

Kine Folden Staahl
Serena Marilene Swart

Seksuell helse ved multippel sklerose

Hvilken sykepleiefaglig kompetanse kan bidra til å fremme sunn seksuell helse og et seksualvennlig miljø for pasienter med multippel sklerose?

Bacheloroppgave i sykepleie

Veileder: Inger Balke

Mai 2021

Kine Folden Staahl
Serena Marilene Swart

Seksuell helse ved multippel sklerose

Hvilken sykepleiefaglig kompetanse kan bidra til å fremme sunn seksuell helse og et seksual vennlig miljø for pasienter med multippel sklerose?

Bacheloroppgave i sykepleie
Veileder: Inger Balke
Mai 2021

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



Kunnskap for en bedre verden

SAMMENDRAG

Tittel:	Seksuell helse ved multippel sklerose Hvilken sykepleiefaglig kompetanse kan bidra til å fremme sunn seksuell helse og et seksual vennlig miljø for pasienter med multippel sklerose?	Dato : 19/5-21
Forfattere:	<u>Kine Folden Staahl</u> <u>Serena Marilene Swart</u>	
Veileder(e):	<u>Inger Balke</u>	
Stikkord/nøkkel ord (3-5 stk)	Sykepleie, kommunikasjon, multippel sklerose, seksuell helse.	
Antall sider/ord: 9291	Antall vedlegg: 1	
<p>Bakgrunn: Pasienter med multippel sklerose kan i forskjellig grad oppleve seksuelle utfordringer, og det vil derfor være et behov for informasjon og veiledning vedrørende den seksuelle helsen. På grunn av at seksualitet fremdeles er et tabubelagt tema, møter sykepleiere ofte utfordringer ved kommunikasjon rundt seksualitet. Økt kunnskap vedrørende tematikken kan tilrettelegge for egenomsorg, og normalisere kommunikasjon angående seksuell helse.</p> <p>Hensikt: Litteraturstudiens hensikt er å kartlegge seksuelle utfordringer som pasienter med MS kan oppleve. Videre undersøke hvordan en sykepleier kan imøtekomme pasientens seksuelle utfordring, og avdekke hvorfor dette er et utfordrende tema å snakke om.</p> <p>Metode: Det benyttes kvalitative- og kvantitative vitenskapelige artikkeler samt relevant faglitteratur for å svare på problemstillingen. Systematisk søk etter vitenskapelig artikler ble gjennomført i databasene CINAHL, Medline (Ovid) og PubMed (Ovid), derav fem artikler ble inkludert.</p> <p>Resultat: Resultatene viser at pasienter med MS opplever at det er manglende informasjon og veiledning fra helsepersonell i møte med seksuelle utfordringer. Videre føler flere av pasientene at det inngår i en sykepleierens ansvarsområde å initiere til samtale om tematikken. Sykepleiere viser manglende kunnskap og selvtillit vedrørende det å kommunisere om seksuell helse. Holdninger og barrierer hos sykepleier og pasient som påvirker kommunikasjon blir presentert.</p> <p>Konklusjon: Litteraturstudien konkluderer med at det foreligger manglende kunnskap og kompetanse rundt temaet seksualitet hos sykepleiere. Pasienter med MS har et stort behov for informasjon og veiledning vedrørende seksuelle utfordringer de står ovenfor. Derfor vil sykepleierens faglig kompetanse være deres veiledende og informerende rolle i kommunikasjon. PLISSIT-modellen kan anses å være et kommunikasjonsverktøy som kan bistå sykepleiere i samtale om seksuelle utfordringer.</p>		

ABSTRACT

Title:	Sexual health concerning multiple sclerosis What nursing expertise can help promote healthy sexual health and a sexual friendly environment for patients with multiple sclerosis?	Date : 19/5-21
Authors:	Kine Folden Staahl Serena Marilene Swart	
Supervisor(s)	Inger Balke	
Keywords (3-5)	Nursing, communication, multiple sclerosis , sexual health	
Number of pages/words:	9291	Number of appendix: 1
<p>Background: Patients suffering from multiple sclerosis can experience sexual difficulties, and there will therefore be a need for information and guidance concerning sexual health. Nurses encounter challenges relating to communication about sexuality, because it's still seen as a taboo topic. Increased knowledge concerning this topic can facilitate self-care engagement, and normalize communication regarding sexual health.</p> <p>Aim: This study aims to mapping of sexual difficulties with patients suffering from MS can experience. Furthermore the aim is to examine how a nurse can accommodate patients' sexual dysfunction, and uncover why this topic is so challenging to talk about.</p> <p>Method: There have been used qualitative- and quantitative scientific studies combined with relevant literature to answer the aim of this study. Systematic search for scientific studies was accomplished in the databases CINAHL, Medline (Ovid) and PubMed (Ovid), thereof five studies were included.</p> <p>Results: The results show that patients suffering for MS experience a lack of information and guidance from health care professionals encountering sexual difficulties. Furthermore, several of the patients believe that it is a part of nurse's area of responsibility to initiate a conversation about this topic. Nurses show a lack of knowledge and self-confidence regarding communicating about sexual health. Attitudes and barriers in nursing and patient affecting communication are presented.</p> <p>Conclusion: This study concludes that nurses lack knowledge and competence around the topic of sexuality. Patients with MS have an increased need for information and guidance regarding the sexual difficulties they face. Therefore, the nurse's expertise will be their guiding and informative role in communication. The PLISSIT model can be considered as a communication tool that can assist nurses in conversations about sexual challenges.</p>		

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	1
ABSTRACT	2
1.0 Innledning:	5
1.1 Introduksjon.....	5
1.2 Bakgrunn for valg av tema	5
1.3 Sykepleiefaglig relevans	6
2.0 Bakgrunn.....	7
2.1 Seksualitet og seksuell helse.....	7
2.2 Multipel Sklerose og seksuell utfordringer	7
2.3 Kommunikasjon og seksualitet	8
2.3.1 PLISSIT - Modellen (Vedlegg 1).....	8
2.4 Teoretisk forståelse.....	9
2.5 Hensikt og problemstilling	10
2.6 Begrepsavklaring	11
2.7 Oppgavens avgrensninger	11
3.0 Metode	12
3.1 Litteraturstudie som metode.....	12
3.2 inklusjon- og eksklusjonskriterier	12
3.3 Søkeprosess og søkematrise.....	13
3.4 Kritisk vurdering og analyse av litteraturstudien	15
3.5 Forskningsetikk	16
4.0 Resultater.....	17
4.1 Artikkel matriser	17
4.2 Resultatanalyse	22
4.2.1 Å møte pasientens behov og forventninger	22
4.2.2 Helsepersonells holdninger til seksuell helse.....	22
4.2.3 Seksuelle utfordringer relatert til MS.....	23
4.2.4 Kommunikasjon	23
5.0 Drøfting.....	24
5.1 Å møte seksuelle utfordringer ved MS	24

5.2 Forventninger og behov.....	25
5.3 Betydning av en god samtale.....	26
5.4 Et seksualvennlig miljø.....	29
5.5 Kommunikasjonsmetodikk.....	30
5.6 Muligheter for fag- og tjenesteutvikling.....	32
6.0 Konklusjon	34
Litteraturliste:.....	35

1.0 Innledning:

1.1 Introduksjon

Multipel Sklerose (MS) er en nevrologisk sykdom som ofte debuterer i ung alder. Sykdommen ses hyppigst hos kvinner, men rammer også menn (Bertelsen, 2011). Utfordringer knyttet til den seksuelle helsen kan oppleves hos disse pasientene, blant annet grunnet bivirkninger av behandling og sykdommen i seg selv (Multipel Sklerose Forbundet, u.å). Som Jean Watson poengterer er det sykepleieren som står nærmest pasienten og pårørende. Seksuell helse står sentralt i det helhetlige mennesket og en sykepleier må, ifølge Watson, ha en holistisk tilnærming til dette hvis en skal kunne yte god og helhetlig sykepleie (Watson, 1985). Å vise respekt for det enkelte menneskets liv, herunder deres verdighet legger grunnlaget for sykepleieutøvelsen. En sykepleier skal utføre sine handlinger med respekt for menneskerettighetene, barmhjertighet og omsorg (Norsk sykepleierforbund, 2019)

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Temaet seksualitet er i stor grad fortsatt tabubelagt i samfunnet. Selv om det er økt belysning om seksualitet i dagens sosiale medier, er seksuell helse fortsatt et tema som blir lite snakket om i helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Det stilles forventninger til sykepleiere om å kunne undervise og veilede pasienter innenfor seksuell helse i praksis. Likevel oppleves det i praksis at det blir lagt lite vekt på temaet seksualitet og seksuell helse i sykepleierens grunnutdanning. MS rammer stadig flere mennesker, herunder også mange unge. Det er ikke uvanlig å oppleve seksuelle utfordringer med diagnosen MS, da det er mange faktorer og utfordringer som kan påvirke den seksuelle helsen (Multipel Sklerose Forbundet, u.å). Valg av tema ble også påvirket av erfaringer fra praksis. I praksis opplevdes det at pasienter med diagnosen MS ofte hadde flere utfordringer knyttet til sykdommen. Seksuell helse ble derimot ikke tatt opp som tema, fra både leger, sykepleiere og pasienten selv. I denne litteraturstudien ønsker vi å kunne gi økt kunnskap om utfordringer og barrierer knyttet til seksuell helse og kommunikasjon mellom pasienter med MS og sykepleiere. Samtidig vil det belyses hvordan sykepleiere kan videreformidle kunnskap, og bruke sin kompetanse gjennom kommunikasjon og veiledning, for å skape et seksualvennlig

miljø. Dette innebærer mer åpenhet fra både pasient og sykepleier, der det tilrettelegges for spørsmål og samtale rundt seksualitet og seksuell helse.

