



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSS9

Predefinert informasjon

Startdato:	16-05-2019 09:00	Termin:	2019 VÅR
Sluttdato:	24-05-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 BSS9 1 H 2019 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 441

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 8594

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har Ja

registrert oppgavetittelen

på norsk og engelsk i

StudentWeb og vet at

denne vil stå på

vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 18

Andre medlemmer i gruppen: Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Kartlegging av seksuell helse som en viktig del av den
helhetlige omsorgen

Kandidatnummer: 441

Bachelorutdanning i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Høgskolen på Vestlandet avdeling Bergen

Veileder: Tone Engen

Antall ord: 8594

Dato: 24. 05. 2019

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Sammendrag

Tittel: Kartlegging av seksuell helse som en viktig del av den helhetlige omsorgen

Bakgrunn: Omlag 5% av befolkningen trenger til enhver tid sexologisk veiledning. Økt fokus på seksualitet vil i mange tilfeller spare helsevesenet for behandling av sekundære symptomer som konsekvens av de uløste sexologiske utfordringene. Jeg har valgt dette tema fordi jeg opplever at det fokuseres lite på seksuelle helse i vårt utdanningsløp. Med økt kunnskap om seksualitet og seksuell helse, samt innføring av retningslinjer, vil vi på en bedre måte kunne tilrettelegge for samtale hvor pasientens seksualitet og seksuelle helse står i fokus.

Problemstilling: *Hvordan kan sykepleiere ved bruk av PLISSIT-modellen tilrettelegge for samtale og kartlegging av seksuelle helse hos kvinner med vulvodyni?*

Hensikt: Hensikten med denne litteraturstudien er å belyse viktigheten av økt fokus på kartlegging av kvinners seksuelle helse i helsevesenet.

Metode: I denne oppgaven har jeg valgt litteraturstudie som metode. Jeg har benyttet meg av tre forskjellige forskningsartikler, pensumlitteratur og annen faglitteratur, i tillegg til egne erfaringer som sykepleierstudent, for å kunne svare på min problemstilling.

Resultat: Jeg har inkludert artikler som omhandler bruk av kartleggingsverktøy i samtale med pasienter om seksuell helse. Artikkene tar for seg bruk av PLISSIT-modellen ved seksuell rådgivning, og sier noe om viktigheten av at sykepleiere har gode retningslinjer ved håndtering av slike tema.

Konklusjon: Sykepleieren spiller en viktig rolle i å hjelpe pasienter til å uttrykke sine tanker og følelser knyttet til seksualitet og seksuell helse. Selv om sykepleiere opplever det som vanskelig å starte en samtale om disse temaene er det en viktig oppgave med tanke på hvordan dette kan påvirke pasienters liv negativt dersom det ikke blir ivare tatt. Å inkludere seksualitet og seksuell helse som en del av sykepleieprosessen, samt innføring av gode retningslinjer, vil i større grad kunne sikre mulighetene til å utøve helhetlig omsorg.

Nøkkelord: vulvodyni, seksualitet, seksuell helse, sykepleie, PLISSIT

Abstract

Title: Mapping of sexuality as an important part of the holistic care.

Background: About 5% of the population needs sexological help at all times. Increased focus on sexuality will in many cases save the health care system the costs of treating secondary symptoms as a consequence of the unsolved sexological challenges. I chose this topic because of the lack of focus on mapping the patients' sexual health in our education. By increasing the knowledge about sexuality and sexual health, as well as the introduction of guidelines, it's likely to think that we in a better way will be able to facilitate conversation where the patient's sexuality and sexual health are in focus.

Core question: *How can nurses use the PLISSIT model to facilitate conversations and mapping regarding to the sexual health of women with vulvodynia?*

Aim: The purpose of this literature study is to shed light on the importance of an increased focus on women's sexual health in the health care section.

Method: In this subject I have chosen a literature study as a method. The literature study is based on three different research articles, curriculum literature and other academic literature, in addition to my own experiences as a nursing student.

Findings: I have included articles that deal with the use of different tools in conversation with patients regarding sexual health. The articles address the use of the PLISSIT-model in sexual counseling, and points out the importance of nurses having guidelines when dealing with such topics.

Conclusion: The nurse play an important role in helping patients express their feelings related to sexuality and sexual health. Although nurses may find it difficult to talk about sexuality and sexual health, it is an important task considering how this can affect the patients' quality of life. Including sexuality and sexual health as a part of the nursing process, as well as the introduction of good guidelines, will ensure greater opportunities to practise holistic care.

Keywords: vulvodynia, sexuality, sexual health, nursing, PLISSIT

Innholdsliste

1. Innledning	1
1.1 Avgrensing i problemstillingen	2
1.2 Oppgavens hensikt og sykepleiefaglig relevans	3
1.3 Videre oppbygging av oppgaven	4
1.4 Begrepsavklaringer	5
2. Metode	6
2.1 Søkeprosess etter forskningsartikler	7
2.2 Søkeprosess etter annen litteratur	8
2.3 Inklusjons og eksklusjonskriterier	8
2.4 Kildekritikk	10
3. Teori	13
3.1 Vulvodyni	13
3.2 Kommunikasjon	14
3.3 PLISSIT-modellen	15
3.4 Lovverk	16
3.5 Sykepleieteori	17
4. Resultat	18
4.1 Artikkel 1	18
4.2 Artikkel 2	19
4.3 Artikkel 3	19
5. Diskusjon	20
5.1 Vulvodyni	20
5.2 PLISSIT-modellen som tiltak i sykepleiepraksisen	21
5.3 Sykepleierens rolle og holdninger	24
6. Oppsummering	26
7. Kilder	28

8. Vedlegg

Vedlegg 1

Vedlegg 2

Vedlegg 3

Vedlegg 4

1 Innledning

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere sier at sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom, og som ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg (Norsk sykepleierforbund, 2016). Dette bygger blant annet på helsepersonelloven (1999, § 4, første ledd) som sier at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Dersom en sykepleiepraksis skal kunne sies å være helhetlig, mener jeg at den også må innebære ivaretagelse av seksualitet og seksuell helse.

Mitt fokus i denne oppgaven vil være bruk av sykepleietiltak og kartleggingsverktøy i samtale og kartlegging av seksualitet og seksuell helse. Som eksempel vil jeg fokusere på kvinner med dyspareuni, med hovedfokus på smertetilstanden vulvodyni. Dette for å få frem hvilke konsekvenser det vil kunne ha for pasienten dersom kartlegging av seksuell helse ikke blir gjennomført. Vulvodyni er den vanligste formen for dyspareuni, og indikerer en smertetilstand i underlivet uten klinisk påvisbare funn (Sex og Samfunn, 2019). Mangelen på kliniske funn kan tenkes å føre til økt usikkerhet hos kvinner fordi mange føler at tilstander ikke er reell eller at det kun sitter i hodet, og at de ikke blir tatt på alvor. Jeg ønsker å sette meg inn i hvordan det oppleves for kvinner å ha denne diagnosen, deres møte med helsevesenet og hvilke konsekvenser det kan føre med seg. Samtidig som at jeg ønsker å finne ut av hvordan sykepleieren på en bedre måte kan sørge for at disse pasientene får den helhetlige omsorgen de trenger. I kartleggingen av den seksuelle helsen vil jeg ta for

meg bruk PLISSIT-modellen som verktøy. En modell som kan brukes av sykepleiere og andre helsepersonell til å tilrettelegge og åpne opp for samtale om seksualitet og seksuell helse.

Jeg har valgt å skrive om kartlegging av seksualitet og seksuell helse fordi jeg mener at dette er en like stor del av pasientens helse som alt annet, og som det snakkes for lite om. Jeg har selv erfart gjennom praksis i forbindelse med sykepleiestudiene at det fokuseres lite på dette, et inntrykk jeg også sitter igjen med etter å ha snakket med andre medstudenter og sykepleiere. Det sies at sykepleieren er pasientens advokat. Med dette tolker jeg det som at sykepleieren skal sørge for at alle behov pasienten har skal bli hørt og sett. Vi skal sikre god tilrettelegging slik at pasientene får den helhetlige omsorgen de trenger i møte med helse- og omsorgstjenesten. Men for at dette skal la seg gjøre, trenger vi gode retningslinjer og et åpent miljø som gir mer rom for å snakke om slike tema.

Jeg har utført en litteraturstudie der jeg har brukt forskning som allerede er dokumentert og publisert i bøker og databaser, i tillegg har jeg funnet teori fra pensumlitteratur og annen faglitteratur. Jeg har også implementert egne erfaringer fra min tid som sykepleierstudent.

Dette har ledet meg frem til følgende problemstilling:

Hvordan kan sykepleiere ved bruk av PLISSIT-modellen tilrettelegge for samtale og kartlegging av seksuelle helse hos kvinner med vulvodyni?

1.1 Avgrensning i problemstillingen

Jeg har valgt å fokusere på kvinner med dyspareuni, med hovedfokus på smertetilstanden vulvodyni, og hvilke konsekvenser det kan være snakk om for de kvinnene, og deres eventuelle partnere, som opplever dette. Vulvodyni er den hyppigste formen for dyspareuni og har en utbredelse på om lag 16% hos kvinner mellom 19 og 44 år. Pasientene er vanligvis kvinner under 30 år uten barn, og

forekomsten er antatt å øke (Törnävä, Koivula, Helminen, & Suominen, 2018). På grunn av at vulvodyn timer vanligvis rammer unge kvinner uten barn har jeg også valgt å nevne de bekymringene som kan oppstå i forbindelse med mulighetene til å bli gravid, og de utfordringer som kan oppstå dersom en lever i et parforhold. Jeg vil ta for meg hvordan vulvodyn timer påvirker kvinnens tanker og følelser knyttet til seksualitet, seksuell helse, selvbilde og livskvalitet. Som sykepleietiltak for å tilrettelegge for større åpenhet og kartlegging av seksuell helse finnes det flere ulike verktøy en kan benytte seg av. Jeg har i denne oppgaven valgt å fokusere på bruk av PLISSIT-modellen. Jeg ønsker å undersøke om bruk av PLISSIT-modellen kan gjøre det lettere for sykepleiere å arbeide med kartlegging av seksuell helse hos pasienter, og om dette kan hjelpe i å åpne opp for samtale med pasienter.

1.2 Oppgavens hensikt og sykepleiefaglig relevans

Oppgavens hensikt er å besvare min problemstilling på best mulig måte. I denne oppgaven forsøker jeg å undersøke hvorfor det er viktig at vi som sykepleiere tilrettelegger for samtale, viser åpenhet og gir informasjon knyttet til seksuell helse. Jeg ønsker å få frem viktigheten av at sykepleiere har god og oppdatert kunnskap, og retningslinjer som er like for alle, slik at de kan føle seg trygge og komfortable i forbindelse med å åpne opp for samtale om seksualitet og seksuell helse. Med dette som bakgrunn ønsker jeg å vise i oppgaven på hvilken måte PLISSIT-modellen kan brukes som verktøy for å hjelpe sykepleiere i disse situasjonene.

