forespørsel fra pasienten. Informasjon skal ifølge loven kommuniseres individuelt tilpasset slik at mottaker forstår budskapet. Informasjonsrett nevnes også i Helsepersonelloven (1999). Her beskrives det hvordan den som yter helse- og omsorgstjenester, skal gi informasjon til den som har krav på dette etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven.

KAPITTEL 5 DISKUSJON

Seksuallivet kan å ha stor innvirkning på alle menneskers livskvalitet og velvære, så også for ryggmargsskadde pasienter. Veiledning om seksualitet til denne pasientgruppen er viktig da lite kunnskap og frykt for det ukjente er blant årsakene til at pasienter undertrykker sine seksuelle behov. I denne diskusjonen tar jeg for meg hvordan sykepleier gjennom å identifisere behov, ha gode holdninger og tilstrekkelig kunnskap, og ved tilpasset veiledning, kan bidra til at pasienten kan ivareta egen seksuell helse tilknyttet til problemstillingen:

«Hvordan kan sykepleier veilede pasienter med ryggmargsskade slik at de kan ivareta sin seksuelle helse?»

5.1 Identifisering av behov

Identifisering av pasientens behov for hjelp inngår i sykepleiers funksjonsområde, og er et ansvar sykepleier ikke kan fraskrive seg (Kristoffersen, mfl, 2013). Dette bekrefter Travelbee (2007) som fastslår at en av sykepleierens hovedoppgaver er å identifisere og kartlegge pasientens grunnleggende behov, og derav vurdere behov for sykepleie. Med utgangspunkt i Verdens Helseorganisasjon (2006) sin definisjon av seksualitet, er seksualitet et grunnleggende behov. Det kan derfor argumenteres for at det er en sammenheng mellom sykepleier sitt ansvar for å identifisere behovet og pasientens krav på å få sitt seksuelle behov kartlagt. Til tross for dette viser både litteratur og studier at identifisering av pasientens seksuelle behov stadig forsømmes (Almås & Benestad, 2017; Kreuter mfl., 2008; LARS, 2012; New, 2016; Unge funksjonshemmede, 2018).

En skulle tro at den seksuelle lysten og behovet til den ryggmargsskadde pasienten ble redusert som følge av lammelser og endret selvbilde. Slik viser forskning at det imidlertid ikke er. På spørsmål om viktigheten av seksualitet har endret seg etter ryggmargsskaden, fremgår det derimot i studien av Lysberg og Severinsson (2003) at over halvparten av pasientene rapporterer at seksualitet betraktes som like viktig etter skaden, som før. Et fåtall syntes det er viktigere, mens i underkant av 20% påstår at det er mindre viktig. Kreuter mfl. (2008) viser i sin studie at over halvparten av kvinnene ikke har vært seksuelt aktive etter ryggmargsskaden. Det kan være flere årsaker til at en så stor andel velger å avstå fra det seksuelle aspektet ved livet. Dårlig veiledningstilbud kan være en årsak. Et annet moment kan være fysiske eller psykiske barrierer. En pasient belyser nettopp dette gjennom å bekrefte at seksualitet fortsatt er like viktig, men at frykt for det ukjente er et hinder (Lysberg og Severinsson, 2003).

I møte med pasienter som ikke kommuniserer utfordringer og problemer knyttet til seksualitet, må sykepleier vite hva hun ser etter for å kunne identifisere behov knyttet til et privat og personlig tema. Nortvedt og Grønseth (2016) sier at det er lettere å identifisere problemstillinger til noe man har kunnskap om. Når sykepleieren møter pasienten er det viktig, som Eide og Eide (2012) understreker, å se hele livssituasjonen til den enkelte. I rehabiliteringssammenheng kan man forstå dette som å ikke fokusere på enkelte funksjonsforstyrrelser, men betrakte mennesket fra et holistisk perspektiv. Almås og Benestad (2017) argumenterer for at sykepleier alltid er ansvarlig for å inkludere seksualitet ved gjennomgang av kliniske undersøkelser. For å identifisere et potensielt behov for veiledning om seksualitet vil det ofte være sykepleier som må ta initiativ. Dette konstaterer også Travelbee (2007) som, understreker at en forutsetning for å utøve sykepleie i samsvar med pasientens behov, forutsetter at sykepleier blir kjent med og identifiserer pasientens behov. I møte med en pasient som ikke kommuniserer problemer knyttet til seksualitet, må sykepleier vite hva hun ser etter for å kunne identifisere problemer knyttet til et så privat og personlig tema. Sykepleier må være observant på at pasienten ofte kan kamuflere sine behov ved å være uklar, snakke om noe annet eller kommet med fint (Eide & Eide, 2014). Bekymringer pasienten har kan også komme til uttrykk gjennom stress og uro.