1.3 Sykepleiefaglig relevans

Temaet seksualitet berører noe av de mest intime delene av livet vårt, og derfor kan mange ha utfordringer med å snakke om tematikken til andre mennesker, derunder helsepersonell (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Jean Watson mener seksualitet inngår i menneskets grunnleggende behov, og må vektlegges i like stor grad, som for eksempel personlig hygiene (Watson, 1985). Sykepleiere må ifølge Watson ha et holistisk syn, og pasientens seksuelle behov bør imøtekommes som alle andre grunnleggende behov (Watson, 1985). Dermed vil MS og seksualitet være av sykepleiefaglig relevans. Sykepleiere er den profesjonsgruppen som arbeider mest i direkte pasientrettet arbeid i helse- og omsorgstjenesten (Helland, 2015). Det er derfor en viktig del av tjenesten som ytes å identifisere og møte behov for samtale og veiledning knyttet til seksuell helse. Sykepleiere kan gjennom kommunikasjon og informasjon legge til rette for en mer normalisert opplevelse av å kunne snakke om seksuelle problemer og bidra til å forhindre følelsen av skam og ensomhet hos pasienten (Helland, 2015). Aars (2021) skriver at åpenhet er en avgjørende faktor for ivaretagelse av den seksuelle helsen i den såkalte helhetlige behandlingen. I en studie gjort av Dammen, Moksnes og Grønning (2020) viser det seg at tid er en viktig faktor i forhold til veiledning og kommunikasjon innenfor seksuell helse. I tillegg vil en travel hverdag for en sykepleier medfører at samtaler rundt seksualitet blir nedprioritert. Studiet viser også at flere av sykepleierne føler at deres kompetansenivå innenfor seksualitet er for lavt, og de møter utfordringer på hvordan de skal ta initiativ på samtale (Dammen, Moksnes og Grønning, 2020).

2.0 Bakgrunn

2.1 Seksualitet og seksuell helse

Seksualitet handler ikke bare om samleie og erotikk, men også den fysiske og psykiske nærhet. For mange vil seksualitet handle om nærhet, bekreftelse og kjærlighet, og kan uttrykkes på flere forskjellige måter, deriblant tanker, fantasier og holdninger (Helland, 2015). Gagliardi (2003) viser i sin studie at samtlige av deltakerne med MS påpeker at seksualitet er en stor del av identiteten, til tross for sykdom og dysfunksjon. Definisjon av seksualitet er et flytende begrep som blir påvirket av blant annet kulturelle, sosiale, ideologiske og politiske faktorer (Aars, 2021). For mange kan seksualitet være en kilde til livsglede og selvrealisering, men også by på utfordringer ved for eksempel sykdom (Helland, 2015).

Helse er et sammensatt begrep og omhandler ikke bare fravær av sykdom. Hvordan en opplever egen helse, påvirkes av blant annet ulike utfordringer i møte med hverdagen. Ens forhold til seksualitet influerer vår helse i lik linje med andre personlige ressurser. Seksualitet kan forbindes med sosial, fysisk og mental helse, som er grunnleggende for definisjonen av seksuell helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). God seksuell helse kan være en god kilde til fremming av livskvalitet og mestringsferdigheter, samt nytelse og glede (Aars, 2021).

2.2 Multipel Sklerose og seksuell utfordringer

Multipel Sklerose (MS) er en autoimmun kronisk inflammatorisk sykdom som medfører at immunsystemet angriper myelinet på ulike områder i sentralnervesystemet. Sykdommen debuterer ofte i ung alder, 20-40 årsalderen, og oppstår hyppigst hos kvinner (Bertelsen, 2011). Seksuelle problemer ved MS er noe flere pasienter opplever. Det er i lystsenteret i hjerne sexlysten oppstår og hvis nervevev i dette området blir skadet, påvirkes også sexlysten. Impulser mellom hjerne og kjønnsorgan kan ikke komme fram på riktig måte som en følge av at også nervebanene skades. Skade ved denne kommunikasjonen medbringer vanskeligheter for å oppnå orgasme eller utløsning og kan forårsake vaginal tørrhet, mindre følsomhet, overfølsomhet og impotens (Multipel Sklerose Forbundet, u.å). Ved MS kan både kvinner og menn oppleve nedsatt interesse for sex grunnet blant annet fatigue som følge av sykdommen. Medikamenter og bivirkninger kan også være en faktor som påvirker den

seksuelle helsen. Dette kan gi utfordringer for både den rammede og partner i et forhold (Multippel Sklerose Forbundet, u.å). I en studie gjort av Gagliardi (2003) kommer det fram blant deltakerne at fysiske endringer i kroppen, som følge av MS, påvirker seksualitet i størst grad. Samtidig påvirkes seksualiteten av nedsatt vaginalt fuktighet, nedsatt evne til orgasme, endringer i tarmsystemer og urinveier, samt svekkelse i pelvis og parese (Gagliardi, 2003).

2.3 Kommunikasjon og seksualitet

Kommunikasjon har en stor betydning for utøvelse av sykepleie og utøves av sykepleiere i større grad enn mange andre yrkesretninger. God kommunikasjon omhandler ikke bare hva en sykepleier sier eller gjør, men også hva som blir oppnådd i interaksjonen mellom sykepleier og pasient (Heyn, 2015). Kommunikasjon er en måte og ferdighet sykepleiere utøver for å videreformidle informasjon. Det handler om å kunne gi, motta og lese pasientens ønsker og behov. Kommunikasjon går ikke bare ut på det verbale, men også det non-verbale (Heyn, 2015). Å kommunisere om seksualitet og seksuell helse kan by på utfordringer i dagens helse- og omsorgstjeneste. Det kan være utfordringer knyttet til det å forstå, imøtekomme og å legge til rette for samtale om seksualitet, i møte med helsepersonell. Det kan være vanskelig å skape trygge rammer rundt tematikken, da helsepersonell kan oppleve åpenhet som utfordrende (Aars, 2021). Mulige barrierer i kommunikasjon omtales i Herson, *et al.*(1999) som for lite tid og for lite kunnskap. I tillegg er sykepleierens holdninger om at andre helsepersonell tar initiativ til samtale også omtalt som en barriere. Videre belyser studien pasientens egne holdninger og tro ovenfor seksualitet som en barriere, samt deres usikkerhet og uvitenhet (Herson, *et al.* 1999).

2.3.1 PLISSIT - Modellen (Vedlegg 1)

Det finnes flere ulike kommunikasjonsverktøy som kan være til hjelp ved samtaler rundt seksualitet. PLISSIT- modellen er en modell som ble utarbeidet for å skape trygge rammer for helsepersonell. Modellen tilrettelegger for dialog mellom sykepleier og pasient, der målet er å imøtekomme pasientens behov innenfor seksuell helse. Modellen tar også hensyn til at det er ulikt kompetansenivå innenfor helsetjenesten, og tilrettelegger for at de ulike profesjonene kan bruke de ferdighetene og kunnskapen de har (Helland, 2015). Bruk av PLISSIT- modellen støtter ikke bare helsepersonell i samtale om seksualitet, men øker også bevisstheten på viktigheten med samtale om seksuell helse (Engelen, *et al.* 2019). Modellene er delt inn i fire

trinn, der de tre øverste trinnene primært forsøker å veilede til selvhjelp. Det første trinnet handler om å gi pasienten tillatelse til å snakke om sin seksuelle helse og seksualitet. Pasient skal få rom til å uttrykke seg gjennom både verbal og non-verbal kommunikasjon. Videre handler det om å vise bekræftelse på at sykepleierne er villig til å ha en dialog om deres seksualitet og svare på eventuelle seksuelle spørsmål (Helland, 2015). I drøftingen vil modellen presenteres ytterligere.

2.4 Teoretisk forståelse

Almås og Benestad (2017) beskriver mennesket seksualitet og seksuelle samspill ved bruk av deres systemteori. De beskriver store systemer som kultur og samfunn, og mindre systemer vil være knyttet til det enkelte individet og kroppslig system. Videre angir de utfordringer i de ulike systemene som støy, eksempelvis viser de til støy der en mann ønsker å bli kvinne (Almås og Benestad, 2017). Systemteorien knyttet til MS kan forstås som, eksempelvis støy i forbindelse med bruk av medikamenter eller kroppslige endringer. Videre presenterer Almås og Benestad (2017) at de ulike systemene inngår i hverandre, men samtidig er de adskilt og skal behandles og forstås ulikt. I forbindelse med diagnose MS kan dette forstås som for eksempel å skille de psykiske fra de fysiske utfordringene knyttet til seksualitet.

Sykepleieteoretikeren Jean Watson forklarer i sin omsorgsteori at omsorg krever kunnskap om pasientens mulige reaksjoner og oppførsel ved sykdom. Den krever også at en som sykepleiere er bevisst på sine egne ferdigheter og begrensninger, samt empati og medfølelse (Watson, 1999). For å oppnå høy kvalitet på helsetjenesten mener Watson (1985) at intervensjoner knyttet til pasientens seksuelle behov bør kartlegges, testet og evalueres. Videre vil god sykepleie handle om å fremme helse, forebygge sykdom, gi omsorg overfor de syke og gjenopprette helse. Watson mener at viten om omsorg handler om å se den helhetlige pasient, og at alle av pasientens behov bør i like stor grad undersøkes og evalueres (Watson, 1985). I tillegg mener hun at en sykepleier bør ha vilje, et forhold, samt kunne utføre tiltak og handlinger for bedre kvalitet på omsorgen som ytes. Denne såkalte omsorgsprosessen beskriver hun gjennom ti omsorgsfaktorer, der det kreves at sykepleieren eier klinisk kompetanse og har evne til å yte faglig kunnskap. Gjennom disse ti omsorgsfaktorer får en sykepleier bevart den individuelle menneskeligheten i dagens samfunn (Watson, 1999). I følge Watson (1985) beskrives seksualitet ikke bare som genital samleie, men det inkluderer

også individets helhetlige personlighet. Den består av seksuell identifikasjon, selvtillitt og tilfredshet med sin egen kropp og seksualitet (Watson, 1985).

Dorothea Orem som sykepleieteoretiker, er kjent for sin egenomsorgsteori og beskriver tre sykepleiesystem som er aktuelle når pasienten opplever egenomsorgssvikt.