Det er en menneskerett å kunne ivareta sin seksuelle helse (Helsedirektoratet, 2018). For at pasienten skal ha best mulig forutsetning for å kunne ivareta den i møte med helse- og omsorgstjenesten, er det viktig at sykepleiere inviterer til samtale, har kompetanse om, og bidrar til åpenhet rundt seksuell helse som tema. I dag finnes det ingen retningslinjer for hvordan seksuelle spørsmål skal ivaretas i helse- og omsorgstjenesten. Og tausheten om seksuelle temaer, og manglende standarder bidrar til å skape usikkerhet om hvordan sykepleiere skal håndtere slike temaer i sin kliniske praksis. Ansvar for å åpne opp for dialog blir i dag lagt på den enkelte sykepleier, noe som bidrar til at kartlegging av dette tema i stor grad hviler på individuelle forskjeller hos sykepleiere i hvor komfortabel en er i å ta opp slike tema

(Grov, Holter, & Toverud, 2015, s. 870-871). Dette er problematisk i arbeidet mot mer åpenhet rundt seksuelle helse, og det er derfor nødvendig med konkrete tiltak og retningslinjer som er like for alle, som sykepleiere lett kan ta i bruk i disse situasjonene. Mange sykepleiere mener at kartlegging av seksualitet, evaluering og rådgivning bør betraktes som en del av deres faglige rolle, men at de ofte kan ha problemer med å gjennomføre dette i praksis med bakgrunn i mangel på kompetanse eller ansvarsfølelse (Ayaz, 2013), noe som understreker behovet for et økt fokus.

Vulvodyni er et fenomen som kan ramme alle kvinner i alle aldre. Som sykepleier kan man møte på disse kvinnene overalt hvor man jobber. I løpet av min tid i praksis på kirurgisk og medisinsk avdeling i spesialisthelsetjenesten, på sykehjem og i psykiatrien, har jeg aldri opplevd at en sykepleier har kartlagt en pasients seksuelle helse. Sykepleieren har et ansvar i å ivareta pasientens seksuelle helse på lik linje med andre grunnleggende behov (Grov, Holter, & Toverud, 2015, s. 873).

Jeg ønsker å nevne at om lag 5% av befolkningen trenger til enhver tid hjelp fra sexologisk kompetente behandlere. Fokus på seksualitet vil i mange tilfeller spare helsevesenet for unyttig behandling av sekundære symptomer som konsekvens av de uløste sexologiske utfordringene (Almås, 2017, s. 76). Jeg mener at dette er med på å gi viktigheten av dette flere ben å stå på.

1.3 Videre oppbygging av oppgaven

Oppgaven er bygd opp etter Høgskulen på Vestlandet sine retningslinjer for bacheloroppgave. Innledningsvis presenterer jeg bakgrunnen for valg av tema, problemstilling med avgrensning, oppgavens hensikt og sykepleiefaglig relevans sett i lys av yrkesetiske retningslinjer og begrepsavklaringer. I kapittel to tar jeg for meg valg av metode, søkeprosess, begrunnelse for inklusjon og eksklusjonskriterier ved valg av artikler, og kildekritikk. I kapittel tre presenterer jeg oppgavens teori sett i lys av sykepleiefaglig relevans. Her vil jeg legge frem teori om sykepleieholdninger og handlinger, kommunikasjon, bruk av PLISSIT-modellen, sykepleieteori og lovverk. Videre presenterer jeg de forskningsartiklene jeg har valgt å bruke. Deretter drøfter

jeg problemstillingen med bakgrunn i forskning og teori. Avslutningsvis vil det være en konklusjonsdel basert på hvordan jeg har svart på problemstillingen. Deretter følger en litteraturliste og vedlegg.

1.4 Begrepsavklaringer

Den første utfordringen møtte jeg på i arbeidet med denne oppgaven, var søk etter tydelige begrepsavklaringer. Etter et raskt søk i google på vulvodynium fikk jeg flere treff på begrepene vestibulitt, vestibulodini og vulvodynium. Vulvodynium og vestibulodini er begreper som ofte brukes om hverandre, og som de fleste steder forstås å innebære det samme. En har imidlertid sluttet å bruke begrepet vestibulitt om tilstanden fordi endingen *-itt* indikerer en betennelsestilstand, noe som primært ikke er tilfellet (Almås, 2017, s. 239). Etter søk i databaser, pensumlitteratur, samt annen faglitteratur kom jeg frem til det begrepet og den begrepsavklaringen som brukes om vulvodynium i dag. Videre i oppgaven vil jeg derfor bruke begrepet vulvodynium til å omfatte både vestibulitt, vestibulodini og vulvodynium.

Vulvodynium: Kronisk ubehag, smerter eller brenning i vulva uten klinisk påvisbare funn (Sex og Samfunn, 2019).

Dyspareuni: Dyspareuni er genitale smerter som er forbundet med samleie. Smertene kan også oppstå før eller etter samleie, i alle slags kropp (Almås, 2017, s. 241).

Seksualitet: Et sentralt aspekt ved å være et menneske gjennom livet omfatter kjønn, kjønnsidentitet og rolle, seksuell orientering, erotikk, nytelse, intimitet og reproduksjon. Seksualitet er opplevd og uttrykt i tanker, fantasier, ønsker, tro, holdninger, verdier, atferd, praksis, roller og relasjoner. Seksualitet påvirkes av samspillet mellom biologiske, psykologiske, sosiale, økonomiske, politiske, kulturelle, juridiske, historiske, religiøse og åndelige faktorer (WHO, 2018, min oversettelse).

Seksuell helse: Seksuell helse er en tilstand av fysisk, emosjonell, mental og sosial velvære i forbindelse med seksualitet, og ikke bare fraværet av sykdom, dysfunksjon eller svakhet. Seksuell helse krever en positiv og respektfull tilnærming til seksualitet og seksuelle forhold, samt muligheten for å ha behagelige og sikre seksuelle opplevelser. For at seksuell helse skal oppnås og opprettholdes, må alle menneskers seksuelle rettigheter respekteres, beskyttes og oppfylles (WHO, 2018, min oversettelse).

PLISSIT-modellen: Verktøy for rangering av intervensjoner som kan benyttes ved sexologisk rådgivning. PLISSIT-modellen rangerer disse intervensjonene fra lette til mer omfattende, etter problemets art. Modellen vektlegger også hva slags kompetanse terapeuten må ha for å kunne intervensjonere i de ulike nivåene (Sex og Samfunn, 2019).

2 Metode

Metoden er redskapet vårt i møte med noe vi vil undersøke. Metoden hjelper oss til å samle inn data, det vil si den informasjonen vi trenger til undersøkelsen vår (Dalland, 2017, s. 112). I denne oppgaven blir det brukt litteraturstudie som metode.

Litteraturstudier har som mål å belyse hva som allerede er skrevet om det temaet jeg har valgt i min problemstilling (Dalland, 2012, s. 68). Ved å samle inn, lese og sammenligne forskning, pensumlitteratur og annen faglitteratur, fant jeg teori som jeg benyttet meg av til å svare på min problemstilling. Oppgaven er skrevet etter IMRaD-strukturen som er den mest brukte formen for oppbygging og struktur av en oppgave (Dalland, 2017, s. 79).

Det deles opp i kvalitativ og kvantitativ metode. I denne oppgaven har jeg anvendt to kvalitative studier, samt en kvantitativ studie. Hensikten med kvalitative studier er å fange opp meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2017, s. 112). Dette er viktig i undersøkelsen av kvinners subjektive opplevelse av vulvodyni og de komplikasjoner dette kan føre med seg. Samt måle resultatene ved bruk av kartleggingsverktøy i samtale om seksuell helse, som i mitt tilfelle er

PLISSIT-modellen. Kvantitative studier gir oss data i form av målbare enheter. Dette gir oss for eksempel mulighet til å regne ut gjennomsnitt i befolkningen, eller å se på omfanget av et problem (Dalland, 2017, s. 112). I denne oppgaven mener jeg at både kvalitativ og kvantitativ metode er godt egnet på hver sin måte til å svare på problemstillingen.

2.1 Søkeprosessen etter forskningsartikler

Jeg har brukt mye tid på søkeprosessen, da det finnes lite forskning til å svare på min problemstilling. Det var mange artikler, men få som inkluderte bruk av PLISSIT-modellen som tiltak for sykepleiere til bruk i samtale om seksuell helse med kvinner med vulvodyni. Jeg har benyttet meg av et systematisk søk for å finne relevant litteratur til å bruke i oppgaven. Når jeg søker systematisk gir det meg mulighet til å kunne redusere søket mitt ned til det jeg spesielt ønsker å undersøke (Dalland, 2017, s. 70). Litteratursøket mitt gjorde jeg i perioden oktober - desember 2018. Dette gjorde jeg ved å søke i databaser, samt samle inn og vurdere litteratur fra forskningsartikler, pensumlitteratur og annen faglitteratur. Databasene jeg valgte å søke i fant jeg på Høyskolen på Vestlandet sine hjemmesider. Databasene jeg brukte er MEDLINE, PubMed, Cinahl, Cochrane og Oria. Dette er fordi de er databaser som er godt egnet til å søke etter kunnskap innenfor sykepleie.

I et litteratursøk er det viktig å gjøre problemstillingen tydelig og presis. For å finne gode søkeord til å gjennomføre mitt systematiske litteratursøk, brukte jeg PICO-skjema som verktøy (Helsebiblioteket, 2016). Ved bruk av PICO-skjema blir spørsmålet blir vanligvis satt sammen av fire deler (ved noen tilfeller tre) alt etter hva en spør etter. De fire delene består av P (patient/population), som sier noe om hvem eller hva spørsmålet omhandler. I (intervention), som definerer hva P eksponeres for. C (comparison), som definerer en alternativ intervensjon dersom dette er aktuelt. Og O (outcome) som innebærer de viktigste utfallene (Smyth & Craig, 2012). I min problemstilling er det ikke relevant å inkludere et comparison, jeg har derfor valgt bort dette, og står da igjen med en PIO. PIO-skjema er vedlagt oppgaven (vedlegg 2). Søkeordene jeg benyttet meg av i min PIO fant jeg på SveMed+. Her søkte jeg først på norske nøkkelord, for så å velge de engelske ordene som var mest relevante å ta

med videre i søket. Jeg benyttet meg av engelske søkeord for å få et bredere treff ved søk i de utvalgte databasene. Når jeg hadde bygget en PIO startet jeg søket mitt i de ulike databasene ved å bruke de relevante søkeordene jeg hadde funnet. Sammen med mine inklusjon og eksklusjonskriterier, kunne jeg da starte å finne forskning som kunne brukes til å svare på min problemstilling. Vedlagt oppgaven (vedlegg 1) er en oversikt over min søkehistorikk som viser de databasene jeg brukte, hvilke søkeord jeg benyttet meg av, hvor mange treff de ga, og hvilke av forskningsartiklene jeg har valgt å inkludere i oppgaven.

2.2 Søkeprosessen etter annen litteratur

For å søke etter annen relevant litteratur har jeg benyttet meg av biblioteket på Høgskulen på Vestlandet og Oria. I Oria gjorde jeg søk med søkeordene “obstetrikk”, “vulvodyni”, “dyspareuni”, “plissit-modellen” og “nurse”. I tillegg har jeg benyttet meg av Google Scholar, Helsebiblioteket, Helsedirektoratet, Sykepleien og eMetodebok for seksuell helse. Sammen med den teorien jeg har funnet i pensumlitteratur, annen faglitteratur og forskning, vil jeg også bruke egne observasjoner i drøftingskapitlet.

2.3 Inklusjons og eksklusjonskriterier

Mine inklusjonskriterier er kvinner med dyspareuni, vulvodyni eller vestibulodyni. Artikler publisert etter år 2000. Artikler tilgjengelig i fulltekst. Artikler tilgjengelig på engelsk, norsk, svensk eller dansk. Artikler som inkluderer sykepleieperspektiv. Artikler som inkluderer bruk av PLISSIT-modellen.

Mine eksklusjonskriterier gravide kvinner, og kvinner med andre gynekologiske lidelser. Artikler publisert før år 2000. Artikler på andre språk enn de jeg inkluderer. Artikler med et manglende sykepleieperspektiv.