For sykepleier kan det generelt være lett å betrakte pasientgruppen i sin helhet, som gjerne inkluderer forutinntattheter om hvordan ulike kjønn og aldersgrupper møter sin nye tilværelse og hva de trenger hjelp til. I lys av resultatene i Kreuter mfl. (2008) kan det argumenteres for at slike holdninger vil svekke kvaliteten på sykepleieutøvelsen. Studien viser til store variasjoner i hvorfor ryggmargsskadede pasienter velger å frastå fra et aktivt seksualliv. De mest vanlige årsakene er tap av sensibilitet (44%), nedsatt lyst (31%), smerte (29%), dårlig mobilitet og derav problemer med posisjonering (25%), frykt for lekkasje fra blære og tarm (25%), opphørt mulighet til å gjennomføre spontant samleie (25%) og følelsen av å være uattraktiv (20%). Kompleksiteten i disse resultatene belyser at man ikke kan generalisere pasientgruppen. Studien viser viktigheten av å identifisere den enkeltes behov for veiledning, for slik å avgjøre hva veiledning bør bestå av. Hvordan sykepleier skal tilnærme seg pasienten vil variere avhengig av hvorvidt pasienten opplever fysiske, psykiske eller mellommenneskelige utfordringer. Slike utfordringer kan vise seg som henholdsvis tapt sensibilitet og inkontinens, redusert selvbilde og frykt eller tap av emosjonell nærhet til partneren (Lund, 2016).

Pasienter har i studien til New mfl. (2016) uttrykt bekymring for møtet med helsepersonell. En forventning om å bli møtt med fordommer og forlegenhet, resulterer i at noen pasienter velger å ikke etterspørre informasjon om seksualitet. Lysberg og Severinsson (2003) diskuterer at kvinner gjerne forsømmer eller undertrykker seksualiteten sin slik at den blir mindre viktig, for å kompensere for et opplevd tap. Etersom 27% av pasientene rapporterer at de gjerne ønsker et mer aktivt seksualliv, blir det tydelig at sykepleier har en viktig rolle for å rette søkelys på seksualitet. Eide og Eide (2014) sier at pasienter ofte kommuniserer sine helsebekymringer indirekte. Dette kan gjøre det utfordrende for sykepleier å identifisere hva som er viktigst og mest vesentlig å gjøre noe med. Gamnes (2011) bekrefter at pasienter sjelden tar initiativ til å prate om seksualitet. Det stilles derfor krav til at sykepleier evner å tolke pasientens budskap i dialogen, til tross for at behovet kan komme til uttrykk nonverbalt eller på andre måter være skjult.

Man kan diskutere om sykepleiers opptreden og identifisering av behov for veiledning kan være avgjørende for pasientens livskvalitet. Dette støttes av New mfl. (2016) som påpeker at utfordringer pasienter opplever knyttet til seksualitet, i stor grad kan forebygges eller i det minste lindres ved bedre veiledning fra sykepleier i deres rehabiliteringsteam. Fokus på seksualitet i rehabilitering kan bidra til å gi et realistisk bilde på hva pasienten kan forvente. Et problem som presenteres av Almås og Benestad (2017) er at seksualitet er et fagfelt sykepleiere flest ikke er utdannet til å møte på profesjonelt vis. Manglende kunnskaper gjør det ekstra sårbart å skulle åpne opp for å snakke om det, da sykepleier eksponerer seg selv, ved å forlate komfortsonen (KILDE – Camilla). I lys av at seksualitet oppleves som utfordrende å bringe på banen, kan det tenkes at sykepleiere tar et bevisst valg om å unngå problemstillingen, og dermed ikke identifisere eventuelle behov.