Egenomsorgsteorien baserer seg på sykepleiers ansvarsområde, og hvordan en kan tilrettelegge for individets ivaretagelse av liv, helse og velvære (Cavanagh, 2010). Det å kunne handle eller gjøre for en annen, og evnen til å vise støtte ved fysisk og psykiske utfordringer vil i følge Orem være et av sykepleiernes ansvarsområder. Inn under de tre sykepleiesystem beskrives det tredje punkt som det støttende og undervisende sykepleiesystem. Dette systemet kan benyttes hos pasienter som klare å utføre egenomsorghandlinger, men trenger støtte og veiledning av sykepleiere på grunn av endret livssituasjon (Cavanagh, 2010). Pasienter med MS vil i forskjellig grad kunne utføre egenomsorghandlinger, og det vil derfor, ifølge Orem være det tredje sykepleiesystemet som er det mest hensiktsmessige å bruke. Disse pasientene kan oppleve utfordringer innenfor deres seksuell helse og for de kan egenomsorg for eksempel knyttes til endret sexlyst, utmattelse eller medikamentbivirkninger (Multippel Sklerose Forbundet, u.å).

2.5 Hensikt og problemstilling

Hensikten med dette litteraturstudiet er å undersøke hvordan sykepleiere kan kommunisere med og veilede pasienter om deres seksuell helse og seksualitet etter å ha fått diagnosen multippel sklerose. Det ønskes å undersøke hvilken utfordringer og barrierer både sykepleier og pasient møter i kommunikasjon om seksuell helse. Studien ønsker å belyse hvordan sykepleiere kan bedre kommunikasjon om seksualitet og skape et seksualvennlig miljø for pasienten.

På bakgrunn av dette blir valgt tema for litteraturstudien være sykepleieres evne til kommunikasjon og veiledende funksjon knyttet til seksualitet og seksuell helse hos pasienter med MS. Problemstillingen vil i den sammenheng formuleres slik:

Hvilken sykepleiefaglig kompetanse kan bidra til å fremme sunn seksuell helse og et seksualvennlig miljø for pasienter med multippel sklerose?

2.6 Begrepsavklaring

Seksualvennlig miljø - Et Seksualvennlig miljø innebærer at det er lov og akseptert å snakke om sex og seksualitet. Det skal tilrettelegges for å kunne snakke om vanskelige ting og å gi et individuelt tilbud til hver som mottar tjenester (Barstad, 2013). I denne litteraturstudien skal et seksualvennlig miljø finne sted i interaksjoner og kommunikasjon mellom sykepleier og pasient.

Seksuell helse - Seksuell helse oppleves forskjellig for hvert enkelt individ og er derfor vanskelig å definere. Begrepet seksuell helse kan beskrives som fysisk, emosjonelt, mentalt og sosialt velvære i forhold til individets seksualitet. Begrepet omhandler også sykdom, dysfunksjon og funksjonssvikt (Almås og Benestad, 2017).

2.7 Oppgavens avgrensninger

I litteraturstudien velger vi å ikke avgrense til en spesiell aldersgruppe, men fokuserer ikke på barn under 18 år. Dette på bakgrunn av at pasienter med MS har variert sykdomsforløp, og mennesker er seksuelle vesen livet ut. Samtidig ønsker vi å fokusere på pasienter som er påvirket av sykdommen med noe form for symptomer, men enda har et godt funksjonsnivå. Dette innebærer at de enda klarer å utføre egenomsorghandlinger.

3.0 Metode

3.1 Litteraturstudie som metode

Metode beskrives som bruk av systematisk søk av relevant kunnskap og informasjon som er brukt for å belyse problemstillingen (Thidemann, 2017). I bacheloroppgaven er det brukt litteraturstudie som metode, noe som innebærer å innhente og systematisere informasjon og kunnskap gjennom skriftlige kilder. Kunnskapen og litteratur som blir innhentet skal systematiseres, som vil si at den blir kritisk gjennomgått (Thidemann, 2017).

De vitenskapelige artiklene som skal benyttes i litteraturstudien kan inneholde både kvantitativ- og kvalitativ metode. Kvantitativ metode brukes der det trengs eksakte faktakunnskaper, som innebærer målbare enheter, for eksempel tall (Thidemann, 2017). Denne metoden er kjent for å gi gode breddekunnskaper, og resultatene fremstilles ofte i tabeller (Thidemann, 2017). Ved kvalitativ metode ønsker man å oppnå kunnskap om pasientens egenskaper, eksempelvis deres tanker, meninger og holdninger. Ofte blir det brukt intervju til datainnsamlingen, og tilnærmingen handler om å finne meningssammenhenger (Thidemann, 2017). Den kvalitative metoden er kjent for å gi dybdekunnskap, der man ikke trenger like mange undersøkelser for å oppnå ønsket mengde resultater (Thidemann, 2017).

3.2 inklusjon- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Pasienter multippel sklerose	Barn under 18 år
Seksualitet	Ikke skandinavisk eller engelsk skrevet artikler
Etikk	Artikler publisert før året 2000
Sykepleie- eller pasientperspektiv	
IMRAD- struktur	
Fagfelleverderte tidsskrift	

3.3 Søkeprosess og søkematrise

I denne litteraturstudien ble det brukt databasene CINAHL, Medline (ovid) og PubMed til den systematiske søkeprosessen. Vi anser disse databasene som oversiktlig å bruke og relevant i forhold til sykepleiefaglige artikler. IMRAD-struktur er et viktig kjennetegn som vi har benyttet oss av for å finne egnet artikler til problemstillingen. For å bekrefte at artikkelen er av god kvalitet og fagfellevurdert ble vi Norsk senter for forskningsdata brukt (NSD, 2020). Søkeord som ble benyttet i det strukturerte søket er; *Multiple Sclerosis, sexuality, communication, nursing, barriers, sexual Health, sexual dysfunction, attitudes, beliefs, problems, patient information, patient-centered care og Chronic disease*. Søkeord har blitt kombinert med hverandre etter de ble brukt hver for seg for å avgrense søk. Søket ble avgrenset til under 50 artikler og de artiklene som anses som mest relevant ble det lest abstraktet. For å finne relevante artikler, søkeord og annet fagstoff ble det gjort søk i oria og google scholar. Dette for å finne nye søkeord, som kan gi mer spesifikke søk og relevante artikler. Det manuelle søke la grunnlaget for det strukturerte søket som ble gjort i de databasene som nevnt over.

Søkeord	CINAHL	Medline	PubMed	Valgt artikkel
1. Sexual dysfunction			43 464	
2. Multiple Sclerosis	20 884	60 844	95 547	
3. Barriers			334 337	
4. Sexual Health	6 867			
5. Communication	254 312			
6. Chronic Disease	53 792	267 680		
7. Sexuality	19 980	43 100		
8. Nursing	251 735			
9. Attitudes	18 595			
10. Beliefs	97 461			
11. Problems	165 685			
12. Patient information		8 417		
13. Patient centered-care		21 311		
14. 1 AND 2 AND 3			8	1. Identifying barrier to help-seeking for sexual dysfunction in multiple sclerosis (Tudor <i>et al</i>, 2018)
16. 7 AND 8 AND 9 AND 10	24			2. Discussing sexuality with patients: nurses' attitudes and beliefs (Anderson, Engstrom og Saunamaki, 2009)
17. 2 AND 7 AND 11	11			3. Problems and factors affecting the sexual lives of patients with Multiple Sclerosis living in Turkey (Akkus og Duru, 2011)
18. 6 AND 7 AND 12		9		4. Experiences and informational needs on sexual health in people with epilepsy or multiple sclerosis: A focus group investigation (Egerod, Petersen og Wulff, 2018)
19. 2 AND 5 AND 13		7		5. The context of health care communication in chronic illness (Thorne <i>et al</i>, 2004)

3.4 Kritisk vurdering og analyse av litteraturstudien

Ved å gjennomføre en kritisk analyse av informasjonen som blir innhentet i de vitenskapelige artiklene, vil styrker og svakheter bli avdekket. Videre vil det vurderes om artikkelen er av relevans i forhold til problemstillingen som er valgt. Den kritiske vurderingen vil også avklare om artikkelen er av god kvalitet (Thidemann, 2017).

Noen av de valgte artiklene handler ikke bare om MS, men om flere kroniske sykdommer. Dette kan være noe kritikkverdigg da de kan ha annerledes sykdomsforløp. Vi anser artiklene likevel som relevant da funn av de ulike sykdommene og om hvordan disse pasientene opplever de ulike problemstillingene, presenteres separat. Det kan også være ulike opplevelser eller forhold som angår temaet som ikke er direkte avhengig av hvilken diagnose, men mer det å leve med en kronisk sykdom.

Studien gjort av Akkus og Duru (2011) er utført i Tyrkia noe som kan være kritikkverdigg sammenlignet med norske forhold. På grunn av annen kultur og religion kan dette gi redusert overførbarhet. Artikkelen anses fortsatt som relevant, da resultater i andre primærkilder samsvarer.

To av studiene har et mindre antall deltakere, dermed færre representanter av en populasjon. Ifølge Aveyard (2019) kan dette påvirke validiteten på resultatene i studien. De blir likevel ansett som relevant, da funn i andre primærkilder samsvarer med disse to studiene.

I litteraturstudien er det benyttet faglitteratur fra Watson fra 1985 og 1999. Med et kritisk syn kan litteraturen anses som utdatert. Likevel ses det som relevant da Watson selv har skrevet bøkene og er primærkilden. To av primærstudiene er utført før 2010, og da dette er over ti år siden kan det tenkes at det har skjedd endringer i aktuelle resultater. Studiene anses likevel som relevant på grunn av deres relevans knyttet til problemstillingen. I tillegg opplever litteraturstudiens forfattere at det forekommer lite funn av forskning som besvarer problemstillingen.

3.5 Forskningsetikk

De utvalgte studiene har blitt gjennomført med frivillig deltakelse. Det har blitt gitt god informasjon til alle deltakere om studienes hensikt og formål, samt gjennomførelse av studiene. I følge Dalland (2012) kan etikk gi veiledning og grunnlag når man møter eventuelle utfordringer i livet, og vanskelige avgjørelser må tas. Forskningsetikk handler om planlegging, gjennomføring og rapportering av forskningen som blir utført, samt at etikken også er med på sikre forsknings resultatenes validitet (Dalland, 2012).