Til å begynne med ekskluderte jeg artikler som omhandlet postmenopausale kvinner. Jeg gikk senere bort fra dette fordi jeg innså at konsekvensene av dyspareuni stort sett er de samme, i tillegg til at bruken av kartleggingsverktøy er lik for både pre - og postmenopausale kvinner med dyspareuni, noe som gjorde at eksklusjonen kun var med på å snevre inn søket mitt unødige. Videre i oppgaven har jeg valgt å nevne fertile kvinner på grunn av de konsekvensene som kan oppstå knyttet til graviditet. Dette med bakgrunn i en hyppigere forekomst av lokalisert provosert vulvodyni hos kvinner under 30 år uten barn (Törnävä, Koivula, Helminen, & Suominen, 2018).

Jeg har valgt å ekskludere kvinner med dyspareuni grunnet gynekologiske lidelser som for eksempel gynekologisk kreft, komplikasjoner etter fødsel, misdannelser i underlivet osv. Dette gjør jeg med bakgrunn i at disse kvinnene ofte allerede er tilknyttet behandlere med et fokus på hvilke konsekvenser det kan føre med seg. Mitt fokus rettes mot kvinner som blant annet føler at deres problemer knyttet til seksuell helse ikke er relevant til deres sykdomsbilde, eller som føler at behandler ikke har interesse eller kompetanse til å håndtere problemene.

Jeg har valgt å bruke forskningsartikler publisert etter år 2000. I følge yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere har sykepleieren et ansvar om å holde seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde, som bidrar til at ny kunnskap anvendes (Norsk sykepleierforbund, 2016). Jeg forsøkte å avgrense til nyere forskning, men ved å avgrense mer enn jeg har gjort oppdaget jeg at jeg gikk glipp av mange artikler som kunne være relevante for min oppgave.

Ved å avgrense til artikler publisert på enten norsk, engelsk, dansk eller svensk unngikk jeg store misforståelser i oversettelsen til norsk. Dette var for å sikre at ikke viktig informasjon fra forskningen forsvant i oversettelsen.

2.4 Kildekritikk

Kildekritikk har to sider. På den ene siden skal kildekritikken hjelpe deg i å finne fram til den litteraturen som på best mulig måte kan belyse en problemstilling. Dette kalles kildesøking eller litteratursøking. På den andre siden skal kildekritikk redegjøre for og validere den litteraturen du har funnet fram, i tillegg til å vise hvilken relevans og gyldighet litteraturen har når det gjelder å belyse problemstillingen (Dalland, 2012, s. 68). Ved å først lese overskrift og sammendrag fant jeg artikler som jeg mente kunne være aktuelle for min problemstilling, i lys av de inklusjon og eksklusjonskriteriene jeg har valgt. Deretter benyttet jeg meg av sjekklister fra Helsebiblioteket (2016) når jeg leste gjennom de utvalgte artiklene for å kritisk vurdere deres validitet. Sjekklisterne jeg benyttet meg av er inspirert av CASP checklists. På denne måten kunne jeg lettere og mer effektivt se om artiklene har klare problemstillinger, om metoden er egnet til å bruke for å svare på min problemstilling, om man kan stole på resultatene, og ikke minst; om disse artiklene er relevante for min oppgave. Jeg fant da tre artikler som var relevante for min oppgave. Et flytdiagram som viser utvelgelsesprosessen er vedlagt oppgaven (vedlegg 3).

Jeg hadde satt meg noen kriterier for å vurdere om hvorvidt kildene var tilstrekkelig til å svare på min problemstilling. For å vurdere dette har jeg sett på gyldighet, holdbarhet og relevansen til kildene. Relevansen handler om hvilken verdi kilden har til å svare på mitt spørsmål. Mens gyldighet og holdbarhet handler om hvilken type kilde det er, hvor troverdig den er og hvilken ektehet den har (Dalland, 2017, s. 74). Artiklene skulle komme fra pålitelige kilder, noe jeg har tatt høyde for ved å søke i databaser gjennom Høgskolen på Vestlandet sine sider. Jeg har sett på om artiklene er fagfellevurderte, om de var troverdige i sin metode og de resultatene som ble lagt frem, samt forståelige i sin presentasjon. Jeg har oversatt teorien i forskningsartiklene fra engelsk til norsk, og tar derfor høyde for at det kan ha forekommet feil eller misforståelser i oversettelsen. Ethiske overveielser er en viktig del av oppgaveskriving. Dette går ut på planlegging, gjennomføring og rapportering av forskning for å sikre troverdighet av forskningsresultatene (Dalland, 2017, s. 108). Ved formidling av forskningsresultater har jeg brukt kildehenvisning på rett måte for å oppgi hvor jeg har hentet informasjonen min fra, slik at min oppgave ikke fremstår som primærkilde. Jeg har også tilstrebet at de artiklene jeg har valgt å inkludere i

oppgaven følger IMRaD-strukturen. Det vil si at artikkelen har en klar introduksjon, metode, resultat og diskusjonsdel. Denne strukturen gjør det enkelt å orientere seg og få et overblikk over hva artikkelen handler om (Dalland, 2017, s. 79). Jeg har også sørget for at de artiklene jeg har inkludert i oppgaven er fagfellevurderte. Her kommer en gjennomgang av de artiklene jeg har endt opp med å bruke.

Artikkelen 1 *Sexual health care for women with dyspareunia* (Sung, Jeng, & Lin, 2011) er publisert i *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, og er en oversiktsartikkel. Artikkelen har et klart formulert mål. Den tar for seg bruk av PLISSIT-modellen, samt kvinner med dyspareuni, med fokus på vulvodyni, noe som gjør den svært relevant å bruke til å svare på min problemstilling. Artikkelen ønsker å samle de viktigste aspektene rundt kvinnelig dyspareuni fra et sykepleieperspektiv, for å bedre kunne hjelpe kvinner som lider av dette. Artikkelen beskriver hvordan vi kan samle data for evaluering av dyspareuni og forklarer bruk av PLISSIT-modellen som veiledningsverktøy (Permission, Limited Information, Specific Suggestions, and Intensive Therapy) i samtale med pasienter. Artikkelen er kvalitativ i sin metode, og utforsker de mest essensielle delene ved kvinnelig dyspareuni fra et sykepleieperspektiv, for å bedre kunne gi god helhetlig omsorg til denne pasientgruppen. Søket er ikke gjort rede for og det kommer ikke tydelig frem hvilke studier artikkelen inkluderer, og det er derfor vanskelig å si i hvor stor grad en kan stole på resultatene. Jeg har måttet vurdere om de resultatene som kommer frem i studien har en overføringsverdi til Norge, med bakgrunn i de kulturelle forskjellene som kan finnes mellom Norge og Taiwan. En forholder seg til seksualitet og seksuell helse forskjellig i ulike kulturer, og det vi anser som normalt eller sunt, kan for andre fortone seg som unormalt eller ikke akseptabelt (Almås, 2017, s. 57). Dette kan føre til at den praksisen som kommer frem i artikkelen er så forskjellig fra den som utføres i Norge, at den mister mye av sin overføringsverdi. Med dette som bakgrunn er det også viktig å vite at seksualitet er unikt for hvert enkelt individ og bygget på individuelle erfaringer (Almås, 2017, s. 45). En blir formet av det miljøet man vokser opp i og den kulturen man lever i, men i bunn og grunn skal alles behov knyttet til seksualitet og seksuell helse behandles individuelt. Derfor ser jeg på denne forskningen som relevant, også for norske kvinner, med bakgrunn i at alle mennesker har behov for individuell ivaretagelse av den seksuelle helsen de har.

Artikkel 2 *The Effect of Sexual Counseling Program on Pain Level and Sexual Function among Women with Dyspareunia* (Mansour, Shebl & Waheda, 2014) er en kauskontrollstudie, og den eneste artikkelen som følger kvantitativ metode. Artikkelen har en klart formulert hensikt, som er å avklare effekten av seksuelle rådgivningsprogram på smerte og seksuell funksjon hos kvinner med dyspareunia. Denne artikkelen har kasus-kontrollstudie som studiedesign. Artikkelen følger IMRaD-strukturen i sin oppbygning. Studien har et klart sykepleieperspektiv, med fokus på seksuell helse og livskvalitet, samt bruk av PLISSIT-modellen. Artikkelen har kvinner med dyspareuni som sitt fokusområde, men den nevner vulvular vestibulitis syndrome som den hyppigste formen for dyspareuni hos premenopausale kvinner. Jeg har derfor valgt å inkludere den i oppgaven med bakgrunn i at bruken av PLISSIT-modellen ofte vil være lik for både kvinner med dyspareuni generelt, og vulvodyni spesielt. Studien er gjort i Egypt, men viser til resultater fra studier gjort i Sverige, noe som er med på å gi den en større overføringsverdi. Studien tar opp begrensninger knyttet til egen populasjon, hvor den påpeker at seksualitet i enkelte kulturer er knyttet følelse av skyld og skam, og kan med dette gi feilaktige svar knyttet til prevalens og effekt.

Artikkel 3 *Sexuality and Nursing Process: A Literature Review* er en litteraturstudie publisert i tidsskriftet *Sexuality and Disability* (Ayaz, 2013). Hensikt med denne studien er å utforske litteratur som tar for seg kartlegging av seksualitet og seksuell helse fra et sykepleieperspektiv for å kunne identifisere seksuell uhelse hos pasienter, med fokus på dyspareuni. Artikkelen følger IMRaD-strukturen i sitt oppsett noe som gjør den lett å følge. Artikkelen har en klar hensikt ved at den utforsker litteratur som tar for seg kartlegging av seksualitet og seksuell helse fra et sykepleieperspektiv for å kunne identifisere seksuell uhelse hos pasienter. Den tar for seg to verktøy som kan brukes i denne sammenhengen, hvor PLISSIT-modellen er en av de. Artikkelen fokuserer på alle former for dyspareuni, også vulvodyni. Jeg vurderer artikkelen som god til å svare på min problemstilling selv om den ikke direkte tar for seg kvinner med vulvodyni. Dette begrunner jeg i at prinsippet bak å

bruke PLISSIT-modellen i kartlegging av pasienters seksualitet ofte er lik, og at de tiltak og at den informasjonen som blir gitt uansett må tilpasses hver pasient.

Siden artiklene ikke tar klart for seg hvordan de har funnet forskningen de har brukt, kan de i utgangspunktet ikke kalles forskningsartikler. Dette er med på å svekke artiklenes validitet. Jeg har likevel valgt å benytte meg av de i kraft av manglende teori på området. På denne måten har jeg forsøkt å svare på problemstillingen med den teorien jeg har, i tillegg til at jeg har forsøkt å skape en bevissthet rundt tema, og å avdekke et kunnskapshull hvor det trengs mer forskning.

Som tidligere nevnt møtte jeg på utfordringer knyttet til begrepsavklaring når jeg skulle finne relevante søkeord til oppgaven. Det er også forskjeller i hvilke begreper som er mest brukt i norsk og engelsk praksis. Ulike begrep som omfatter det samme kan bidra til at det blir vanskeligere for sykepleiere å arbeide kunnskapsbasert ved at det skaper problemer ved søk etter nøyaktig og oppdatert informasjon. Det kan også tenkes at det bidrar til større usikkerhet for pasienter som selv søker på symptomer og plager knyttet til egen seksuell helse. Selv om en del av de artiklene fra mitt litteratursøk ikke ble vurdert som relevante for oppgaven grunnet manglende inklusjonskriterier eller validitet, vurderte jeg de som gode kilder til kunnskap knyttet ulike aspekter ved seksuell helse, vulvodyni og bruk av PLISSIT-modellen, og har derfor valgt å bruke en del av de som teori videre i oppgaven.

3 Teori

I denne delen av oppgaven skal jeg ta for meg oppgavens sykepleiefaglige relevans med bakgrunn i teori og funn i forskning.