5.2 Kompetanse, holdninger og erfaringer

For å kunne veilede om seksualitet, må man som beskrevet identifisere pasientens behov. Dernest må sykepleier besitte grunnleggende kunnskaper om hvordan sykdom, skade og eventuelle komplikasjoner kan påvirke seksualitet for å veilede på en hensiktsmessig måte. Dette er avgjørende og sentralt i sykepleierollen at sykepleier må besitte bestemte kunnskaper, samt kjenne sine begrensninger og evne å søke hjelp for å best mulig veilede og øke pasientens mestringssevne (Gamnes, 2011; Almås & Benestad, 2017).

Sykepleiere er en yrkesgruppe med stor tillit i samfunnet. Det kan derfor forventes at sykepleiere har kunnskap om menneskers grunnleggende behov, og evner å identifisere eventuelle mangler hos pasientene. Saunamäki, mfl. (2010) viser i studien at sykepleiere som anser seksualitet som avgjørende for pasientens helseutfall, har en større forståelse for hvordan sykdom og behandling muligens påvirker pasientens seksualitet. Disse sykepleierne tar seg mer tid til å diskutere seksuelle bekymringer. Motsatt rapporterer sykepleierne som ikke er fortrolige med egne kunnskaper at temaet er for privat til å ta opp.

Dette belyser at sykepleier må ha kompetanse om hvordan seksualitet påvirker helse, samt om hvilke forhold som berører seksualiteten når pasienten utsettes for en ryggmargsskade. Det er derfor tenkelig at økt kunnskap fører til økt ansvarsbevissthet om å oppmuntre pasienten til å snakke om seksualitet (Saunamäki, mfl., 2010).

Det er en forståelse for at det kan være vanskelig for pasienten å våge å snakke om seksualitet i en sensitiv og sårbar situasjon. Til tross for at sykepleier skal ha profesjonelle holdninger kan det være like krevende å ta opp temaet seksualitet. Saunamäki, mfl. (2010) peker på at over 90% av sykepleierne i studien påstår å ha god kunnskap om at sykdom og behandling påvirker pasientens seksualliv. Til tross for dette sier 80% at de ikke tar opp temaet, der over halvparten begrunner det med lite tiltro til egen kunnskap. Dette gir grunnlag for å stille spørsmål til hvilket fokus seksualitet har i sykepleierens utdanning og i avdelingens opplæringsrutiner. I studien til Hartshorn, mfl. (2013) bekreftes det at kunnskapsbarrierer og ubehag knyttet til temaet hindrer mange sykepleiere fra å fokusere på seksuelle helse som del av rehabiliteringen. En mulig forklaring kan være at sykepleierne frykter å bli oppfattet som kunnskapsløse. Dersom det avsløres at sykepleier mangler kunnskap på dette temaet kan opplevelsen av å fremstå som uprofesjonell true relasjonen og tilliten sykepleier har bygget opp hos pasienten (Eide og Eide, 2014). Erfaringsmessig er pasienter ofte tilfreds når en sykepleier innrømmer å mangle kunnskap, men gjør en innsats for å anskaffe svar eller henviser til annet personal som besitter kunnskap på området. Det kan likevel tenkes at det kan oppleves ubehagelig og som et yrkesmessig nederlag for sykepleier å ta opp et tema som hun frykter å ikke kunne svare tilstrekkelig på.

Til tross for at kunnskap er viktig kan det som diskutert skape et forventningspress som gjør det lettere for sykepleier å unngå temaet. Dersom det stadig snakkes om hvilken kunnskap sykepleier bør besitte, kan det tenkes at det vil øke forventningspresset sykepleiere allerede opplever. Plissit-modellen kan være et verktøy hvor det kommer tydelig frem at det første

steget er å gi tillatelse til å snakke om seksualitet. Modellen viser at behov for konkrete forslag kan trenge spesialkompetanse, og gir aksept til at sykepleier kan henvise pasienten videre. Ved å belyse dette blant sykepleiere som arbeider med ryggmargsskadde pasienter kan det redusere forventningskravene de har til seg selv. Det vil forebygge at pasientene blir aleine med bekymringene sine og retter oppmerksomheten på å finne løsninger på utfordringene pasienten har. Dette kan utspilles ved å gi begrenset informasjon eller konkrete forslag (Romsland, mfl. 2015)