I studiens forskning er det tatt hensyn til mennesket og deres behov. Dette er viktig i henhold til helsinkideklarasjon, der formålet er å beskytte mennesket som deltar i forskning. Blant annet innebærer dette at mennesket skal skjermes mot skade som følge av forskningen (Slettebø, 2016).

4.0 Resultater

4.1 Artikkel matriser

1.

Forfattere	Tudor, K.I. <i>et al.</i>
Publiseringsår	2018
Tidsskrift	Journal of Neurology
Land	Tyskland
Tittel	Identifying barriers to help-seeking for sexual dysfunction in multiple sclerosis
Hensikt med studien	Studiens hensikt er å identifisere hvilken mulige barrierer pasienter med MS og helsepersonell møter i kommunikasjon om seksuelle problemer.
Metode	Det ble benyttet kvantitativ metode gjennom en todelt spørreundersøkelse ved et spesialisert undervisningssykehus. Første delen av undersøkelsen ble gjennomført av pasienter med MS og den andre delen av helsepersonell som jobbet på sykehuset.
Utvalg/populasjon	74 pasienter med MS og 98 helsepersonell deltok i studien. Medianalder var 42,4 på pasienter med MS og 45,8 på helsepersonell. Begge kjønn deltok i begge grupper.
Hovedfunn/resultater	<ul style="list-style-type: none">• Hos pasienter med MS blir ofte andre symptomer prioritert før de seksuelle problemene.• Hos helsepersonell er den største grunnen til at seksuelle problemer ikke blir tatt opp fordi familie eller andre personer er i undersøkelsesrommet.• Helsepersonell opplever at de ikke har nok kompetanse og selvtillit til å ta opp temaet seksualitet med pasienten.• Verken pasient eller helsepersonell tar ikke opp temaet seksualitet, og ofte påvirkes dette av for liten tid og blir nedprioritert.
Kvalitetsvurdering	<ul style="list-style-type: none">• Studien er fra 2018 og tidsskriftet er fagfellevurdert til nivå 2.• Studien er gjort i Tyskland og er lett overførbar og kan sammenlignes med norske forhold.• Stor antall deltakere med både pasienter med MS og helsepersonell, samt kvinner og menn.• Varierende alder blant deltakere.• Studien synliggjør utfordringer knyttet til kommunikasjon rundt seksuell helse både for pasient og helsepersonell.
Etiske overveielser	Etisk registrert og godkjent av Queen Square Division Quality and Clinical Governance Department

2.

Forfattere	Saunamäki, N., Andersson, M. og Engström, M.
Publiseringsår	2009
Tidsskrift	Journal of advanced Nursing
Land	Sverige
Tittel	Discussing sexuality with patients: nurses' attitudes and beliefs
Hensikt med studien	Hensikten med denne studien er å beskrive Sykepleierens holdninger og tanker ovenfor kommunikasjon om seksualitet.
Metode	Kvantitativ metode ble benytte gjennom spørreskjema.
Utvalg/populasjon	Det var totalt 88 sykepleiere fra to forskjellige avdelinger som deltok i studien. Det var kun kvinnelige sykepleiere, og den mediane alderen var 39,9. Deltagernes erfaring som sykepleier varierte fra 5 måneder opp til 40 år.
Hovedfunn/resultater	<ul style="list-style-type: none"> • De fleste sykepleierne i studien hadde en forståelse for pasientens sykdom og behandling, og hvordan det kan påvirke deres seksualitet. • To-tredeler av deltakerne følte seg komfortabel rundt det å snakke om seksuelle problemer med pasienten, og mener det inngår i sykepleiers ansvarområde å oppmuntre til samtale. • Flere av deltakerne mente at temaet seksualitet kunne diskuteres kun ved at pasienten selv tar det opp, og at pasientene var for syke til å være interessert i deres seksuelle helse.
Kvalitetsvurdering	<ul style="list-style-type: none"> • Tidsskrift artikkelen er publisert i er fagfellevurdert til nivå 2. • Ikke støtte i form av stipendiat. • Studien er gjort i sverige, og er derfor lett overførbar og kan sammenlignes med norske forhold. • Bare kvinnelige sykepleiere som deltok i studien.
Etiske overveielser	Etiske krav er fulgt i henhold til HSFR (Humanistisk samholdsvetenskapliga forskningsrådet).

3.

Forfattere	Akkus, Y. og Duru, G.
Publiseringsår	2011
Tidsskrift	Sexuality and disability
Land	Tyrkia
Tittel	Problems and factors affecting the sexual lives of patients with multiple sclerosis living in Turkey
Hensikt med studien	Studiens hensikt er å undersøke seksuelle problemer og faktorer som påvirker den seksuelle helsen til pasienter som lever med MS.
Metode	Kvantitativ metode er benyttet i studien. Det er brukt et todelt spørreskjema, hvorav den første delen beskriver sosiodemografiske faktorer til pasienten, og den andre beskriver kliniske egenskaper og seksuelle problemer. Det er blitt gjennomført et individuelt intervju med en nevrologisk sykepleier for å innhente data.
Utvalg/populasjon	59 pasienter med MS som er pasient ved en nevrologisk klinikk. Inklusjonskriterier som at pasientene må være over 18 år, kunne snakke, være ved bevissthet og at de har gitt samtykke til forskning er benyttet.
Hovedfunn/resultater	<ul style="list-style-type: none"> • Studien viser at den seksuelle helsen til de fleste deltakerne blir påvirket i ulik grad av sykdommen MS. - • Videre viser den at jo lengre pasienten er i sykdomsforløpet, desto større sjans for seksuelle problemer. • Studien viser at både helsepersonell og pasient føler seksualitet er et vanskelig tema å snakke om. Pasienten synes også det er vanskelig å snakke med partner om eventuelle problemer. • Pasientene i studien tror ofte at medisinene de går på påvirker deres seksuelle helse, som resulterer i fatigue, depresjon og influensasymptomer.
Kvalitetsvurdering	<ul style="list-style-type: none"> • Studien er kvalitetssikret ved bruk av en skala (SPSS) som viser validitet på 95%. • Tidsskrift studien er publisert i er fagfellevurdert til nivå 1. • Studien er relevant for litteraturstudien på bakgrunn av at den bekrefter at pasienter med MS opplever problemer innenfor seksuell helse. Videre viser den til ulike faktorer som kan være utfordrende for pasient og helsepersonell innenfor seksualitet og MS. • Forskningen er utført i Tyrkia, noe som kan være kritikkverdigg i forhold til ulike religion og kultur sammenlignet med Norge.
Etiske overveielser	Det har blitt overholdt etiske krav i denne studien.

4.

Forfattere	Egerod I. Wulff, K. og Petersen, M.C.
Publiseringsår	2018
Tidsskrift	Journal of Clinical Nursing
Land	Danmark
Tittel	Experiences and information needs on sexual health in people with epilepsy or multiple sclerosis: A focus group investigation
Hensikt med studien	Hensikten med studien er å undersøke erfaringer og behovet for informasjon i forhold til seksuell helse for kvinner og menn med epilepsi og MS.
Metode	Det ble brukt kvalitativ metode i form av intervju i fokusgrupper.
Utvalg/populasjon	Det var 26 deltagere i studien, derav 11 med MS. Deltakerne er fra en nevrologisk klinikk på et universitetssykehus i Danmark.
Hovedfunn/resultater	<ul style="list-style-type: none"> • Alle deltagere av begge kjønn ga uttrykk for et behov for informasjon og mulighet til å gi uttrykk for seksualitet. • Deltakerne har lite kjennskap til hvordan sykdommen påvirker deres seksualitet. • Pasientene som deltok var enig i at mer informasjon ville ha hjulpet dem med å takle sykdommen bedre og finne nye måter å uttrykke seg seksuelt. • Deltakerne opplevde at deres seksualitet ble ignorert under kontrolltimer som førte til at de følte seg isolerte, deprimerte og fikk skyldfølelse. • I studien viser det seg å være et ønske om at helsepersonell skal ha nok kunnskap om seksualitet og ta seg nødvendig tid til å diskutere seksuelle utfordringer. • Samtlige av pasientene mente det var en sykepleiers ansvar å ta opp temaet seksualitet, da dette inngår i de grunnleggende behov. • Pasienter som føler de mister sin maskulinitet og kroppsbilde har ofte et behov for profesjonell hjelp.
Kvalitetsvurdering	<ul style="list-style-type: none"> • Lite antall deltagere, og det er både pasienter med MS og epilepsi. • I fokusgrupper er det en risiko for at deltakerne påvirker hverandres svar og kan holde tilbake på grunn av personlige forhold. • Tidsskrift er fagfellevurdert til nivå 2. • Studien er kvalitetssikret da det er brukt gode metoder for analysering av data. • Det er brukt en egen forsker for analysere data. • Studien er forholdsvis ny da den ble utført i 2018.
Etiske overveielser	Studien er etisk godkjent gjennom Danish Data Protection Agency og The ethical Committee of Copenhagen.

5.