3.1 Vulvodyni

Vulvodyni er en type dyspareuni med kronisk ubehag, smerter eller brenning i vulva uten klinisk påvisbare funn (Sex og Samfunn, 2019). Vulvodyni deles inn i lokalisert eller generell, samt provosert eller uprovosert. Lokalisert provosert vulvodyni er den

vanligste formen for vulvodyni, og rammer oftest yngre kvinner (Harrison, 2017). Vulvodyni kan ramme kvinner i alle aldre, og er trolig en av de hyppigste årsakene til dyspareuni hos kvinner under 30 år (Törnävä, Koivula, Helminen, & Suominen, 2018). Kvinner med vulvodyni beskriver ofte smertenes kvalitet som brennende, stikkende, øm eller irriterende i vulvaområdet. Noen kvinner føler smerten kun ved samleie, mens den hos andre kan trigges av ikke-seksuelle aktiviteter (Törnävä, Koivula, Helminen, & Suominen, 2018). Studier har vist at vulvodyni er forbundet med negative konsekvenser for kvinners subjektive seksuelle velvære, inkludert redusert seksuell tilfredshet og økt seksuell lidelse. Det kan også påvirke kvinnens følelse av kvinnelighet og selvbilde negativt (Bois et al., 2016). I tillegg er det rapportert om negative konsekvenser for de som lever i et parforhold og de tanker som kan oppstå rundt spørsmål knyttet til graviditet. Disse konsekvensene er noe av det jeg skal ta med meg videre og diskutere i diskusjonsdelen.

3.2 Kommunikasjon

Kommunikasjon er et samspill hvor partene påvirker hverandre. En kommunikasjonsprosess foregår både på det bevisste og det ubevisste plan, der tonefall, mimikk og kroppsspråk spiller en viktig rolle (Gro, Holter, & Toverud, 2015, s. 874). Hvordan helsepersonell kommuniserer med pasienten er avgjørende for hvilken hjelp som blir gitt. Det finnes ulike modeller en kan benytte seg av i kommunikasjon med pasienter. Gjennom undervisning har vi lært om sykepleierens pedagogiske funksjon, og blitt kjent med den didaktiske relasjonsmodellen. Den didaktiske relasjonsmodellen inneholder ulike faktorer som pasientens forutsetninger, læreprosess, rammefaktorer, mål, innhold og evaluering. Poenget med modellen er at alle de ulike faktorene er avhengige av hverandre og skal kunne brukes dynamisk. Sykepleieren kan blant annet bruke den som utgangspunkt i planlegging, gjennomføring og vurdering av informasjon/veiledning hos en pasient. For at det skal kunne gjennomføres på best mulig måte, må en se på alle disse faktorene og sammenhengen mellom de. God pedagogikk betyr her å kommunisere slik at læring skjer ut fra den enkelte pasient sine forutsetninger (Ravnstad, 2009). I tillegg til den didaktiske relasjonsmodellen, som gjerne kan benyttes i de fleste situasjoner knyttet til veiledning og informasjon, er det utviklet en egen modell for kommunikasjon rundt

seksualitet og seksuell helse, kalt PLISSIT-modellen. Det er bruk av denne modellen som tiltak i sykepleiepraksisen jeg skal diskutere senere i oppgaven.

Å ha kunnskap om kommunikasjon og hva som skjer i vårt møte med pasienter er vesentlig for at pasienten føler seg forstått og får den hjelpen hen behøver (Sex og Samfunn, 2019). Å vise empati i samtale er helt nødvendig for å kunne kommunisere på en god måte. Empati er evnen til å lytte, til å sette seg inn i en annens situasjon som om det var din egen, og til å forstå den andres følelser og reaksjoner (Sex og Samfunn, 2019). Samtale rundt seksualitet må bygge på gjensidig tillit, respekt for den andres livssituasjon, kultur, følelser og grenser. En må også være bevisst på hvilke ord en bruker, de må være alminnelig kjente og som ikke kan virke krenkende for pasienten (Grov, Holter, & Toverud, 2015, s. 874).

I kommunikasjonen om seksualitet må en også gjøre seg bevisst sin spørreteknikk, og vite hvordan ulik respons påvirker pasientens kommunikasjon (Grov, Holter, & Toverud, 2015, s. 874). Hvordan en stiller spørsmålene er helt avgjørende for hvilke svare en får. Det er viktig at spørsmålene oppfattes som åpne og undrende, og som ikke får pasienten til å føle seg dum (Sex og Samfunn, 2019). Ved å gjøre dette viser en interesse for hva pasienten har å fortelle, og at en er villig til å snakke om det. I tillegg til de positive konsekvensene det fører med seg ved at pasienten føler seg hørt og sett, er det også en god mulighet til å få kartlagt pasientens seksuelle helse underveis. Samtaler med kollegaer, gjensidig veiledning og evaluering, samt å dele eksempler fra egen praksis, er nyttig for for å evaluere prosessen, og for å optimalisere kommunikasjonen (Sex og Samfunn, 2019).

3.3 PLISSIT-modellen

Jeg valgt å fokusere på bruk av PLISSIT-modellen som verktøy for tilrettelegging av samtale om seksualitet og seksuell helse mellom pasient og sykepleier. PLISSIT-modellen ble utviklet i 1978 av den amerikanske psykologen Jack Annon. Dens opprinnelige form var beskrevet som en trakt, men er senere utarbeidet av de norske sexologene Elsa Almås og Espen Esther Pirelli Benestad. De snudde trakten på

hodet slik at den i stedet danner en pyramide. Pyramiden består av fire trinn som hver representerer ulike nivåer av problemstillinger, ansvarsfordeling og metoder for å løse dem (Almås, 2017, s. 70).

I eMetodebok for seksuell helse (Sex og Samfunn, 2018) beskrives de fire nivåene av pyramiden. Det første nivået er tillatelse (*Permission*), og handler om å åpne opp og invitere til samtale, og om å gi pasienten rom og tillatelse til å ta opp disse temaene. Et viktig aspekt ved dette nivået er hvordan en imøtekommer pasientens behov, og viser respekt og interesse for det pasienten ønsker å snakke om. Dette nivået sies å gjelde for alle i helse- og omsorgstjenesten. Det andre nivået i pyramiden omhandler nivået begrenset informasjon (*Limited Information*). Her handler det om å gi pasienten god og begrenset informasjon som ivaretar pasientens behov for opplysning om vanlige eller uvanlige forhold ved et seksualliv. Behandleren trenger ingen spesialkompetanse ved dette nivået, annet enn å sitte med faglig oppdatert kunnskap som besvarer pasientens spørsmål på et mer gjennomgående nivå enn det hen ville funnet andre steder (Almås, 2017, s. 71). Ved det tredje nivået som omhandler spesifikke forslag (*Specific Suggestions*) er kravene til kunnskap og erfaringer større. Her skal en kunne gi spesifikke råd knyttet til pasientens situasjon, som er faglig begrunnede. Her er det viktig å vurdere situasjonen ut i fra hver enkelt pasient, og å kunne se behovet for å dra inn andre profesjoner med mer kompetanse (Almås, 2017, s. 71). Fjerde nivå omhandler intensiv terapi (*Intensiv Therapy*). Slik behandling kan bare tilbys der kompetansen foreligger. Føler en at det er utenfor ens kompetanseområde skal det henvises videre, eller tas inn enda en behandler (Almås, 2017, s. 72).

3.4 Lovverk

Helsepersonellovens (1999) formål etter § 1 er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten. Loven sier etter § 4, første ledd, at sykepleiere og annet helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere sier bygger på dette og innebærer at sykepleieren har

ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom, og som ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg (Norsk sykepleierforbund, 2016). Her inngår også ivaretagelse av den seksuelle helsen for å fremme en helhetlig sykepleie.

3.5 Sykepleieteori

Sykepleierens enestående funksjon er å hjelpe mennesket, enten det er sykt eller friskt, til å utføre de handlinger som bidrar til helse eller gjenvinning av helse (eller til en fredfull død), som dette mennesket ville ha utført uten hjelp hvis det hadde hatt den nødvendige styrke, vilje eller kunnskap til det. Hennes funksjon er å gjøre dette på en måte som hjelper ham til å bli selvstendig så raskt som mulig (Henderson, 1998, s. 45).

Virginia Henderson forteller oss igjen og igjen at utgangspunktet for sykepleie alltid må være menneskets fundamentale behov, menneskets daglige verden, perspektiver og gjøremål. Behov er noe alle mennesker har til felles, men som imøtekommes ulikt gjennom forskjellige måter å leve livet på. Dette er viktig for sykepleieren å huske i møte med pasienter for å kunne tilpasse omsorgen til hver enkelt pasient, ved å ha pasienten i sentrum og være dens hjelper i å tilfredsstille sine behov. Likevel skal sykepleieren kun tre inn i de situasjoner hvor pasienten selv mangler styrke, vilje eller kunnskap. Virginia Hendersons budskap omhandler sykepleierens rolle i å hjelpe pasienten til å bevare sitt daglige livsmønster. Dette gjelder både den fysiske helsen, så som den mentale. Hun påpeker viktigheten av sykepleierens innsikt i de fysiologiske sykdomsprosessene såvel som de mentale behov, men frigjør seg fra et diagnosefokus i arbeidet mot en helhetlig omsorg av pasienten. Det fundamentale behovet hos pasienten, som sykepleieren skal ønske å imøtekomme, eksisterer uavhengig av diagnose, men diagnosen blir en påvirkningsfaktor som skal tas med i den samlede vurderingen og pleien (V. A. Henderson, 1995, s. 10).

Henderson forklarer grunnleggende sykepleie ved hjelp av 14 punkter. Hvor sykepleieren skal hjelpe pasienten med ulike gjøremål, eller sørge for å skape forhold som gjør at hen kan utføre dem uten hjelp. Jeg skal ikke gå innom alle disse

punktene, kun de jeg ser på som meste aktuelle for denne aktuelle oppgaven. I punkt 10 sier hun at sykepleieren skal hjelpe pasienten til å kommunisere med andre ved å uttrykke følelser, behov, frykt eller oppfatninger. Dette punktet om kommunikasjon kan støtte opp under viktigheten av at sykepleiere inviterer til og samtale som gir pasienten mulighet til å uttrykke dette. I punkt 14 er hun inne på sykepleierens oppgave i å lære, oppdage eller tilfredsstillende den nysgjerrigheten som fører til normal utvikling og helse, og benytte de helsetjenester som finnes. Dette underbygger trinn to i PLISSIT-modellen som omhandler sykepleierens rolle i å besvare de spørsmål pasienten har og motivere til en større innsikt og kunnskap om egen helse. Henderson skriver at når sykepleieren skal hjelpe pasientene med disse gjøremålene har hen selv ubegrenset behov for kunnskaper innen biologiske og sosiale fagområder og i de ferdigheter som er basert på dem. Noe som understreker behovet for økt kunnskap og fokus på seksualitet og seksuell helse for å på best mulig måte kunne gi pasienter den helhetlige omsorgen (Henderson, 1998, s. 45-47).

4 Resultat

Her vil jeg kort presentere de artiklene jeg har funnet relevant til å bruke i min oppgave, før de videre brukes i diskusjonsdelen. En oversikt over de inkluderte artiklene er vedlagt oppgaven (vedlegg 4).

4.1 Artikkel 1

Sexual health care for women with dyspareunia (Sung, Jeng, & Lin, 2011). Funnene i artikkelen viser at det er få som tar opp spørsmål knyttet til pasienters seksualitet. I Artikkelen kommer det frem ulike rapporterte grunner til at helsepersonell ikke tar opp dette tema. Grunnene er blant annet at seksuelle problemstillinger føles for komplekse og tar for lang tid å nøste opp i. Sex er ikke identifisert som en prioritet, eller som relevant til pasientens problem. At behandler blir ille berørt av de seksuelle temaene, eller at behandler mangler kunnskap og erfaringer til å ta stilling til pasientens seksuelle problem. Det rapporteres om at de fleste anerkjenner viktigheten av pasientens problemer knyttet seksualitet, men de sier at de ikke føler et ansvar for å gjøre noe med det. Artikkelen tar for seg bruk av PLISSIT-modellen i

arbeidet mot å samle de viktigste aspektene rundt kvinnelig dyspareuni, for å bedre kunne hjelpe kvinner som lider av dette fra et sykepleieperspektiv.