Det er viktig med fokus på at det skal være lav terskel for sykepleiere å tilnærme seg seksualitet på laveste nivå i Plissit-modellen. Likevel bør det også argumenteres for at det skal kunne forventes at sykepleier som bærer yrkestittelen innehar mer kunnskap enn «mannen-i-gaten». Booth, mfl. (2003) påpeker nettopp at sykepleiere bør være kompetent til å svare på spørsmål på et basisnivå. Yrkesetiske retningslinjer sier at sykepleier har et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, og juridisk forsvarlig. Det kan derfor med utgangspunkt i forskriften om informasjonsplikt diskuteres om det er sykepleiefaglig forsvarlig å ikke snakke om seksualitet og begrunne det med kunnskapsbrist. I overenstemmelse med lovverk kan det sies at sykepleier er ansvarlig for å tilegne seg tilstrekkelig kunnskap, slik at hun føler seg kompetent til å veilede pasienten, til oppnåelse av god seksuell helse.

Dersom neglisjering av seksualitet er et stort problem på avdelinger kan det tenkes at problemet er knyttet til avdelingens rutiner, og hvordan de ansatte læres opp til å møte pasientenes seksuelle utfordringer. Studien til Fronek mfl. (2011) viser at systematisk arbeid knyttet til temaet har gitt en holdningsendring blant sykepleiere. De som har gjennomført en fagdag ble i etterkant mer komfortabel med å svare på spørsmål fra pasienter. Den økte kompetansen de fikk medførte at de ønsket å utvide den ytterligere i ettertid. Booth, mfl. (2003) identifiserer at behovene for kunnskap blant sykepleiere er knyttet til veiledningsrollen, medisiner, fruktbarhet, seksuelle posisjoner, seksuell nytelse, fremtidige forhold, kroppsbilde og selvtillit, anatomi og fysiologi og personlig tilnærming. For å øke denne kunnskap er det sentralt at tematikken løftes og arbeides med på institusjonsnivå for å bli inkludert i ordinære rutiner og kollegasamarbeid. Dette behovet konkretiseres av sykepleierne i studien til Fronek, mfl. (2011), der de trekker frem debriefing, erfaringsutveksling og problemløsning som betydelig positivt utbytte ved fellesundervisning.

Som Romsland, mfl. (2015) understreker kan et velfungerende seksualliv fremme velvære, helse og livskvalitet. Ved at sykepleier tar pasientens seksualitet på alvor kan det bidra til positiv utvikling og styrket identitet. Dette underbygges av Fjerstad (2010) som sier at sykepleieres sjenanse og tabuer gjør det vanskelig å åpne opp for samtaler om seksualitet og at konsekvensen av dette kan være at pasienten er aleine med bekymringene sine og ikke finner løsninger på de utfordringene de står i. Ettersom kunnskap er en sterkt representert barriere for å avstå fra samtale om seksualitet ved rehabilitering, skulle man forvente at økt kunnskapsnivå ville redusere ubehaget. Hartshorn, mfl. (2013) utforsker i sin studie hvorvidt sykepleiere tror de vil bli mer komfortable i dialog med pasienter om seksuelle anliggender ved tilbud om undervisning. Hypotesen deres er at rehabiliteringspersonell er likegyldig til å delta i seksuell rehabilitering. Min erfaring er at daglige rutiner og tidspress er en forklaring sykepleiere gjerne benytte for å begrunne at veiledning om seksualitet forsømmes. Resultatene i Hartshorn mfl. (2013) viser for øvrig at 90% ønsker å være involvert i veiledning på et høyere nivå enn tillatelse som presentert i Plissit-modellen. Dersom ledelsen retter fokus mot å øke de ansattes kunnskapsnivå, og gir retningslinjer for hvordan avdelingen i sin helhet skal ivareta pasienters behov for veiledning om seksualitet, er det grunn til å tro at de ansatte ville vært positiv til dette.