Forfattere	Thorne, S.E. <i>et al.</i>
Publiseringsår	2004
Tidsskrift	Patient Education and Counseling
Land	Canada
Tittel	The context of health care communication in chronic illness
Hensikt med studien	Hensikt med studien er å finne ut hvordan pasienter med kroniske lidelser opplever kommunikasjon i helsevesenet. Hvor mye har respekt, engasjement og forståelse å si for pasienter med kroniske lidelser i møte med helsepersonell.
Metode	Kvalitativ metode med individuelle intervju og fokusgrupper som ble lydtapt og transkribert.
Utvalg/populasjon	38 pasienter med kroniske lidelser hvorav 10 med MS, 7 med fibromyalgi, 7 med nyresvikt og 8 med ikke-insulinbehandlet diabetes. Flere kvinner enn menn deltok i studien og alder var på mellom 18 og 50 år. Alle bortsett fra 2 deltakere hadde hatt diagnosen i mer enn 5 år.
Hovedfunn/resultater	<ul style="list-style-type: none"> • I følge alle deltakerne påvirker god kommunikasjon livskvalitet og evne til å utføre egenomsorg. • Videre viser studien at god kommunikasjon inneholder gjennomgående oppfølging og støtte. Dette er nødvendig for evnen til å få god informasjon og assistanse. Herved dannes det relasjoner mellom helsepersonell og pasient som er viktig for pasientens selvfølelse i forhold til egenomsorg. • Helsepersonell som oppleves mest hjelpsom og støttende for deltakerne var de med medfølelse, fleksibilitet og evne til å inkludere livskvalitet i den kliniske behandlingen. • Deltakerne med MS i studien opplever at de søker hjelp i form av kommunikasjon på det mest nødvendige tidspunktet i sykdomsforløpet. • Videre føler de at ikke får nok informasjon og oppmuntring til ivaretagelse av egenomsorg, men at de istedenfor får informasjon om hvordan sykdommen kommer til å påvirke livet deres negativt.
Kvalitetsvurdering	<ul style="list-style-type: none"> • Tidsskriftet studien er publisert i er fagfellevurdert til nivå 2. • Studien er utført og publisert i Canada, noe som kan sammenlignes med norske forhold. • De fleste deltakerne har hatt diagnosen i over 5 år, og er godt kjent med helsetjenesten. • Resultatet viser at pasienter med kroniske lidelser har et behov for god kommunikasjon med helsepersonell, og at det påvirker deres egenomsorg og livskvalitet. Videre viser resultatene at pasienter med MS ikke er tilfreds med deres opplevelse av kommunikasjon, derfor anses artikkelen relevant for denne litteraturstudien. • Studien følger ikke alle inklusjonskriterier da den inneholder 4 forskjellige kroniske lidelser og ikke bare MS. • En liten andel pasienter med MS deltar i studien. • Det har blitt brukt fokusgruppe som en metode som kan resultere i at deltakere påvirker hverandres svar. • Studien har blitt støttet i form av stipend som kan påvirke validiteten av resultatet.
Etiske overveielser	Studien overholder etiske retningslinjer

4.2 Resultatanalyse

Det å analysere en tekst handler om å prøve å forstå den, og granske innholdet for å finne ut hva hovedbudskapet er (Thidemann, 2017). Tolkning og analyse går om hverandre når man leser teksten, og ved å lese kritisk og reflektert gransker man innholdet for å forstå. Det er også viktig å lese teksten flere ganger for å utarbeide seg en helhetlig forståelse og finne de nødvendige detaljene (Thidemann, 2017).

4.2.1 Å møte pasientens behov og forventninger

I en studie gjort av Egerod, Wulff og Petersen (2018) viser resultater at pasientene føler informasjonen om hvordan sykdommen påvirker deres seksualitet er utilstrekkelig. Videre viser studien at behovet for informasjon, og uttrykkelse i forhold til seksualitet er tilstede. Flere av deltakerne med MS ga uttrykk for at de ønsket informasjon tidlig i sykdomsforløpet, slik at de var forberedt på ulike utfordringer de kan møte på. I studien viser det at flere av pasientene forventer at helsepersonell har nok kompetanse om seksualitet, og prioriterer samtaler rundt deres seksuelle helse og utfordringer, og setter av nok tid til dette. Det kom også fram i studien at pasienter mener det er helsepersonell sin oppgave å ta opp seksualitet i samtaler, da seksualitet og seksuell helse inngår i grunnleggende behov (Egerod, Wulff og Petersen, 2018). Det kommer fram i en studie gjort av Tudor, *et al.* (2018) at pasienter ofte ikke tror at problemer de opplever innenfor seksuell helse er MS-relatert og derfor blir det ikke tatt opp fra pasienten sin side. Samtidig viser studien at det ikke blir tatt initiativ til samtale om seksualitet fra helsepersonell sin side (Tudor, *et al.* 2018).

4.2.2 Helsepersonells holdninger til seksuell helse

Saunamäki, Andersson og Engström (2009) kom fram til, i sin studie at de fleste sykepleiere hadde kunnskap om hvordan sykdommer og behandlinger påvirket pasientens seksualitet. Studien viste at sykepleiere med flere års arbeidserfaring og/eller videreutdanning hadde mer selvtillit og følte seg mer komfortabel i samtale om seksualitet med pasienten. Det kom fram i studien at selv om de fleste sykepleiere trodde at det var deres oppgave å diskutere seksualitet med pasienten, så ble det ikke satt av nok tid til å gjennomføre det. I tillegg følte en større andel sykepleiere at de ikke hadde nok selvtillit til å adressere spørsmål rundt seksualitet knyttet opp mot sykdommen til pasienten (Saunamäki, Andersson og Engström, 2009).

Mangel på tid og kompetanse hos helsepersonell belyses i studien gjort av Tudor, *et al.* (2018). I følge studien føler helsepersonell at de har for lite kompetanse til å diskutere pasientens seksuelle helse, og dermed blir temaet nedprioritert. Det blir også påvirket av for lite tid. Helsepersonell i studien opplevde ofte at det var andre familiemedlemmer til stede i undersøkelsesrommet, som gjør at samtaler rundt seksualitet blir utfordrende (Tudor *et al.* 2018).

4.2.3 Seksuelle utfordringer relatert til MS

Akkus og Duru (2011) viser i sin studie at flere av pasientene med MS har seksuelle problemer som følge av sykdommen. Studien viser også at jo lenger pasientene er i sykdomsforløpet, desto flere seksuelle utfordringer. Videre kommer det frem at pasientene synes det er vanskelig og utfordrende å snakke om seksuell helse med helsepersonell og deres partner (Akkus og Duru, 2011). De mest fremtredende seksuelle dysfunksjoner blant deltakerne som deltok i studien er mangel på sexlyst, nedsatt intensitet på orgasme eller mangel på orgasme og endret følsomhet i genitalier. Studien viser at en andel av deltakerne påstår at medikamenter brukt til behandling mot MS påvirker deres seksuelle helse (Akkus og Duru, 2011). Ifølge Akkus og Duru (2011) kan dette ses i sammenheng med at disse medikamenter kan gi bivirkninger i form av fatigue, depresjon og forkjølelssymptomer.

4.2.4 Kommunikasjon

I en studie gjort av Thorne, *et al.* (2004) kom det fram at pasienter med kroniske lidelser, derunder pasienter MS, opplever at god kommunikasjon er nødvendig for å kunne utføre god egenomsorg samt vedlikehold av god livskvalitet. Studien belyser at pasienter opplever at helsepersonell har for mye fokus på de negative utfall av sykdommen. En konsekvens av dette, i følge pasientene, er nedprioritering av forebygging og ivaretagelse av egenomsorg og livskvalitet (Thorne, *et al.* 2004). Alle pasienter som deltok i studien, følte at det ble dannet relasjoner mellom helsepersonell gjennom kontinuerlig oppfølging og støtte. Relasjoner er nødvendig for å formidle informasjon og utføre assistanse. Videre viser studien til at pasienter opplevde helsepersonell som hadde medfølelse, var fleksibel og hadde evne til å inkludere livskvalitet i den kliniske behandlingen som mest hjelpsom og støttende (Thorne, *et al.* 2004). I en studie gjort av Saunamäki, Andersson og Engström (2009) belyses økt behov for ytterligere undervisning i kommunikasjon og seksualitet som allerede kan gis i grunnutdanningen.

5.0 Drøfting

5.1 Å møte seksuelle utfordringer ved MS

Pasienter med diagnosen MS kan i forskjellig grad oppleve seksuelle utfordringer, deriblant kan sykdommen påvirke sexlysten, fuktighet i skjeden og gi ereksjonsproblemer (Multippel Sklerose Forbundet, u.å). I studien gjort av Akkus og Duru (2011) opplevde flere av deltakerne seksuelle problemer som følge av sykdommen. Likevel kommer ikke dette alltid fram i møte med helsevesenet, da både pasienter og helsepersonell opplever seksualitet som et utfordrende tema og snakke om (Akkus og Duru, 2011). Almås og Benestad (2017) forstår seksuelle problemer og utfordringer, som at noe kommer i veien for menneskets behov. Watson (1985) underbygger dette med å beskrive at god kvalitet av sykepleieutøvelsen innebærer å inkludere pasientens seksuelle helse, og deres behov bør kartlegges og evalueres. Det kan tenkes at dette også tilrettelegger for et godt seksualvennlig miljø. Videre kan pasienter med MS oppleve det som utfordrende å tilpasse seg sin nye hverdag med diagnosen. Det kan ses i sammenheng med for lite kunnskap om endringer i kroppen som sykdommen medbringer. Dessuten kan flere av pasientene føle ubehag og lite komfort ved å snakke om deres seksuelle problemer (Multippel Sklerose Forbundet, u.å).

Pasientene i studien gjort av Akkus og Duru (2011) føler ofte at de sykdomsdempende medisinene påvirker seksualiteten. Dette kan tenkes har sammenheng med for lite kunnskap om sykdommens påvirkning og eventuelle bivirkninger av medisinene (Akkus og Duru, 2011). I følge Almås og Benestads (2017) systemteori anses bivirkning fra medisiner som støy, og dermed en utfordring vedrørende seksualitet. Selv om en rekke medisiner kan gi endret seksualdrift og evne, er det imidlertid ikke påvist sammenheng mellom dette og nyeste bremsende medisinene som blir gitt til pasienter med MS (Multippel Sklerose Forbundet, u.å). Det kan tenkes at det er vanskelig å skille mellom medikamentutløste bivirkninger og symptomer fra sykdommen. Dette på bakgrunn av at symptomer og bivirkninger kan være like. Som for eksempel er fatigue og depresjon et symptom og en bivirkning som kan påvirke den seksuelle helsen direkte og indirekte (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

I følge helse- og omsorgsdepartementet (2016) og strategiplanen “snakk om det” er det flere faktorer som kan påvirke den seksuelle helsen. Herunder endringer i kroppens funksjon og utseende, samt kroppsbildet. I sammenheng med dette viser studien gjort av Egerod, Wulff og

Petersen (2018) at pasienter med MS som opplever tap av maskulinitet og utfordringer vedrørende seksualitet ofte har behov for profesjonell hjelp fra helsevesenet. I henhold til lov om pasient- og brukerrettigheter (1999) §2-1b er helse- og omsorgstjenesten pliktet til å yte helsehjelp til personer som trenger eller søker hjelp. Loven påpeker også at opplysninger i forhold til behandling skal gis for at pasienten skal kunne ivareta sin rett (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Pasientens ønsker og verdier vil i den forbindelse bli vurdert, og dermed blir deres autonomi tatt hensyn til (Brinchmann, 2016).