4.2 Artikkel 2

The Effect of Sexual Counseling Program on Pain Level and Sexual Function among Women with Dyspareunia (Mansour, Shebl & Waheda, 2014). Det kommer frem i artikkelen at kvinnelig dyspareuni er underdiagnostisert hos mange kvinner, og at denne tilstanden berører kvinner og deres seksuelle funksjon i stor grad. Artikkelens hensikt er å avklare effekten av seksuelle rådgivningsprogram på smerte og seksuell funksjon hos kvinner med dyspareunia. Studien viser hvilken effekt bruk av rådgivningsprogram har på smertenivå og bedring av seksuell funksjon. Studien viser til anbefalinger som blant annet inkluderer bruk av seksuelle rådgivningsprogram for å hjelpe kvinner til å uttrykke sine seksuelle problemer. I tillegg til anbefalinger av opplæringsprogram for sykepleiere i hvordan de skal håndtere samtaler om seksuelle problemer.

4.3 Artikkel 3

Sexuality and Nursing Process: A Literature Review (Ayaz, 2013). Funnene i artikkelen viser fordelene ved at sykepleiere har klare retningslinjer å jobbe etter for å kartlegge seksualitet og seksuell helse for pasienter med ulike former for dyspareuni. Studiens hensikt er å utforske litteratur som tar for seg kartlegging av seksualitet og seksuell helse fra et sykepleieperspektiv for å kunne lettere identifisere seksuell uhelse hos pasienter, med fokus på dyspareuni. Den viser at selv om sykepleiere er klare over at å snakke med pasienten om seksualitet og seksuell helse er en viktig del av den helhetlige omsorgen, er det mange som ikke utfører dette i praksis. Den konkluderer med at sykepleiere som har klare retningslinjer å jobbe etter utgjør en viktig rolle i pasientens mulighet til å uttrykke sine seksuelle bekymringer.

5 Diskusjon

5.1 Vulvodyni

Som tidligere nevnt har jeg valgt å fokusere på vulvodyni i oppgaven for å tydeligere få frem viktigheten av at seksuell helse blir kartlagt, med tanke på de konsekvensene vulvodyni kan føre med seg. Grunnen til at jeg valgte vulvodyni spesielt er aspektene rundt diagnosens manglende kliniske funn og høye forekomst hos unge kvinner.

Tilstedeværelse av vulvodyni kan ses å være nært knyttet til både kvinnens seksualitet og seksuelle helse. En sentral del av det å være menneske omfatter nettopp dette med erotikk, nytelse, intimitet og reproduksjon, noe kvinner med vulvodyni kan oppleve problemer knyttet til. Seksualiteten vår påvirkes av samspillet mellom biologiske, psykologiske og sosiale faktorer. Seksuell helse som en følelse av fysisk, emosjonell, mental og sosial velvære, og ikke bare fraværet av sykdom. Ved å snakke om disse temaene vil en ha større mulighet til å gi kvinner en følelse av velvære knyttet til egen seksuelle helse.

Smerter i vulva påvirker kvinnens forhold til sitt eget underliv og kroppen generelt. Fordi underlivet er nært knyttet til kjønn, og derfor det å være kvinne, rapporterer ofte kvinner at dette påvirker deres selvbilde. Kvinner med vulvodyni rapporterer i tillegg redusert livskvalitet, problemer knyttet til angst og depresjon, samt følelser av skyld og skam (Rosen, Bois, Mayrand, Vannier, & Bergeron, 2016). Fordi kvinner med vulvodyni ofte har utfordringer knyttet til gjennomføring av samleie, eller ikke kan utføre et vaginalt samleie i det hele tatt, beskriver de en følelse av å være falske eller uekte kvinner, og ufullstendige partnere (Törnävä, Koivula, Helminen, & Suominen, 2018). Selvopplevde seksuelle problemer viser seg derfor å være nært knyttet til samlivsproblemer. Større åpenhet om seksualitet, bedret tilgang på informasjon og tilbud om rådgivning om seksuelle problemer, kan bidra til å forebygge seksuelle og relasjonelle problemer (Helsedirektoratet, 2018). Det kommer frem i flere kvalitative studier at kvinner gjentatte ganger forteller om følelsen av skyld, skam og utilstrekkelighet som en intim partner, samt frykt for å miste ektefellen, som følge av denne tilstanden (Rosen, Bois, Mayrand, Vannier, & Bergeron, 2016). Den seksuelle smerten og de utfordringer det fører med seg i samlivet påvirker ikke bare parets

sexliv, men den kan også påvirke forholdets stabilitet og form (Törnävä, Koivula, Helminen, & Suominen, 2018). I et parforhold kan også spørsmål knyttet til graviditet dukke opp. Følelsen ved å skape et nytt liv kan gi seksualiteten en ekstra dimensjon, som også øker nytelsen og gleden. For en del mennesker er dette et vesentlig aspekt ved seksualiteten (Almás, 2017, s.199). Mange kvinner med vulvodyni er engstelige og har vanskeligheter med å snakke om hvordan de har det, og kan kjenne på følelsen av at de kanskje aldri kan få barn (Sex og Samfunn, 2018). Dette understreker viktigheten av at sykepleiere har verktøy som kan åpne opp for samtale rundt dette, for å kunne gi kvinnen og en eventuell parter mulighet til å få svar på de spørsmålene de har. Diagnosens manglende kliniske funn kan føre til usikkerhet knyttet til å ta dette opp som et tema. Følelser av at det ikke er aktuelt eller relevant å ta opp med helsepersonell med tanke på de ikke har noe konkret å vise til. Noe som er med på å forsterke sykepleiens ansvar.

5.2 PLISSIT-modellen som tiltak i sykepleiepraksisen

I PLISSIT-modellen tenkes det at enhver som omgås pasienter kan behandle trygt innenfor modellens to nederste nivåer: gi tillatelse og begrenset informasjon (Almás, 2017, s. 70). Ved å arbeide innenfor de to nederste nivåene i PLISSIT-modellen skal sykepleiere først og fremst bidra ved å åpne opp og spørre om behovet for samtale, lytte empatisk, informere og innhente den informasjon pasienten etterspør, samt følge opp temaet dersom pasienten ønsker det (Grov, Holter, & Toverud, 2015, s. 879). Det er midlertidig også skrevet at alle med sykepleie som profesjon trygt skal kunne fungerer innenfor modellens tre første nivåer, hvor kun det siste trinnet er tiltenkt annen spesialisert kompetanse (Ayaz, 2013). Det kommer frem i forskning at bruk av rådgivningsprogram som PLISSIT-modellen bedrer seksuell funksjon hos kvinner med dyspareunia. Som anbefaling sies det at utredning av seksuell helse bør bli en vanligere og viktigere del av arbeidet hos helsepersonell (Mansour, Shebl & Waheda, 2014). Derfor ses PLISSIT-modellen på som et aktuell tiltak, også for sykepleiere, i møte med pasienter og deres behov for samtale, rådføring og veiledning vedrørende seksualitet.

Kunnskap om sexologisk veiledning og behandling er aktuelt for enhver som jobber i kontakt med pasienter. Det viktigste grunnlaget er at en føler seg trygg når det kommer til å snakke om seksualitet og seksuell helse, og har rom for problemenes kompleksitet. Selv om det foreligger en motivasjon hos helsepersonell om å gi god og helhetlig omsorg til pasienten, kan helsepersonell ofte føle seg ukomfortable med å ta opp og snakke om disse temaene. Det kan ofte føles enklere og mindre grenseoverskridende å fokusere på de medisinske tilstandene rundt problemet, noe som kan bidra til å forsømme de psykologiske, mellommenneskelige og kulturelle sidene ved det. Jeg viser her tilbake til kvinner med vulvodyni som gjerne har et behov for et annen vinkling i samtalen enn de rene medisinske forhold som foreligger, med bakgrunn i blant annet diagnosens manglende kliniske funn. Det er viktig å være åpen for at pasientens utfordringer er knyttet til andre aspekter av deres seksuelle helse enn det rent medisinske. I forbindelse med dette er det vist at det kan være hensiktsmessig for helsepersonell å benytte seg av seksuelle rådgivningsstrategier for å bedre kunne gi råd og veiledning innenfor dette tema (Sung, Jeng, & Lin, 2011).

Tillatelse som det første nivået i modellen blir vanligvis sykepleierens ansvar. Dette er fordi sykepleieren i de fleste tilfeller er det første helsepersonellet pasienten kommer i kontakt med. Tillatelse innebærer at pasienten, og hans eventuelle partner, skal ha muligheten til å uttrykke sine tanker og eventuelle bekymringer rundt seksualitet, og deres betydning av seksuell aktivitet. Sykepleieren skal gi en følelse av åpenhet og trygghet for pasienter og skal opptre ikke-dømmende overfor det pasienten har å fortelle. Åpne spørsmål oppfordrer og inviterer til samtale, og viser at sykepleieren har interesse av å snakke om det (Ayaz, 2013). Pasienten kan nøle eller føle seg flau over å snakke om seksuelle problemer. Det er derfor viktig å kunne forklare at seksualitet er et viktig aspekt ved egen opplevelse av livskvalitet, og at sykepleieren er villig til å diskutere det. Dette bidrar til å normalisere temaet og kan hjelpe pasienten til å føle seg mindre flau eller alene (Sung, Jeng, & Lin, 2011). Pasienten kan uttrykke forskjellige problemstillinger knyttet til tema, og det er viktig å avklare forventninger til hva en sammen skal få ut av samtalen, og videre avklare hvilke sider av problemstillingene det er viktig å fokusere videre på. Prosessen bør

derfor være målrettet med samtid åpen, hvor man beveger seg fra et generelt til et mer spesifikt fokus (Sung, Jeng, & Lin, 2011).

Begrenset informasjon innebærer å gi informasjon som er direkte knyttet til pasientens spørsmål og observasjoner. Dette trinnet legger til rette for direkte rådgivning og veiledning. For eksempel kommer det frem i forskning at en del kvinner som lider av dyspareuni føler at de er nødt til å tolerere sin smerte knyttet til seksuell aktivitet for å kunne tilfredsstille partnerens behov. Her er det viktig å gi god veiledning for å trygge kvinnen og hennes partner. Sykepleieren kan understreke viktigheten av god kommunikasjon og tillit i parforholdet, og fjerne misforståelser ved å gi korrekt informasjon. Andre rapporterer om at de har svært vanskelig for å identifisere smertens type og lokalisasjon. Sykepleieren kan her undervise kvinner og partnere i kjønnsorganets grunnleggende anatomi og fysiologiske respons av seksuell funksjon, og forklare hvordan sykdom og/eller behandling kan påvirke seksuell funksjon. Sykepleieintervensjoner ved dette nivået er rettet mot å øke pasientens kunnskapsnivå. Sykepleieren skal kunne forklare hva som er normalt eller unormalt, og hvordan noen medisinske forhold, behandlinger, skader eller operasjoner kan påvirke seksualitet og seksuell funksjon, dersom dette er aktuelt (Ayaz, 2013).