Saunamäki, mfl. (2010) viser at eldre sykepleiere var mer komfortabel, med en signifikant sammenheng mellom alder (og antall år jobbet som statsautorisert sykepleier) og positiv holdning til seksualitet. Dette kan tyde på at erfaring er en viktig faktor sammen med kunnskap. Slik det kommer frem i studien kan det tenkes at Travelbee (2007) sin tanke om å bruke seg selv terapeutisk, mer naturlig integreres i utførelsen av sykepleie ved opparbeidet erfaring og høyere alder. Det bør bli økt fokus på hvordan sykepleier skal bringe seksualitet på banen allerede på utdanningsnivå, slik at det blir en naturlig del av sykepleiepraksisen. Det er grunn til å tro at det vil bidra til at sykepleiere ved hjelp av å tidlig identifisere behov for seksuell veiledning kan forebygge omfanget av seksuelle utfordringer ved å tilby holistisk omsorg (Saunamäki, mfl., 2010).

Det er ulike momenter som styrer hvilket syn man har på seksualitet. Hvordan arbeidsplassen forholder seg til eventuelt skjulte holdninger blir avgjørende for pasienter opplevelse av å bli imøtekommet. Noen eldre pasienter i studien New, mfl. (2016) gir uttrykk for at de føler seg aldersdiskriminert. Da sykepleieren har møtt dem med en forståelse for av at de ikke lenger

har interesse for seksuell aktivitet grunnet høy alder. Andre faktorer som kan påvirke sykepleiers holdninger kan være kjønn, nasjonalitet og kultur.

5.3 Veiledningssituasjonen

Seksualitet kan oppleves som et intimt og personlig tema, og krever at sykepleieren gjerne tar steget utenfor komfortsonen. Dette bekreftes at Hartshorn, mfl. (2013) og Saunamäki mfl. (2009) som begge belyser at sykepleierne opplever det utfordrende og veilede eller etablere dialog om temaet. Det er likevel viktig å tilby pasienten en vektøyskasse som gjør han bedre rustet til å mestre hverdagen med forutsetning for god livskvalitet etter utskrivelse. Slik det presenteres fra resultatene til New mfl. (2016), Kreuter, mfl. (2008) og Lysberg og Severinsson (2003) er det overensstemmelse i at pasientene mottar for lite eller dårlig informasjon om seksualitet.

Det kan tenkes at en god relasjon er avgjørende for at pasienten skal våge å ta opp seksualitet med sykepleier. Med utgangspunkt i Travelbee sin teori om menneske-til-menneske-forhold er det grunn til å tro at et sårbart og intimt tema som seksualitet bør tas opp først når tillit allerede er opparbeidet. Dette kan gi en forståelse av at man skal vente med tematikken seksualitet til en god relasjon er etablert. Almås og Benestad (2017) sier derimot at det er viktig å introdusere temaet på et tidlig tidspunkt. Dette vil starte tankeprosesser hos pasienten, som kan reflektere rundt sin nye situasjon, og utfordringer knyttet til den, før eventuell veiledning. Resultatene til New, mfl. (2016) støtter at det viktigste for pasienten er å vite på et tidlig tidspunkt at tilbudet er der, med mulighet for å etterspørre veiledning når det oppleves som aktuelt for den enkelte pasienten. I lys av dette kan det tenkes at relasjon vil være en avgjørende faktor for at pasienten skal våge å adressere temaet til sykepleier. I denne diskusjonen er derimot søkelyset rettet på at det viktigste er å gi tillatelse (j.fr. Plissit-modellen) så tidlig som mulig. Det kan derfor diskuteres hvorvidt en god relasjon, slik den presenteres av Travelbee (2007), blir viktigere senere i veiledningsforløpet, mens det viktigste i starten er å tydeliggjøre at det skal være en lav terskel for pasienten å snakke om seksualitet. Ved å lytte aktivt og utforske hva pasienten bekymrer seg om, kan sykepleier samle inn informasjon for å yte best mulig hjelp. Bruk av hensiktsmessige kommunikasjonsteknikker, som aktiv lytting og verbal- og nonverbal respons i dialog med pasienten. Dette kan gi pasienten bekreftelse på at sykepleier anerkjenner han, følger med og er en oppriktig interesse for det pasienten har å si (Eide & Eide, 2014). En kan tenke seg at denne støtten er særlig viktig når pasienten eksponeres for en sårbar situasjon. Det vil også bidra til at pasienten