5.2 Forventninger og behov

I følge studien gjort av Egerod, Wulff og Petersen (2018) ønsker pasientene med MS å motta mer informasjon om hvordan seksualiteten blir påvirket, og mener dette kunna ha hjulpet til å mestre eventuelle utfordringer bedre. Deltakerne ønsket informasjon om hvordan sykdommen kunne påvirke deres seksualitet, da seksualitet ble sett på som like viktig som å kunne dra på jobb. Videre viser studien at deltakerne ønsket at deres seksualitet blir anerkjent som en viktig del av livet og livskvaliteten (Egerod, Wulff og Petersen (2018)). Jean Watson understøtter dette med å påpeke at sykepleie av god kvalitet skal i like stor grad vektlegge alle grunnleggende behov likt, dette innebærer også seksualitet. Hun tilstreber å forstå at hvis seksualitet blir påvirket, påvirkes dette også de andre grunnleggende behov direkte eller indirekte (Watson, 1985). Til tross for dette viser studien gjort av Tudor, *et al.* (2018) at ofte blir problemer relatert til seksualitet nedprioritert, og andre utfordringer blir prioritert først.

Egerod, Wulff og Petersen (2018) poengterer i sin studie at økt kunnskap om seksualitet og MS kan gi større håp om å mestre hverdagen og opprettholde livskvalitet. Ifølge Jean Watson (1985) er en av de ti primære karakteristiske faktorer til å forstå sykepleie som vitenskapen om omsorg, det å etablere håp hos pasienter. Watson vektlegger at sykepleiere og andre helsepersonell ikke kan glemme den viktige rollen av håp i en kurativ prosess (Watson, 1985). Dette samsvarer med strategiplanen “snakk om det”, der et mål er at helsepersonell skal i større grad vektlegge og respektere befolkningens seksuelle behov (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Studien gjort av Egerod, Wulff og Petersen (2018) viser imidlertid at seksualitet til pasienter med MS blir ignorert. I følge deltakerne i studien kan dette skyldes at helsevesenet verken ser seksualitet som et grunnleggende behov eller en måte

å kunne uttrykke helse på. Konsekvenser av ignoranse av seksuell helse er følelse av isolasjon, skyld og frustrasjon hos pasienter med MS (Egerod, Wulff og Petersen, 2018)

I litteraturer presenterer Almås og Benestad (2017) en modell, den trojanske hesten, som de har utarbeidet for å beskrive menneskelige behov som kan dekkes gjennom seksualitet. Ved denne modellen ønsker de å gi et bilde av hvordan en betrakter seksualitet i dag, og at det er et behov som er vanskelig og mindre vanlig å snakke om direkte (Almås og Benestad, 2017). I den sammenheng viser Thorne, *et al.* (2004) i sin studie at flere av deltakerne har et behov for kommunikasjon, da det kan bedre deres egenomsorg og livskvalitet. Likevel poengterer Dorothea Orem at pasienter med en kronisk sykdom ofte ikke har lært å tilpasse seg hvordan man kan utføre egenomsorgshandlinger (Cavanagh, 2010). Videre presenterer Orem at sykepleierens ansvarsområde innenfor motivering til egenomsorg, bør inneholde realistiske refleksjoner om realistiske mål og bidragelse av nødvendig informasjon (Renpenning og Taylor, 2003). Ifølge en studie gjort av Engelen, *et al.* (2019) føler pasienter med en kronisk sykdom seg mest komfortabel med sykepleier vedrørende kommunikasjon om seksuelle helse. Dessuten mener flere av deltakerne i studien gjort av Egerod, Wulff og Petersen (2018) at det er helsepersonells ansvar å ta opp temaet seksualitet. Videre mener deltakerne at helsepersonellet bør kunne henvise til en annen ansatt hvis de ikke føler seg komfortabel eller kompetent nok til å diskutere seksualitet (Egerod, Wulff og Petersen, 2018).

5.3 Betydning av en god samtale

Seksualitet er fortsatt et tabubelagt tema, og for mange kan det være stor utfordring å snakke om deres seksuelle helse (Almås og Benestad, 2017). Dette samsvarer med en studie gjort av Engelen, *et al.* (2019) der de poengterer at både pasient, foreldre og helsepersonell opplever seksualitet som et tabu tema. Det kan tenkes at dette påvirker hvorvidt det er akseptert å snakke om seksualitet, og tilretteleggelsen av et godt seksualvennlig miljø. Likevel rapporterer helsepersonell i studien gjort av Tudor, *et al.* (2018) at den største grunnen til at de ikke diskuterer seksualitet med pasienten er fordi det ofte er pårørende eller andre helsepersonell til stede i undersøkelsesrommet. Flere av sykepleierne i studien gjort av Saunamäki, Andersson og Engström (2009) mener de selv har ansvar for å ta initiativ til samtale om seksualitet. Derimot føler flere seg ukomfortable i møte med pasient og temaet seksualitet, og flere påpeker at dette skyldes for lite kunnskap (Saunamäki, Andersson og

Engström, 2009). Ifølge Almås og Benestad (2017) er seksuelle problemer mer utfordrende for helsepersonell enn mange andre problemer en pasient kan oppleve. For å kunne ivareta den profesjonelle rollen helsepersonell har er det nødvendig å kunne skille mellom jobb og privatliv samt seg selv og pasienten (Almås og Benestad, 2017). Videre påpeker litteraturen at sykepleiere må unngå den terapeutiske rollen, da seksualitet skal vektlegges på lik linje som de resterende grunnleggende behov. Likevel er det nødvendig at sykepleiere har evnen til skille seksualitet fra andre grunnleggende behov da seksualitet er et mer privat og sensitiv tema for pasienten. Samtidig er det også viktig at sykepleierne tilstreber seksualitet som et aspekt på helserelatert livskvalitet (Helland, 2015).

I den forbindelse belyser Tudor, *et al.* (2018) at flere av de deltagende helsepersonell ikke har nok tid til å prioritere den seksuelle helse til pasienten. Videre presenterer de selv at seksualitet blir nedprioritert til fordel for andre gjøremål (Tudor, *et al.* 2018). Derimot poengterer Almås og Benestad (2017) at en viktig faktor er å kunne ta seg tid til å vise interesse og kartlegge hvordan pasienten egentlig har det. Dette samsvarer med Thorne, *et al.* (2004), som belyser at gjennomgående støtte kan være med å skape trygge relasjoner mellom pasient og helsepersonell. For øvrig viser Higgins, Barker og Begley (2006) til at sykepleiere har uttrykt et behov for mer tid til å danne en relasjon med sine pasienter og skape et tillitsfullt miljø før de tar opp problemer relatert til pasientens seksualitet. Tid er derimot ikke en luksus som sykepleiere har i dagens helsevesenet (Higgins, Barker og Begley, 2006).

Sykepleier i studien til Saunamäki, Andersson og Engström (2009) forsto hvordan sykdom kan påvirke ens seksualitet. Tudor, *et al.* (2018) viser derimot i sin studie at flere av deltakerne følte mangel på kunnskap og selvtillit, som ble et hinder i forhold til samtale om seksualitet. Selv om helsepersonell føler kunnskapsmangel innenfor temaet seksualitet, har de ofte erfaring med å måtte ta ansvar og raske avgjørelser i forskjellige situasjoner. Helsepersonell kan derfor ha en fordel ved at de er vant med å kaste seg ut i usikre problemstillinger (Almås og Benestad, 2017). Dette samsvarer med funn i Saunamäki, Andersson og Engström (2009) som viser til sykepleiere med flere års erfaring og eventuelle videreutdanninger, føler seg mer komfortabel i møte med seksuelle utfordringer.

I den sammenheng viser Helse- og omsorgsdepartementet (2016) til at det er grunnleggende å ha tilgang til kunnskap og undervisning om seksualitet og seksuell helse. Først og fremst for å kunne gi pasienter følelse av mestring og kontroll over sin seksualitet (Helse- og

omsorgsdepartementet, 2016). Ved å vedlikeholde kunnskapsutviklingen fortsetter man å fremme den seksuelle helsen til sine pasienter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). I den forbindelse poengterer Saunamäki, Andersson og Engström (2009) i sin studie at tilgang til kunnskap og undervisning allerede burde bli gitt i grunnutdanningen til sykepleiere. Når kommunikasjon om seksualitet blir en naturlig del av sykepleierens funksjon- og ansvarsområde, styrker det den holistiske omsorgen (Saunamäki, Andersson og Engström 2009).

I praksis oppleves det imidlertid lite fokus på seksuell helse, og mer fokus på de andre grunnleggende behov, deriblant ernæring, eliminasjon og søvn. Dette kan resultere i utfordringer ved å praktisere den holistiske omsorgen, som ifølge Watson (1985) er en viktig del av sykepleieutøvelsen. Likevel kan det tenkes at det blir mer naturlig å implementere seksuell i helse i sykepleieomsorgen, hvis undervisning om seksualitet blir inkludert i sykepleierens grunnutdanning. Helse- og omsorgsdepartementets strategiplan “Snakk om det” arbeider for å øke kunnskapen hos sykepleiere om seksuell helse gjennom grunnutdanningen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Strategiplanene har også som mål om å gi økt kunnskap til nåværende praktiserende sykepleiere, gjennom blant annet egne etter- og videreutdanningstilbud, samt relevante fagmøter og seminarer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

En sykepleiers ansvarsområde inkluderer veiledning og undervisning i følge Dorothea Orems tre sykepleiesystem (Cavanagh, 2010). Som sykepleier er det viktig å kjenne sin ansvarsrolle i samtale om seksuell helse med pasient (Dammen, Moksnes og Grønning, 2020). Dette understøttes av helsepersonelloven (1999) §10 som påpeker at helsepersonell som yter helsehjelp skal gi nødvendig informasjon til de som trenger det. Helsetjenester som tilbys til pasienter har et ansvar for å sørge for at personellet er oppdatert med nødvendig kunnskap og kompetanse til å ivareta pasientens helseproblemer, dette inkluderer også seksuelle problemer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

5.4 Et seksualvennlig miljø

Det er delte meninger i flere av primærstudiene hvorvidt hvem som er ansvarlig til å initiere til samtale om temaet seksualitet. I følge deltakerne i studien til Tudor, *et al.* (2018) var en av de største barrierer at de ikke ble spurt om de opplevde problemer med sin seksualitet. Det kan tenkes at det på bakgrunn av at sykepleiere tenker det er noen andre som tar ansvar å initierer til samtale om seksuell helse (Herson, *et al.* 1999). På den andre siden viser Saunamäki, Andersson og Engström (2009) i sin studie at en stor del av sykepleierne tror seksualitet kun kan diskuteres om pasienten selv tar opp temaet. I tillegg trodde denne andelen sykepleiere at de fleste pasienter var for syke til å være interessert i å snakke om seksualitet. Videre kom det fram i studien at flere sykepleiere ikke trodde på at det å snakke om seksualitet hadde betydning for pasientens sykdomsforløpet (Saunamäki, Andersson og Engström 2009). Likevel poengterer deltakerne i studien gjort av Egerod, Wulff og Petersen (2018) at de ønsker at seksualitet blir tatt opp i samtale uten at pasienten trenger å spørre om det.