Ved nivå tre bør sykepleiere kunne gi spesifikk informasjon før de kommer med mer konkrete forslag til hvordan pasienten selv kan tilnærme seg problemet. Spesifikke forslag, veiledning og informasjon kan fjerne urealistiske forventninger til seksuell ytelse, og redusere usikkerhet rundt egen seksualitet og legge til rette for videre henvisning til sexologisk behandling (Ayaz, 2013). Spesifikke forslag og veiledning kan innebære å informere pasienten hva hun og hennes partner kan gjøre selv, og presentere hva andre pasienter har prøvd tidligere. I prosessen ved å gi veiledning er det viktig at sykepleieren gir pasienten ansvar og oppmuntrer henne til å finne egne metoder og løsninger (Sung, Jeng, & Lin, 2011).

PLISSIT-modellene har imidlertid møtt kritikk, blandt annet fordi modellen baserer

seg på premisser som i ingen eller liten grad er lagt til rette for i helse- og omsorgstjenesten. Dette ser vi i første nivå av modellen, hvor grunnlaget for dialog kun er mulig dersom helsepersonell har akseptert at ivaretagelse av seksuell helse inngår i deres rolle (Grov, Holter, & Toverud, 2015, 879).

5.3 Sykepleierens rolle og holdninger

Som den største profesjonsgruppen i helse- og omsorgstjenesten, og den gruppen som tilbringer mest tid i direkte kontakt med pasienten, har sykepleiere en viktig rolle i å identifisere og møte pasienters behov for samtale og veiledning angående seksuelle spørsmål (Grov, Holter, & Toverud, 2015 s. 871). Årsakene til kvinnelig dyspareuni er ofte sammensatte og forbundet med biologiske, medisinske, psykologiske, sosiokulturelle og/eller mellommenneskelige dimensjoner. Noe som understreker at alle medlemmer av helsevesenet bør bidra i pasientens helhetlige omsorg. Sykepleieren er her et ideelt medlem av helsevesenet for å tilrettelegge og veilede pasienter i samtale rundt seksualitet (Sung, Jeng, & Lin, 2011). Det har vært påpekt at helsepersonell unnlater å ta opp forhold som påvirker seksuell helse. En åpen holdning og et tillitsforhold mellom kvinnen og sykepleieren tillater kvinnen å snakke om utfordringer og bekymringer om seksuallivet. Det er ikke meningen at sykepleieren skal inneha spesialkompetanse til å behandle sammensatte problemer, men sykepleieren skal kunne støtte kvinnen til å oppsøke profesjonelle med kompetanse om slike problemer, for videre behandling eller seksuell veiledning (Knutstad, 2013, s. 861).

Sykepleie i forbindelse med seksuell helse innebærer ulike nivåer av omsorg, blant annet i form av å åpne opp for kommunikasjon angående seksuelle problemer, og vurdering av videre henvisning til spesialisert behandling. Holdninger knyttet til de ulike nivåene av omsorg innen seksuell helse varierer, også blant sykepleiere. Disse holdningene kan påvirke hvorfor noen sykepleiere ikke tar opp forhold knyttet til seksualitet. Forståelse av hvordan de ulike holdningene til omsorg knyttet til seksuelle helse påvirker den sykepleien som blir utført, er et viktig steg i å forbedre den helhetlige omsorgen (Huang, Tsai, Tseng, Li, & Lee, 2013). En profesjonell

holdning til seksualitet innebærer kyndighet, respekt for pasientens grenser, klarhet i egne grenser, og fordomsfrihet (Almås, 2017, s. 65).

Selv om helsepersonells kliniske ferdigheter innen medisinsk behandling av seksuell helse ofte er gode, vil de kunne overse de psykososiale aspektene ved den seksuelle helsen. Mer enn halvparten av helsepersonell har vanskeligheter for å respondere på pasientens seksuelle bekymringer, eller mangler selvtillit i sin kompetanse til å takle pasientens seksuelle problemstillinger (Mansour, Shebl & Waheda, 2014). Dette viser viktigheten av at sykepleiere har en følelse av kompetanse på området. Jeg tenker at god kompetanse ikke kun innebærer kompetanse hos den enkelte sykepleier, men også innføring av retningslinjer for alle på avdelingen om hvordan seksuelle spørsmål skal ivaretas, slik av sykepleieren ikke står alene i hvordan de skal håndtere slike temaer. PLISSIT-modellen kan her ses å fungere som en slik standard.

Noe jeg har forstått etter å ha lest ulik forskning om tema er at utfordringene ofte verken ligger hos sykepleierens ønske om å hjelpe, eller pasientens ønske om å fortelle, men et sted i mellom. Sykepleieren føler ofte at de ikke har tilstrekkelig kompetanse til å håndtere de problemene pasienten har. Denne kompetansen kan for eksempel innebære sykepleierens følelse av manglende mellommenneskelig og/eller rådgivende ferdigheter. En annen utfordring kan være at sykepleieren føler seg flau i situasjonen, og at sykepleieren føler at det å skulle snakke om seksuell helse vil føles invaderende på pasientens privatliv. Andre rapporterer at de rett og slett ikke føler at de har nok tid å sette av til å kunne utføre en god nok jobb, og velger derfor å la være (Ayaz, 2013).

På den andre siden kvier pasienter seg ofte til å ta opp sine problemer i redsel for at sykepleieren ikke ønsker å snakke om det, eller blir ille berørt (Törnävä, Koivula, Helminen, & Suominen, 2018). Her mener jeg ut fra det jeg har lært i løpet av min tid som student, og gjennom å jobbe med denne oppgaven, at mye av ansvaret i å invitere til en slik samtale på tross av de utfordringer som kan oppstå, må kunne sies

å ligge hos sykepleieren. Vi har et ansvar i å forsøke å hjelpe pasienten til å sette ord på de tankene og følelsene pasienten sitter med dersom dette er noe de kvier seg for å ta opp selv. Gjennom vår profesjon skal vi sørge for en helhetlig omsorg som ivaretar alle sidene ved pasientens helse, noe som er ofte ikke blir gjennomført dersom sykepleieren ikke tar ansvar.

Jeg har tidligere i oppgaven nevnt både Hendersons sykepleieteori og DIPS-punktene til bruk ved kartlegging. Seksualitet er en av de tolv DIPS-punktet som brukes til kartlegging av pasienter. Jeg mener at det er viktig å se på DIPS-punktene som en veileder til å kunne utføre den helhetlige omsorgen pasienten har krav på. DIPS-punktene inkluderer både seksualitet, psykososiale forhold, kommunikasjon, velvære, smerte og hudstatus, hvor det ene punktet ikke kan fullføres uten det andre. Dersom en spør pasienten vedrørende for eksempel smerteproblematikk vil en kanskje få den informasjonen pasienten tror er relevant til sin aktuelle situasjon. Her er det viktig at prinsippene for god kommunikasjon ligger til rette og at sykepleieren er åpen og interessert, og viser i sin kommunikasjon at all problematikk knyttet til smerter som pasienten føler på er relevant. Jeg mener at dette argumenterer for hvorfor det er viktig å jobbe helhetlig i kartlegging av pasienten slik at informasjon pasienten sitter inne med kommer frem.

6 Oppsummering

Kvinnelig dyspareuni kan ses å være nært knyttet til seksualitet og seksuell helse. Tilstanden påvirker kvinners helse, parforhold og livskvalitet i stor grad. Vulvodyni er den vanligste formen for kvinnelig dyspareuni. Det kan ramme kvinner i alle aldre, og er trolig en av de hyppigste årsakene til dyspareuni hos kvinner under 30 år. Dyspareuni påvirker kvinnens forhold til eget underliv og kroppen generelt. Fordi underlivet er nært knyttet til kjønn, og derfor det å være kvinne, rapporterer ofte kvinner at dette påvirker deres selvbilde. Det rapporteres om redusert livskvalitet, problemer knyttet til angst og depresjon, samt følelser av skyld og skam. Det ses også å være knyttet til følelsen av å være utilstrekkelig som en intim partner, samt frykten for å miste en eventuell parter. Mange kan kjenne på frykten av at de aldri kan få barn, noe som i stor grad påvirker kvinnens livskvalitet, dersom dette er et ønske.

Større åpenhet om seksualitet, bedret tilgang på informasjon og tilbud om rådgivning om seksuelle problemer, kan bidra til å forebygge de seksuelle og relasjonelle problemene som kvinnelig dyspareuni er forbundet med.

Selv om sykepleiere opplever det som vanskelig å starte samtale om seksualitet og seksuell helse, er det en viktig oppgave med tanke på hvordan dette kan påvirke pasienters liv negativt dersom det ikke blir ivaretatt. Gjennom arbeidet med denne oppgaven har jeg kommet frem til en forståelse av at utfordringer knyttet til å åpne opp for samtale om seksualitet og seksuell helse hverken ligger hos sykepleierens ønske om å hjelpe, eller pasientens ønske om å fortelle, men et sted i mellom. Med dette som bakgrunn er det derfor viktig å huske på prinsippene for sykepleie og helhetlig omsorg, og derfor påta seg det ansvaret som sykepleier for å gi pasienter den omsorgen de behøver.

Seksuell rådgivning krever god og oppdatert kunnskap knyttet til seksualitet og seksuell helse, samt god kommunikasjon med pasienten. Gjennom arbeidet med denne oppgaven har jeg kommet frem til at PLISSIT-modellen kan være et godt alternativ når det kommer til å åpne opp for samtale knyttet til seksualitet og seksuell helse. Sykepleieren spiller en viktig rolle i å hjelpe pasienter til å uttrykke sine følelser knyttet til seksualitet og seksuell helse, og bruk av PLISSIT-modellen i praksis kan gjøre det lettere for sykepleiere å sikre at pasienten blir ivaretatt. Den kan også hjelpe sykepleieren til å forstå hva pasienten trenger og hva som er viktig for henne. Å inkludere seksualitet og seksuell helse som en del av sykepleieprosessen, vil på denne måten i større grad kunne sikre mulighetene til å utøve helhetlig omsorg.

7 Kilder

Almås, E. (2017). *Sexologi i praksis* (3. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.

Ayaz, S. (2013). Sexuality and Nursing Process: A Literature Review. *Sexuality and Disability*, 31(1), 3-12. doi:10.1007/s11195-012-9280-6

Bois, K., Bergeron, S., Rosen, N., Mayrand, M. H., Brassard, A., & Sadikaj, G. (2016). Intimacy, sexual satisfaction, and sexual distress in vulvodinia couples: An observational study. *Health Psychol*, 35(6), 531-540. doi:10.1037/hea0000289

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.

eMetodebok for seksuell helse. (2019). En sexologisk behandlingsmodell: PLISSIT. Hentet fra <https://emetodebok.no/kapittel/sexologi/a-arbeide-med-seksualitet/en-sexologisk-behandlingsmodell-plissit/>

eMetodebok for seksuell helse. (2019). Kroniske smertetilstander i vulva og vagina. Hentet fra <https://emetodebok.no/kapittel/Infeksjoner/kroniske-smertetilstander-i-vulva-og-vagina/>

eMetodebok for seksuell helse. (2019). Sexologi. Hentet fra <https://emetodebok.no/kapittel/sexologi/>

Grov, E. K., Holter, I. M., & Toverud, K. C. (2015). *Sykepleieboken : 1 : Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg. ed. Vol. 1). Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Harrison, H. E. (2017). The mystery of vulvodinia: Can it be solved? *Nursing*, 47(1), 34-38. doi:10.1097/01.NURSE.0000510741.45681.2a

- Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). PICO. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>
- Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). Sjekklistor. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helsedirektoratet (2018, 25. januar) Helsedirektoratet.no. Hentet 10. november fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid-i-kommunen/veivisere-i-lokale-folkehelseiltak/seksuell-helse-lokalt-folkehelsearbeid#regelverk>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_1#KAPITTEL_1
- Henderson, V. A. (1995). *The nature of nursing : en definition og dens implikationer for praksis, forskning og utdanning : overvejelser 25 år etter*. København: Munksgaard.
- Henderson, V. (1998). *Sykepleiens natur : en definisjon og dens konsekvenser for praksis, forskning og utdanning : refleksjoner etter 25 år*. Oslo: Universitetsforl.
- Huang, C. Y., Tsai, L. Y., Tseng, T. H., Li, C. R., & Lee, S. (2013). Nursing students' attitudes towards provision of sexual health care in clinical practice. *Journal of Clinical Nursing*, 22(23-24), 3577-3586. doi:10.1111/jocn.12204
- Knutstad, U. (2013). *Sykepleieboken : 3 : Utøvelse av klinisk sykepleie* (2. utg. ed. Vol. 3). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Mansour, S. E., Shebl, A. M., & Waheda, S. M. (2014). The effect of sexual counseling program on pain level and sexual function among women with dyspareunia. *J Educ Pract*, 5(3), 208-20.