utforsker egne tanker og problemer knyttet til seksualitet. I følge Eide og Eide (2014) er åpne spørsmål sentralt for at sykepleier skal forstå pasienten erfaringer, uten å lede spørsmålene i en bestemt retning. Først når sykepleier forstår pasientens erfaringer, kan hun ifølge Travelbee (2007) yte sykepleie etter hennes definisjon. Et annet virkemiddel som Gamnes (2011) preker på er bruk av dagligdagse ord. Det er en sentral del av forberedelsene til veiledning å gjøre seg opp en mening om hvilke ord man bør bruke, dette for å unngå ord som oppfattes ubehagelige og sjenerende.

Det må sikres at seksualitet blir inkludert som en selvskreven del av pasientens rehabilitering, uavhengig av alder, kjønn og sivilstatus. Det kan være nærliggende å tenke at eldre enslige pasienter ikke har samme behov for seksuell veiledning som en tyveåring som nylig har etablert seg i et forhold. Dette mener Romsland, mfl. (2015) derimot er feil. Romsland (2015) poengterer at seksualitet ikke nødvendigvis er relatert til å ha en partner, men at seksualitet kan komme til uttrykk på forskjellige måter og endre seg gjennom livet. Med bakgrunn i dette anser jeg det som sannsynlig at ved å inkludere seksualitet som en del av innkomstsamtalen kan man unngå diskriminering basert på fordommer om hvem som er i målgruppen for seksuell veiledning.

I et rehabiliteringsteam er sykepleiere den yrkesgruppen pasienten omgås mest. Mens andre profesjoner som fysioterapeuter og leger har en mer oppgavebestemt interaksjon med pasienten, har sykepleier det helhetlige omsorgsansvaret. Det er nærliggende å tenke at pasienten opparbeider et spesielt tillitsforhold og en sterkere relasjon til sykepleierne de omgås store deler av døgnet. Ifølge Gamnes (2011) er det stor sannsynlighet for at sykepleier er den helsearbeideren pasienten velger å betro seg til. Studien New, mfl. (2016) bekrefter at pasientene henvender seg til sykepleier. Det kommer for øvrig frem at pasienter i studien har opplevd at leger ignorerer spørsmål pasienten har om seksualitet. Det kan være nærliggende å tenke at en pasient som opplever at det ikke er akseptabelt å snakke om seksualitet med legen, også vil oppleve utfordringer med å ta temaet opp med annet helsepersonell. Dette understreker hvor viktig det er at sykepleier ikke venter på at pasienten skal betro henne sine bekymringer.

Dette sier også noe om hvor ødeleggende det kan være dersom kulturen på arbeidsplassen godtar at enkelte yrkesgrupper eller individer neglisjerer temaet. Fra praksis har jeg erfart at det er et begrenset antall ressurspersoner som er ansvarlig for seksualitetsveiledning. Dette

byr på utfordringer i forbindelse med sykdom eller ferieavvikling, da ansvarsområdet ikke delegeres videre. Som resultatene i Fronek mfl. (2011) belyser er erfaring med å veilede om seksualitet avgjørende for at sykepleier føler seg komfortabel med oppgaven. Det er ikke selvsagt at sykepleier med dette ansvarsområdet er den personen pasienten ønsker å prate om seksualiteten sin med. Ved at flere har kompetanse på veiledning om seksualitet har pasienten større valgfrihet og veiledningen kan foregå ved hjelp av den sykepleieren pasienten har størst tiltro og best relasjon til. At arbeidet med seksualitet er forbeholdt noe få sykepleiere kan by på utfordringer dersom pasienten ikke har tillit til vedkommende med dette ansvaret. Det er altså viktig at flere har kunnskap om seksualitet og veiledning.