I den forbindelse poengterer Watson (1985) identifisere og adressere alle menneskers grunnleggende behov, dette inkludere også seksualitet. Watson mener videre at alle grunnleggende behov henger sammen, og ved å se helheten dannes grunnlaget for en holistisk tilnærming (Watson, 1985). Dessuten er det i følge helse- og omsorgsdepartementet (2016) sin strategiplan "snakk om det" nødvendig å inkludere seksuell helse i sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid som tilbys av ulike helsetjenester. I den sammenheng oppleves det i praksis at sykepleier kan i større grad integrere seksualitet i sin arbeidshverdag, eksempelvis ved å inkludere seksualitet i behandlingsplaner. Ved å gjennomføre dette vil sykepleiere forholde seg til yrkesetiske retningslinjer i henhold til en sykepleiers ansvarsområde til å fremme helse og forebygge sykdom, samt ivaretagelse av behovet for en helhetlig omsorg (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

Helsepersonell i studien til Tudor, *et al.* (2018) belyser redsel for å gjøre pasienten mer ukomfortabel, og påvirke deres usikkerhet vedrørende seksualitet, i negativ retning. Likeså presenterer pasientene i studien at de føler seg usikre og ukomfortable angående det å diskutere deres seksuelle helse (Tudor, *et al.* 2018). Dette samsvare med Herson, *et al.* (1999) som viser til noen tilfeller der samtale om seksuell helse ikke er mulig på grunn av pasientens manglende interesse. Det kan tenkes at det er grunnet pasientens uttrykkelse av usikkerhet vedrørende temaet seksualitet (Herson, *et al.* 1999). Samtidig viser helsepersonell usikkerhet

og redsel for å overstige den private grensen hos pasienten, som gjorde det vanskelig å snakke om seksualitet med pasienten (Dammen, Moksnes og Grønning, 2020).

Derimot beskrives Orem's to av fem kategorier i sykepleiehandlinger som det å støtte fysisk eller psykisk, og det å skape et terapeutisk miljø (Cavanagh, 2010). Psykisk støtte omtales av Orem som i å være stand til å forstå og lytte til pasienten for å så kunne foreslå ulike muligheter for å hjelpe. Videre er det sykepleierens oppgave å skape et terapeutisk miljø der alle pasientens behov kan bli dekket, samt forebygging av nye begrensninger (Cavanagh, 2010). I henhold til dette poengterer Almås og Benestad (2017) at helsepersonell er egnet til å bruke sin menneskelighet, taushetsplikt og profesjonalitet dersom pasienten ønsker å snakke om sin seksualitet. Dette kan anses som en tillitserklæring fra pasienten og det er viktig at helsepersonell har mot til å ta den imot (Almås og Benestad, 2017).

Nedprioritering av seksualitet kan forekomme både fra helsepersonell og pasienten sin side. Studien gjort av Tudor, *et al.* (2018) viser at nedprioritering av seksualitet fra helsepersonell sin side henger sammen med for lite tid og kapasitet til samtale i møte med pasienten. Samtidig nedprioriterer pasienter å snakke om seksuelle problemer på grunn av manglende kunnskap om sammenhengen mellom seksuell helse og sykdom (Tudor, *et al.*, 2018).

5.5 Kommunikasjonsmetodikk

Når en sykepleier initierer til en samtale om seksualitet med sin pasient, er det nødvendig med gjensidig tillit. Samtidig bygger samtalen seg på respekt for den andres livssituasjon, grenser og følelser (Helland, 2015). Ved at sykepleieren setter i gang en samtale om temaet, er det pasienten selv som kan velge å fortsette samtalen eller å ta i mot informasjon. Det kan være grenseoverskridende og ikke etisk forsvarlig å snakke om seksualitet eller gi informasjon mot pasientens vilje (Helland, 2015). Det kan tenkes at informasjon om mulige seksuelle utfordringer bør komme tidlig i sykdomsforløpet, da dette spekulativt kan være med å forebygge eventuelle bekymringer og problemer. I den sammenheng viser samtlige av deltakerne i studien gjort av Egerod, Wulff og Petersen (2018) til at informasjon om hvordan sykdommen påvirker deres seksualitet burde bli gitt i starten av sykdomsforløpet. Ved tidlig gitt informasjon kan pasienter med MS forberede seg på hva som er i vente og sette i gang eventuelle forebyggende tiltak. Samtidig viser deltakerne til at tidlig gitt informasjon kan

bidra til en bedret livskvalitet i lengden (Egerod, Wulff og Petersen, 2018).

En sykepleier i møte med pasientens seksuelle utfordringer bør tenke på tilnærming og formulering. Dette kan eksempelvis være å unngå å sette problemer vedrørende seksualitet i spørsmålsstilling (Helland, 2015). Videre kan man identifisere pasientens behov for veiledning, samtale og informasjon, med å opparbeide nok kunnskap og ta utgangspunkt i mulig påvirkning av sykdom på seksualitet og seksuell helse (Helland, 2015). Ut i fra egne opplevelser i praksis ser vi valg av ord og holdninger påvirker i stor grad pasientens evne til å åpne seg om eventuelle intime utfordringer. Dette samsvarer med Thorne, *et al.* (2004) der deltakerne angir mangel på respekt og lydhørhet fra helsepersonell kan resultere i ignoranse av nødvendig veiledning og hjelp ved senere anledninger. I den sammenheng poengterer Helland (2015) hvis pasienten føler seg trygg nok til å ta initiativ til samtale om seksuelle problemer, bør vedkommende bli hørt og møtt med respekt. Blir man derimot avbrutt, ikke tatt på alvor eller avvist, kan en konsekvens være at pasienten unngår å ta opp temaet neste gang (Helland, 2015).

Nesten alle mennesker er seksuelle og derfor kan språk anses som en mulighet å identifisere seg med. Siden seksualitet endres stadig, er det viktig at språket vi bruker i kommunikasjon om seksualitet har mulighet til å endre seg (Almås og Benestad, 2017). Tilpasningsevne og forståelse er en viktig egenskap helsepersonell har. Dette innebærer at helsepersonell kan forstå og respektere muligheten til at pasienten forstår noe mer, noe mindre eller noe annet (Almås og Benestad, 2017). Likevel opplever deltakerne i studien gjort Thorne, *et al.* (2004) at helsepersonell kommuniserer med lite lidenskap og pessimistiske kliniske begreper. Deltakerne påpeker at dette tar bort håpet deres og svikter relasjonen de har med helsevesenet (Thorne, *et al.*, 2004). I den forbindelse poengterer litteraturen at sykepleierne må bruke ord og uttrykk som brukes i det daglige, slik at de gjør seg forstått og at samtalen ikke oppleves krenkende (Helland, 2015).

Flere av deltakerne i studien til Saunamäki, Andersson og Engström (2009) føler de har for lite kompetanse og kunnskap til å initiere til samtale om seksuell helse. I den forbindelse kan PLISSIT-modellen være et godt hjelpemiddel for helsepersonell i møte med pasient og deres seksualitet (se vedlegg 1). Modellens to nederste trinn kan være relevante for helsepersonell med minst 3-årig relevant utdanning (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Videre kan

modellen bidra til at pasienten får en bedre tilhørighet i forhold til sin seksualitet, der de kan oppleve tillates til å være seksuelle etter eget ønske (Almås og Benestad, 2017). Ved å implementere modellen til å støtte helsepersonell i samtale om seksualitet kan det både være effektiv og øke bevisstheten rundt viktigheten om å snakke om dette temaet (Engelen, *et al.* 2019). Selv om PLISSIT-modellen er mye omtalt i pensumlitteraturen til sykepleierstudiet, oppleves det i praksis at verktøyet som hjelpemiddel benyttes i svært liten grad. Saunamäki, Andersson og Engström (2009) poengterer i sin konklusjon at mer oppmerksomhet rettet mot kommunikasjon og seksualitet i utdanningen kan være nødvendig for å bedre sykepleiernes evne til å ta initiativ til samtale om seksuell helse.

Imidlertid viser det seg at første nivå i PLISSIT-modellen, som er tillatelse, kan bli oversett av helsepersonell (Taylor og Davis, 2007). Eksempelvis kan skriftlig informasjon, i form av informasjonsbrosjyrer være en faktor som påvirker utførelsen av det første nivået i modellen. I den forbindelse kan det virke som ansvaret til å ta opp temaet seksualitet blir lagt på pasienten. Helsepersonell kan anta at det ikke foreligger noen seksuelle problemer hvis ikke pasienten tar det opp, samtidig kan pasienten føle at de ikke har tillatelse til å ta det opp (Taylor og Davis, 2007). Videre viser litteraturen at PLISSIT-modellen kan være et hinder vedrørende refleksjon og tilrettelegging mellom helsepersonell og pasient. Grunnen til denne utfordringen kan være fordi modellen baserer seg på en ensidig tilnærming, da dette i utgangspunkt er et kommunikasjonsverktøy for helsepersonell i samtale om seksualitet (Helland, 2015).