Norsk sykepleierforbund. (2016, 23. mai). Yrkesetiske retningslinjer. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

Ravnestad, M. (2009, 8. mars). Sjukepleiaren sin pedagogiske funksjon. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2009/03/sjukepleiaren-sin-pedagogiske-funksjon>

Rosen, N. O., Bois, K., Mayrand, M. H., Vannier, S., & Bergeron, S. (2016). Observed and Perceived Disclosure and Empathy Are Associated With Better Relationship Adjustment and Quality of Life in Couples Coping With Vulvodynia. *Arch Sex Behav*, 45(8), 1945-1956. doi:10.1007/s10508-016-0739-x

Smyth, R. L., & Craig, J. V. (2012). *The Evidence-based practice manual for nurses* (3rd ed. ed.). Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier.

Sung, S. C., Jeng, C. J., & Lin, Y. C. (2011). Sexual health care for women with dyspareunia. *Taiwan J Obstet Gynecol*, 50(3), 268-274. doi:10.1016/j.tjog.2011.07.002

Törnävä, M., Koivula, M., Helminen, M., & Suominen, T. (2018). Women with vulvodynia: awareness and knowledge of its care among student healthcare staff. *Scand J Caring Sci*, 32(1), 241-252. doi:10.1111/scs.12455

WHO. (2019). Sexual and reproductive health. Hentet fra https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/

Søk 1

Database/kilde	MEDLINE
Dato for søk	15.10.2018
Søkehistorikk	<ol style="list-style-type: none"> 1. exp Vulvodynia 339 2. Vestibulodynia 227 3. Generalized Vulvodynia 11 4. exp Vulvar Vestibulitis 54 5. exp Dyspareunia 1958 6. 1 or 2 or 3 or 4 or 5 2333 7. exp directive counseling/ or exp sex counseling 4357 8. exp Nursing 244129 9. PLISSIT.mp. 58 10. 7 or 8 or 9 248371 11. exp Sexuality 37827 12. exp Sexual Health 286 13. exp Libido 4550 14. 11 or 12 or 13 42259 15. 6 and 10 and 14 4
Antall treff	<p>4 treff</p> <p>1 funn etter å ha lest gjennom overskrift og abstrakt</p> <p><i>Sexual health care for women with dyspareunia.</i></p>
Kommentarer	<p><i>Sexual health care for women with dyspareunia</i></p> <p>Inkludert som artikkel 1 i oppgaven</p>

Søk 2

Database/kilde	PubMed
Dato for søk	18.10.2018
Søkehistorikk	<ol style="list-style-type: none"> 1. vulvodynia [MeSH Terms]) OR generalized vulvodynia [MeSH Terms] OR dyspareunia [MeSH Terms] 2247 2. directive counseling [MeSH Terms] OR Nursing [MeSH Terms] 279783 3. sexuality [MeSH Terms] OR sexual health [MeSH Terms] 98611 4. #1 AND #2 AND #3 13
Antall treff	<p>13 treff</p> <p>1 funn etter å ha lest gjennom overskrift og abstrakt</p> <p>Samme artikkel som funnet i søk 1</p>
Kommentar	<p><i>Sexual health care for women with dyspareunia</i></p> <p>Inkludert som artikkel 1 i oppgaven</p>

Søk 3

Database/kilde	PubMed
Dato for søk	18.10.2018
Søkehistorikk	<ol style="list-style-type: none"> 1. vulvodynia [MeSH Terms] OR generalized vulvodynia [MeSH Terms] OR dyspareunia [MeSH Terms] AND nursing [MeSH Subheading] 15
Antall treff	<p>15 treff</p> <p>1 funn etter å ha lest gjennom overskrift og abstrakt</p>
Kommentarer	<p><i>The mystery of vulvodynia: Can it be solved?</i></p> <p>Ikke inkludert i oppgaven etter bruk av sjekklister</p>

Søk 4

Database/kilde	MEDLINE
Dato for søk	18.10.2018
Søkehistorikk	1. exp Vulvodynia 341 2. exp Nursing 244210 3. 1 AND 2 1
Antall treff	1 treff
Kommentarer	1 funn <i>Women with vulvodynia: awareness and knowledge of its care among student healthcare staff.</i> Ikke inkludert på bakgrunn av manglende inklusjonskriterier

Søk 5

Database/kilde	Oria
Dato for søk	05.11.2018
Søkehistorikk	<i>Vulvodynia: an introduction and critical review of a chronic pain condition</i>
Kommentarer	1 funn <i>Self-Disclosure in Women with Vulvodynia</i> Søkte tilgang i oria ved funn i annen database uten tilgang Ikke inkludert på bakgrunn av manglende inklusjonskriterier

Søk 6

Database/kilde	Google Scholar
Dato for søk	19.11.2018
Søkehistorikk	PLISSIT-model nursing vulvodynia 48
Antall treff	1 funn etter å ha lest gjennom overskrifter (avgrensning gjort: publiseringsår mellom 2000 og 2018)
Kommentarer	<i>The Effect of Sexual Counseling Program on Pain Level and Sexual Function among Women with Dyspareunia</i> Omtalt som artikkel 2 i oppgaven

Søk 7

Database/kilde	Oria
Dato for søk	20.11.2018
Søkehistorikk	Søk 1: PLISSIT (avgrensning: engelsk, nursing, fagfelleverdert) 88 Søk 2: PLISSIT (avgrensning: engelsk, nursing, fagfelleverdert, female) 11
Kommentarer	Søk 1: 1 funn <i>Nursing students attitudes towards provision of sexual health care in clinical practic.</i> Ikke inkludert på bakgrunn av manglende inklusjonskriterier Søk 2: 1 funn <i>Essentials of Female Sexual Dysfunction from a Sex Therapy Perspective.</i> Ikke inkludert på bakgrunn av manglende inklusjonskriterier