KAPITTEL 6 KONKLUSJON

Formålet med denne studien har vært å studere hvordan sykepleier kan veilede pasienter med ryggmargsskade slik at de kan ivareta sin seksuelle helse. Ønsket om å belyse denne tematikken bunner i praksis og arbeidserfaring der seksualitet fikk bekymringsverdig lite oppmerksomhet. Seksualitet er for alle mennesker et grunnleggende behov, likevel er temaet for mange sykepleiere et tabubelagt tema. Litteratur synliggjør at det er svært viktig å belyse problemstillinger knyttet til seksualitet, men dessverre kommer det frem i forskning at ryggmargsskadede pasienter opplever mangelfull veiledning og informasjon.

Gjennom studien er det identifisert flere forhold som betraktes som avgjørende for tilbudet om og kvaliteten på veiledningen pasienter mottar. Teori og forskning underbygger at sykepleier har en viktig og sentral rolle i identifisering av behovet, dette er særlig gjeldende der pasienten vegrer seg for å uttrykke behovet selv. Sykepleier er i en unik posisjon for å bygge et tillitsforhold og en god relasjon til pasienten. Dette krever en prosess gjennom flere faser (jf. Travelbee, 2007). Det er derfor viktig å legge til rette for at sykepleier har mulighet til å se hvert enkelt individs behov, uten å være påvirket av synlige rammer som alder, kjønn, kultur m.m. og praktiske utfordringer knyttet til tid og kompetanse. Videre er det sentralt at det arbeides systematisk for å tilrettelegge for et godt arbeidsklima, slik at opparbeiding av tillitsforholdet mellom sykepleier og pasient blir prioritert.

Sykehusavdelingen må erkjenne sitt ansvar for å utvikle en god kultur knyttet til temaet, blant annet gjennom kursing og opplæringsrutiner av sykepleiere. Et mål bør være at alle sykepleiere skal kunne veilede om seksualitet. Alle sykepleiere bør ha kompetanse, tillit til egen kunnskap og være komfortabel med, gjennom relasjonsbygging, kommunikasjon og faglighet, å ta opp seksualitet og tilknyttet problematikk. Dersom disse holdningsendringene integreres, kan et minstekrav være at alle sykepleiere skal kunne gi pasienten tillatelse til, men også at langt flere vil ha forutsetninger for å veilede pasienten på et nivå med spesifikke forslag (jf. Plissit-modellen). Mitt inntrykk er at dersom pasienter får tilstrekkelig veiledning og informasjon kan de tilpasse seg den nye situasjonen og utfordringene den medbringer, og likevel oppleve god seksuell helse. Alt i alt er det viktigste å våge å snakke om seksualitet og normalisere tematikken.

Litteratur

- Almås, E. & Benestad, E. E. P (2017). *Sexologi i praksis* (3. utg.) Oslo: Universitetsforlaget.
- Booth, S., Kendall, M., Fronek, P., Miller, D. & Geraghty, T. (2003). Training the Interdisciplinary Team in Sexuality Rehabilitation Following Spinal Cord Injury: A Need Assessment, *Sexuality and Disability*, 21(4), 249-261.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, H. & Eide, T. (2014). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fjerstad, E. (2010). *Frisk og kronisk syk, et psykologisk perspektiv på kronisk sykdom*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier* (3. utg.). Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur & Kultur.
- Fronek, P., Kendall, M. Booth, S. Eugarde, E. & Geraghty, P. (2011). A Longitudinal Study of Sexuality Training for the Interdisciplinary Rehabilitation Team, *Sexuality and Disability*, 29(2), 87-100. doi: 10.1007/s11195-010-9177-1.
- Gamnes, S. (2011). Nærhet og seksualitet. I: Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (red), *Grunnleggende sykepleie bind 3* (2. utg., s.71-104). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Hartshorn, C., D'Castro, E. & Adams, J. (2013). 'SI-SRH' – a new model to manage sexual health following a spinal cord injury: our experience, *Journal of Clinical Nursing*, 22(23-24), 3541-3548. doi: 10.1111/jocn.12449

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 Hentet: 20.05.2018

Helsedirektoratet (2016). *Ryggmargsskade*. Helse Norge. Tilgjengelig fra: <https://helsenorge.no/sykdom/hjerne-og-nerver/ryggmargsskade>. Hentet: 22.04.2018

Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* Lovdata. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>. Hentet: 02.05.2018.