5.6 Muligheter for fag- og tjenesteutvikling

I sykepleiernes grunnutdanning bør seksualitet som tema vektlegges ytterligere. Videre bør det belyses at det å kartlegge pasienters seksuelle helse, og å skape et seksualvennlig miljø ovenfor pasienten inngår i sykepleierens ansvarsområde. Resultatene i litteraturstudien belyser utfordringer vedrørende kommunikasjon og seksualitet i samhandling mellom helsepersonell og pasient. I henhold til dette kan en ressurs være å opprette klare retningslinjer og oppfordre til bruk av hjelpemidler i større grad. I grunnutdanningen læres det at en del av yrket innebærer å opparbeide seg kunnskap, og tilegne seg ny informasjon. I den sammenheng kan arbeidsplassen eksempelvis tilrettelegge for kunnskapsbasert praksis i form av e-læringskurs og refleksjon. Ytterligere forskning vedrørende tema kan være nødvendig for å

blant annet finne barrierer og forbedringsmuligheter. Dette kan være med å skape tryggere rammer for sykepleiere vedrørende kommunikasjon og seksualitet.

6.0 Konklusjon

Denne litteraturstudien konkluderer med at behovet for informasjon og veiledning om seksuell helse hos pasienter med MS er stort. Dette fordi pasientene opplever manglende informasjon på hvordan sykdommen påvirker seksualiteten. Kommunikasjon som inneholder tilstrekkelig informasjon og god veiledning kan bidra til å fremme håp, samt ivaretagelse av egenomsorg. Sykepleieres ansvarsområde vil dermed være å bruke den undervisende og veiledende kompetansen, samt kommunikasjon med pasienten. En sykepleier bør ha kunnskap om hvordan sykdommen påvirker pasientens seksualitet, samt betydning av en god samtale. I tillegg til hva et seksualvennlig miljø er, og kommunikasjonsmetodikk som kan tas i bruk. Videre påpeker litteraturstudiens funn at egne holdninger og barrierer må beherskes gjennom selvrefleksjon, for at sykepleiere skal kunne bruke deres kompetanse. Dersom sykepleiere skal oppnå forbedring vedrørende seksualitet og kommunikasjon, anses det som nødvendig å implementere tematikken i grunnutdanningen. På denne måten kan sykepleiere bidra til å fremme et seksualvennlig miljø i dialog med pasienten.

PLISSIT-modellen viser og være et godt hjelpemiddel for sykepleiere til å initiere til samtale om seksuell helse. Modellen veileder sykepleiere i kommunikasjon om seksualitet, og dermed gir pasienten mulighet til å uttrykke sine seksuelle utfordringer. For at pasientene ikke skal føle lite lidenskap og respekt i samtale med sykepleier, vil valg av ord og uttrykk være avgjørende i dialog om seksuelle utfordringer. Videre må sykepleiere kunne henvise til annet relevant helsepersonell dersom de føler deres kompetanse ikke er tilstrekkelig. Dette kan være med å fremme pasientens seksuelle helse, og skape trygge omgivelser i forhold til kommunikasjon vedrørende seksuelle utfordringer.

Litteraturliste:

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

DOI:[10.4220/Sykepleiens.2021.83165](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2021.83165)

Akkus, Y. og Duru, G. (2011) Problems and Factors Affecting the Sexual Lives of Patients with Multiple Sclerosis Living in Turkey, *Sexuality and Disability*, 29(1), s.55-63. doi:

10.1007/s11195-010-9191-3

Almås, E. og Benestad, E.E.P. (2017) *Sexologi i praksis*. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Aveyard, H., (2019) Doing a literature review in health and social care : a practical guide. 4 utg. London: Open University Press/ McGraw- Hill Education.

Barstad, B. (2013) Et seksualvennlig miljø? En god seksualpolitikk? Hentet 19.04.21 fra

<https://www.stiftelsenor.no/images/tidsskriftarkiv/2013/6/Bernt%20Barstad%20-%20Et%20seksualvennlig%20miljø.pdf>

Bertelsen, A. K. (2011) Sykdommer i nervesystemet, i Ørn, S., Mjell, J. & Bach-Gansmo, E. (red.) *Sykdom og behandling*, 1.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, s.313-335.

Brinchmann, B. S. (2016) De fire prinsippers etikk, i Brinchmann, B. S. (red.) *Etikk i sykepleien*. 4.utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s.81-96

Cavanagh, S.J. (2010) *Orems model i praksis*, 2.utg. København, Munksgaard Danmark.

Dalland, O. (2012) Metode og oppgaveskriving. 5. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Dammen, S., Moksnes, T. og Grønning, K. (2020) Sykepleiere kvier seg for å snakke om seksuell helse, *Sykepleien forskning*, DOI: [10.4220/Sykepleiens.2020.82952](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.82952)

Egerod, I., Wulff, K. og Petersen, M.C. (2018) Experiences and informational needs on sexual health in people with epilepsy and multiple sclerosis: A focus group investigation, *Journal of clinical nursing*, 27 (13-14), s.2868-2876. doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.14378>

Engelen, M.M. *et al.* (2019) Sexual health communication between healthcare professionals and adolescents with chronic conditions in Western Countries: An integrative review, *Sexuality and disability*, 38(2), s.191-216. doi: 10.1007/s11195-019-09597-0

Gagliardi, B.A. (2003) The experience of sexuality for individuals living with multiple sclerosis, *Journal of Clinical Nursing*, 12(4), s. 571-578. doi: 10.1046/j.1365-2702.2003.00739.x

Helland, Y. (2015) Seksualitet, i Grov, E.K. og Holter, I.M. *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utgave. Oslo: Cappelen Damm AS, s.861-882.

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: 23. mars 2021).

Helsepersonelloven (1999) Lov om helsepersonell. Tilgjengelig fra:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell>. (Hentet: 29.04.2021)

Herson, L. *et al.* (1999) Identifying and Overcoming Barriers to Providing Sexuality Information in the Clinical Setting, *Rehabilitation Nursing*, 24(4), s.158-151. doi: 10.1002/j.2048-7940.1999.tb02162.x

Heyn, L. (2015) Kommunikasjon - menneskets grunnleggende behov for å forstå og bli forstått, i Grov, E.K. og Holter, I.M. *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utgave. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 363-395.

Higgins, A., Barker, P. og Begley, CM. (2006) Sexuality: The challenge to espoused holistic care, *International Journal of Nursing Practice*, 12(6), s. 345-351. doi: 10.1111/j.1440-172X.2006.00593.x

Multipel Sklerose Forbundet (u.å) *Samliv og seksualitet*. Tilgjengelig fra:
<https://www.ms.no/leve-med-ms/samliv-og-seksualitet> (hentet 22.03.21)

Norsk Sykepleierforbund (2019) Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer> (Hentet: 29.04.2021)

NSD (2020) *Publiseringskanaler*. Tilgjengelig fra: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside> (Hentet: 24.03.21).

Pasient og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (Hentet: 26.04.21)

Renpenning, K.M. og Taylor, S.G. (2003) *Self-care theory in nursing selected papers of Dorothea Orem*. New York: Springer publishing company.

Saunamäki, N. Andersson, M. og Engström, M. Discussing sexuality with patients: nurses' attitudes and beliefs, *Journal of advanced nursing*, 66(6), s.1308-1316. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05260.x>

Slettebø, Å. (2016) *Forskningsetikk i Brinchmann, B. (red.) Etikk i sykepleien*. 4 utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. s. 241 - 257

Taylor, B. & Davis, S. (2007) The Extended PLISSIT Model for Addressing the Sexual Wellbeing of Individuals with an Acquired Disability or Chronic Illness, *Sexuality and disability*, 25(3), s.135–139

Thidemann, I.J. (2017) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget

Thorne, S.E. *et al.* (2004) The context of health care communication in chronic illness, *Patient Education and Counseling*, 54(3), s.299-306. doi: 10.1016/j.pec.2003.11.009

Tudor, K.I. *et al.* (2018) Identifying barriers to help-seeking for sexual dysfunction in multiple sclerosis, *Journal of Neurology*, 265(12), s.2789-2802. doi: 10.1007/s00415-018-9064-8

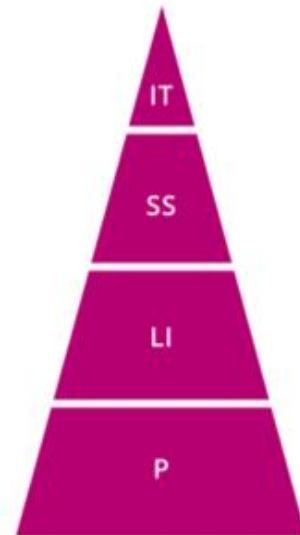
Watson, J. (1999) *Nursing: Human Science and Human Care, A Theory of Nursing*, Sudbury Mass: Jones and Bartlett Publishers.

Watson, J. (1985) *Nursing: The philosophy and science of caring*, Boulder, Colo: University Press of Colorado

Vedlegg 1

PLISSIT er en modell for sexologisk rådgivning som illustrerer behov for og tilnærming til pasienten i fire rangerte nivåer. Modellen er utviklet av den amerikanske psykologen Jack S. Annon og fornorsket av sexologene Elsa Almås og Esben Esther Pirelli Benestad.

- **P** står for Permission – og danner basis i informasjonspyramiden, hvor pasienten gis rom for (tillatelse til) å ta opp ulike temaer og spørsmål knyttet til sin seksualitet og seksuelle helse.
- **LI** står for Limited information – hvor pasienten får begrenset, tilpasset informasjon, for eksempel om hva som er normalt, endringer i seksuell lyst, følger av svangerskap og medisinbruk m.m.
- **SS** står for Specific suggestions – hvor pasienten får spesifikke råd som er faglig begrunnede.
- **IT** står for Intensive therapy – hvor komplekse problemstillinger som kjønnsidentitetstematikk, følgetilstander etter overgrep m.m. behandles.



Utklipp fra helse- og omsorgsdepartementet (2016, s.26).