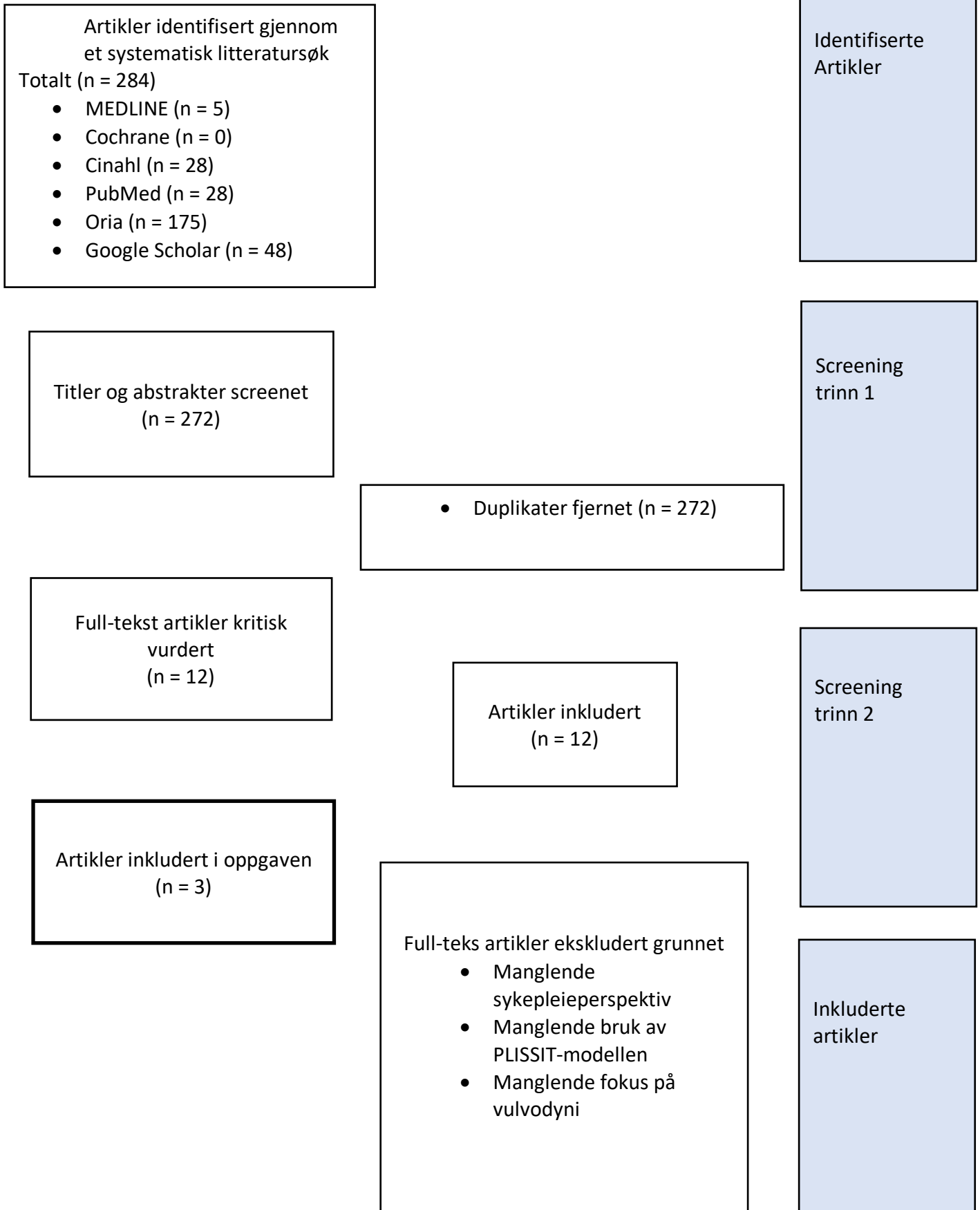
Søk 8

Database/kilde	CINAHL																																																														
Dato for søk	20. 11. 2018																																																														
Søkehistorikk	<table> <tr> <td>1. (MH "Vulvodynia")</td> <td>23</td> </tr> <tr> <td>2. "vulvodynia"</td> <td>326</td> </tr> <tr> <td>3. "Vulvar Vestibulitis"</td> <td>94</td> </tr> <tr> <td>4. "Vestibulodynia"</td> <td>104</td> </tr> <tr> <td>5. (MH "Female")</td> <td>1 629 491</td> </tr> <tr> <td>6. "women"</td> <td>289 292</td> </tr> <tr> <td>7. (MH "Dyspareunia")</td> <td>829</td> </tr> <tr> <td>8. "dyspareunia"</td> <td>1342</td> </tr> <tr> <td>9. 1 OR 2 OR 3 OR 4 OR 5 OR 6 OR 7 OR 8</td> <td>1 687 712</td> </tr> <tr> <td>10. (MH "Rural Health Nursing")</td> <td>1912</td> </tr> <tr> <td>11. "Rural nursing"</td> <td>368</td> </tr> <tr> <td>12. (MH "Sexual Counseling")</td> <td>697</td> </tr> <tr> <td>13. "Sexual Counseling"</td> <td>751</td> </tr> <tr> <td>14. (MH "Counseling")</td> <td>23 990</td> </tr> <tr> <td>15. "plissit model"</td> <td>38</td> </tr> <tr> <td>16. 10 OR 11 OR 12 OR 13 OR 14 OR 15</td> <td>26 784</td> </tr> <tr> <td>17. (MH "Sexuality")</td> <td>25 321</td> </tr> <tr> <td>18. "Sexuality"</td> <td>30 557</td> </tr> <tr> <td>19. (MH "Sexual Health")</td> <td>5153</td> </tr> <tr> <td>20. "Sexual Health"</td> <td>8581</td> </tr> <tr> <td>21. (MH "Quality of Life")</td> <td>88 962</td> </tr> <tr> <td>22. "life quality"</td> <td>1636</td> </tr> <tr> <td>23. "health related quality of life"</td> <td>17 093</td> </tr> <tr> <td>24. (MH "Sexual Satisfaction")</td> <td>820</td> </tr> <tr> <td>25. "couples"</td> <td>10 183</td> </tr> <tr> <td>26. S17 OR S18 OR S19 OR S20 OR S21</td> <td></td> </tr> <tr> <td>OR S22 OR S23 OR S24 OR S25</td> <td>138 006</td> </tr> <tr> <td>27. S9 AND S16 AND S26</td> <td>1221</td> </tr> <tr> <td>28. Limitations: Female, Adult 19-44,</td> <td></td> </tr> <tr> <td>English language, from 2000-2018,</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Full text, references, abstracts</td> <td>28</td> </tr> </table>	1. (MH "Vulvodynia")	23	2. "vulvodynia"	326	3. "Vulvar Vestibulitis"	94	4. "Vestibulodynia"	104	5. (MH "Female")	1 629 491	6. "women"	289 292	7. (MH "Dyspareunia")	829	8. "dyspareunia"	1342	9. 1 OR 2 OR 3 OR 4 OR 5 OR 6 OR 7 OR 8	1 687 712	10. (MH "Rural Health Nursing")	1912	11. "Rural nursing"	368	12. (MH "Sexual Counseling")	697	13. "Sexual Counseling"	751	14. (MH "Counseling")	23 990	15. "plissit model"	38	16. 10 OR 11 OR 12 OR 13 OR 14 OR 15	26 784	17. (MH "Sexuality")	25 321	18. "Sexuality"	30 557	19. (MH "Sexual Health")	5153	20. "Sexual Health"	8581	21. (MH "Quality of Life")	88 962	22. "life quality"	1636	23. "health related quality of life"	17 093	24. (MH "Sexual Satisfaction")	820	25. "couples"	10 183	26. S17 OR S18 OR S19 OR S20 OR S21		OR S22 OR S23 OR S24 OR S25	138 006	27. S9 AND S16 AND S26	1221	28. Limitations: Female, Adult 19-44,		English language, from 2000-2018,		Full text, references, abstracts	28
1. (MH "Vulvodynia")	23																																																														
2. "vulvodynia"	326																																																														
3. "Vulvar Vestibulitis"	94																																																														
4. "Vestibulodynia"	104																																																														
5. (MH "Female")	1 629 491																																																														
6. "women"	289 292																																																														
7. (MH "Dyspareunia")	829																																																														
8. "dyspareunia"	1342																																																														
9. 1 OR 2 OR 3 OR 4 OR 5 OR 6 OR 7 OR 8	1 687 712																																																														
10. (MH "Rural Health Nursing")	1912																																																														
11. "Rural nursing"	368																																																														
12. (MH "Sexual Counseling")	697																																																														
13. "Sexual Counseling"	751																																																														
14. (MH "Counseling")	23 990																																																														
15. "plissit model"	38																																																														
16. 10 OR 11 OR 12 OR 13 OR 14 OR 15	26 784																																																														
17. (MH "Sexuality")	25 321																																																														
18. "Sexuality"	30 557																																																														
19. (MH "Sexual Health")	5153																																																														
20. "Sexual Health"	8581																																																														
21. (MH "Quality of Life")	88 962																																																														
22. "life quality"	1636																																																														
23. "health related quality of life"	17 093																																																														
24. (MH "Sexual Satisfaction")	820																																																														
25. "couples"	10 183																																																														
26. S17 OR S18 OR S19 OR S20 OR S21																																																															
OR S22 OR S23 OR S24 OR S25	138 006																																																														
27. S9 AND S16 AND S26	1221																																																														
28. Limitations: Female, Adult 19-44,																																																															
English language, from 2000-2018,																																																															
Full text, references, abstracts	28																																																														
Antall treff	28 treff 1 funn																																																														
Kommentarer	<p><i>Intimacy, Sexual Satisfaction, and Sexual Distress in Vulvodynia Couples: An Observational Study</i></p> <p>Ikke inkludert på bakgrunn av manglende inklusjonskriterier</p>																																																														

Søk 9

Database/kilde	Oria
Dato for søk	16.12.2018
Søkehistorikk	PLISSIT, nursing, dyspareunia 75
Kommentarer	1 funn <i>Sexuality and Nursing Process: A Literature Review</i> Inkludert som artikkel 3 i oppgaven

<p>Tittel: Kartlegging av seksuell helse som en viktig del av den helhetlige omsorgen</p>		
<p>Problemstilling: Hvordan kan sykepleiere ved bruk av PLISSIT-modellen tilrettelegge for samtale og kartlegging av seksuelle helse hos kvinner med vulvodyni?</p>		
<p>Er det aktuelt med søk på pasient- og pårørendeopplæring?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei</p>		
<p>Hva slags type spørsmål er dette?</p> <p><input type="checkbox"/> Diagnose <input type="checkbox"/> Etiologi <input checked="" type="checkbox"/> Erfaringer</p> <p><input type="checkbox"/> Prognose <input type="checkbox"/> Effekt av tiltak</p>		<p>Er det aktuelt med søk i Lovdata etter lover og forskrifter?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei</p>
<p>P Kvinner med vulvodyni</p>	<p>I Sykepleie/PLISSIT-modellen</p>	<p>O God seksuell helse</p>
<p>P Emneord/tekstord</p>	<p>I Emneord/tekstord</p>	<p>O Emneord/tekstord</p>
<p>Emneord: Vulvodynia, female, Dyspareunia</p> <p>Tekstord: Vulvodynia*, Vestibulodynia*, Vulvar Vestibulitis, female*, Dyspareunia*, Localized Vulvodynia</p>	<p>Emneord: Rural health nursing, Sex Counseling, Counseling, plissit</p> <p>Tekstord: Plissit, Remote Rural Nursing, Sex Counseling</p>	<p>Emneord: Sexuality, Sexual Health, Quality of Life</p> <p>Tekstord: Sexuality, Sexual Health, Psychosexual, Sexual Dysfunction*, Life Quality, Health-Related Quality Of Life, Couple*, spouse*</p>



Artikkel 1

Forfatter, år, (land)	Tittel, design	Formål	Funn/anbefalinger	Metodisk kvalitet
Su-Ching Sung, Cheng-Jye Jeng, Yen-Chin Lin 2011 (Taiwan)	<i>Sexual health care for women with dyspareunia</i> Oversiktsartikkel (MEDLINE)	Formålet med denne artikkelen er å samle de viktigste aspektene rundt kvinnelig dyspareuni fra et sykepleierperspektiv, for å bedre kunne hjelpe kvinner som lider av dette. Artikkelen beskriver hvordan sykepleiere systematisk kan samle data for evaluering av seksualitet og seksuell helse. Den forklarer også bruk av PLISSIT-modellen som veiledningsverktøy (<i>Permission, Limited Information, Specific Suggestions, and Intensive Therapy</i>) i samtale med pasienter.	Funnene i artikkelen viser at det er få helsepersonell som tar opp spørsmål knyttet til pasienters seksualitet og seksuelle helse. I Artikkelen kommer det frem ulike rapporterte grunner til at helsepersonell unngår å ta opp dette som tema. Dette handler blant annet om at seksuelle problemstillinger føles for komplekse og tar for lang tid å nøste opp i eller at seksualitet ikke er identifisert som en prioritert knyttet til pasientens historikk, eller vurdert som relevant til pasientens hovedproblem. Sykepleiere rapporterer også at de blir ille berørt av seksuelle tema, og at de føler på mangel til kunnskap og erfaringer til å kunne ta stilling til pasientens seksuelle problem. Det skrives om at de fleste anerkjenner viktigheten av pasientens problemer knyttet seksualitet, men at de ikke føler at dette inngår i deres profesjonsområde. Artikkelen anbefaler bruk av PLISSIT-modellen når det gjelder kartlegging av og veiledning rundt seksualitet. Modellen kan hjelpe sykepleiere til å forstå hva pasienten opplever, og hvordan de kan bidra til å forbedre den seksuelle helsen.	Artikkelen vurderes til å være av god kvalitet. Studien følger IMRAD-strukturen i sin metode. Studien er fagfellevurdert.

Artikkel 2

Forfatter, år, (land)	Tittel, design	Formål	Funn/anbefalinger	Metodisk kvalitet
<p>Suzan E. Mansour, Amany M. Shebl, Soheir M. Waheda 2014 (Egypt)</p>	<p><i>The Effect of Sexual Counseling Program on Pain Level and Sexual Function among Women with Dyspareunia</i> Kasuskontroll- studie (Oria)</p>	<p>Formålet med studien er å avklare effekten av seksuelle- rådgivningsprogram sett opp i mot bedret seksuell funksjon og smerte hos kvinner med dyspareuni.</p>	<p>Kvinnelig dyspareuni er underdiagnostisert hos kvinner. Det kommer frem i studien at dyspareuni berører kvinner og deres seksuelle funksjon signifikant, og derfor er en viktig del av kvinnens helse. Studien viser at seksuelle rådgivningsprogram har effekt på smertenivå og forbedring av seksuell funksjon blant kvinner med dyspareuni.</p> <p>Studien viser til anbefalinger som blant annet inkluderer bruk av seksuelle rådgivningsprogram for kvinner som uttrykker seksuelle problemer. Den anbefaler også opplæringsprogram for sykepleiere i hvordan de skal håndtere ulike seksuelle problemer hos sine pasienter.</p>	<p>Målet med studien ble forklart til alle kvinnene før de deltok i studien. Skriftlig samtykke om deltakelse ble hentet fra hver kvinne. All data ble behandlet konfidensielt. Alle etiske hensyn ble klargjort for hver kvinne før de deltok i studien. Artikkelen følger IMRaD-strukturen i sin oppbygning.</p>

Forfatter, år, (land)	Tittel, design	Formål	Funn/anbefalinger	Metodisk kvalitet
<p>Sultan Ayaz 2012 (Tyrkia)</p>	<p><i>Sexuality and Nursing Process</i> Litteraturstudie</p>	<p>Hensikt med denne studien er å utforske ulik litteratur som tar for seg kartlegging av seksualitet og seksuell helse fra et sykepleiersperspektiv, for å kunne identifisere seksuell uhelse hos pasienter, med et fokus på dyspareuni hos kvinner. Den tar for seg to ulike verktøy som kan brukes i denne sammenhengen, hvor PLISSIT-modellen er en av de inkluderte.</p>	<p>Artikkelen tar opp viktigheten av at sykepleiere tør å gå inn i disse samtalene og konkluderer med ta sykepleieren spiller en viktig rolle i adressering av pasienters seksuelle utfordringer. Funnene i artikkelen viser fordelene ved at sykepleiere har klare tiltak og retningslinjer å jobbe etter i å adressere seksualitet og seksuell helse for pasienter med ulike former for dyspareuni.</p>	<p>Artikkelen følger IMRaD-strukturen og er publisert i et tidsskrift. Studien er fagfellevurdert.</p>

Artikkel 3