Hjeltnes, N. (2004). Ryggmargsskader. I: Wektre, L. L. & Vardeberg, K. (red.), *Lærebok i rehabilitering, når livet blir annerledes*. Bergen: Fagbokforlaget.

Kreuter, M., Siösteen, A. & Biering-Sørensen, F. (2008). Sexuality and sexual life in woman with spinal cord injury: a controlled study, *Journal of rehabilitation Medicine*, 40(1), 61-69. doi: 10.2340/165019770128

Kristoffersen, N. J. (2013). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. og Skaug, E-A. (red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1* (2. utg., s. 207-280). Oslo: Gyldendal Akademiske.

Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, J. (2013). Relasjon mellom sykepleier og pasient. I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt og Skaug, E-A. (red), *Grunnleggende sykepleie bind 1* (2. utg., s. 83-134). Oslo: Gyldendal Akademiske.

Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. & Skaug, E.A. (2013). Om sykepleie. I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt & Skaug, E-A. (red), *Grunnleggende sykepleie bind 1* (2. utg., s.16-29). Oslo: Gyldendal Akademiske.

Landsforeningen for ryggmargsskadde (2012). *ABC om ryggmargsskade for helsepersonell*. Tilgjengelig fra: <http://lars.no/showfile.ashx?fileinstanceid=80ce8b93-54d3-411d-9190-afa4d2c9b20e>. Hentet: 02.03.2018.

- Lund, S. B., Raknestangen, S., Mastad, V. & Lohne, V. (2016). Sykepleie ved sykdommer og skader i sentralnervesystemet. I: Stubberud, D-G., Grønseth, R. & Almås, H. (red.), *Klinisk sykepleie bind 2* (5. utg., s. 233-268) Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Lysberg, K. & Severinsson, E. (2003). Spinal Cord Injured Women's Views of Sexuality: A Norwegian Survey, *Association of Rehabilitation Nursing*, 28(1), 23-26. doi: 10.1002/j.2048-7940.2003.tb01717.x
- Molven, O. (2016). *Sykepleie og jus* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Juridisk.
- New, PW., Seddon, M., Redpath, C., Currie, KE. & Warren, N. (2016). Recommendation for spinal rehabilitation professionals regarding sexual education needs and preferences of people with spinal cord dysfunction: a mixed-methods study, *International Spinal Cord Society*, 54, 1203-1209. doi: 10.1038/sc.2016.62
- Norsk Sykepleierforbund (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>. Hentet: 28.04.2018
- Nortvedt, P & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse. I: Stubberud, D-G., Grønseth, R. & Almås, H. (red.), *Klinisk sykepleie bind 1* (5. utg., s. 17-39). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Lovdata. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>. Hentet: 02.05.2018
- Romsland, G. I., Dahl, B. & Slettebø, Å. (2015). *Sykepleie og rehabilitering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Saunamäki, N., Andersson, M. & Engström, M. (2010). Discussion sexuality with patients: nurses' attitude and beliefs. *Journal of Advanced Nursing*, 66(6), 1308-1316. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05260.x

- Stien, R. (2008). Seksuell dysfunksjon hos ryggmargsskadede menn. *Tidsskriftet den norske legeforening*, 128 (4), 453-456.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Travelbee, J. (2007). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Tveiten, S. (2008a). *Pedagogikk i sykepleiepraksis* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Tveiten, S (2008b). *Veiledning: mer enn ord* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Unge funksjonshemmede (2018). *Sex som funker – unges erfaringer med seksualitet og funksjonsevne*. Tilgjengelig fra: <https://ungefunksjonshemmede.no/ungefunksjonshemmede-no/wp-content/uploads/2018/02/Sex-som-funker.pdf> . Hentet: 10.04.2018
- World Health Organisation, Department of Reproductive Health and Research (2006). Defining sexual health - *Report of a technical consultation on sexual health*, 28-31 January 2002, Geneva. Tilgjengelig fra: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexualhealth/sh_definitions/en/. Hentet: 14.04.18.
- Wyller, V. B (2014a). *Frisk: cellebiologi, anatomi og fysiologi* (3. utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademiske.
- Wyller, V. B (2014b). *Syk: mikrobiologi, patofysiologi, farmakologi og klinisk medisin, bind 2: kapittel 12-24* (3. utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademiske.