



Høgskulen på Vestlandet

SYKHB3001 Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001-PRO1-2021-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	22-02-2021 09:00	Termin:	2021 VÅR
Sluttdato:	21-04-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F + Bestått)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 SYKHB3001 1 PRO1 2021 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	211
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7992
Engelsk tittel *:	Inflammatory bowel disease and sexual health in women.

Egenerklæring *: Ja Nei
Jeg bekrefter at jeg har Ja Nei registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)
Gruppenummer: 14
Andre medlemmer i gruppen: 267

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja Nei

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

Nei

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

Nei



BACHELOROPPGAVE

Inflammatorisk tarmsykdom og seksuell helse hos kvinner.

Inflammatory bowel disease and sexual health in women.

Kandidatnummer 211 & 267

Bachelor i sykepleie, Haugesund
Fakultet for helse- og omsorgsvitenskap
Innleveringsdato: 21. April 2021

Antall ord: 7992

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, § 12-1.

Sammendrag

Introduksjon: Vi har valgt å skrive om seksuell helse hos kvinnelige pasienter med inflammatorisk tarmsykdom (IBD), grunnet at vi gjennom sykepleierutdannelsen og i sykepleiepraksis ikke har opplevd at seksuell helse har blitt vurdert. Forekomsten av IBD er lik mellom kvinner og menn, men ut ifra tidligere forskning viser det at kvinner med IBD har høyere forekomst av seksuelle problemer enn menn. Problemet er altså mer vanlig for kvinner, men mye av forskningen på temaet handler om menn. Vi ønsker derfor å undersøke hvordan sykepleier kan fremme god seksuell helse hos kvinner med IBD.

Metode: Det er benyttet litteraturstudie som metode i denne bacheloroppgaven. Elektroniske databaser ble brukt for å søke etter artikler som ble publisert mellom 2011 og 2021. Fem ulike forskningsartikler publisert mellom 2014 og 2019 ble valgt ut, og blir presentert i denne litteraturstudien. Én av disse er kohortstudie, to er tverrsnittsstudier, én er kvalitativ studie, og den siste er en systematisk oversikt.

Resultat: Resultatene indikerer at nesten alle kvinner med IBD opplever en form for seksuell dysfunksjon. Depresjon- og angstsymptomer hos IBD-pasienter er risikofaktorer for å oppleve og utvikle seksuelle problemer, og forekommer ofte hos kvinner. Funnene våre antyder også at det er for lite undervisning om seksuell helse i utdannelsen og på arbeidsplassen, og holdninger rundt seksualitet påvirker også hvorvidt sykepleiere tar dette opp med pasienten. Sykepleier er en viktig del av oppfølgingen til IBD-pasienter for å kunne gi informasjon og veiledning. Resultatene indikerer også at sykepleiere ikke føler seg komfortable nok til å spørre pasienter om seksuell helse.

Diskusjon: Kvinnelige IBD-pasienter kan også oppleve å ha ulike psykososiale problemer og nedsatt livskvalitet, og det er derfor viktig at sykepleier er bevisst på dette da stress kan negativt påvirke sykdomsaktivitet. Sykepleierutdanningen og arbeidsplassen bør legge til rette for mer undervisning, gjerne gjennom bruk av SOS-modellen, simulering og kurs. I oppfølgingen av kvinnelige IBD-pasienter bør sykepleier være delaktig, og bruke modeller som PLISSIT og The Recognition model. Sykepleiere bør også være bevisste på egne holdninger rundt seksualitet, da dette kan påvirke hvorvidt pasienten får muligheten og føler seg komfortabel til å ta opp seksuelle problemer. Kommunikasjon blir derfor sentralt for sykepleiere å kunne fremme god seksuell helse hos kvinnelige IBD-pasienter.

Abstract

Introduction: We have chosen to write about sexual health in female patients with inflammatory bowel disease (IBD), and the reason for this is that throughout our nursing education and in nursing practice we haven't experienced that sexual health has been considered. The prevalence of IBD is the same for women and men, but previous research shows that women with IBD have a higher occurrence of sexual difficulties than men. We also feel that there is a need for more focus around women's health. We therefore wish to examine how nurses can promote good sexual health in women with IBD.

Methods: Systematic review has been used as the method in this bachelor thesis. Electronic databases were used to search for articles that was published between 2011 and 2021. Five different articles published between 2014 and 2019 were chosen and will be presented in this literature study. One of the studies is a cohort study, two are cross-sectional studies, one is a quantitative study, and the last one is a systematic review.

Results: The results indicate that almost all women with IBD experience some form of sexual dysfunction. Depression and anxiety-related symptoms in IBD-patients are risk factors to experience and develop sexual difficulties. Our findings also suggests that there is a need for more education on sexual health in nursing schools and in the workplace, and attitudes towards sexuality have an impact on whether nurses ask patients about this. Nurses are an important part of the follow-up on IBD-patients, especially to give information and guidance. The results also indicates that nurses don't feel comfortable enough to ask patients about sexual health.

Discussion: Female IBD-patients may also experience having psychosocial issues and reduced quality of life, and therefore it is important that nurses are aware of this, since stress can negatively impact disease activity. Nursing schools and the workplace should facilitate more education, preferably through use of the SOS-model, simulations and courses. In the follow-up of female IBD-patients, nurses should be participant, and use models like PLISSIT and The Recognition model. Nurses should also be aware of their own attitudes towards sexuality, because this can affect whether or not the patient feels comfortable to talk about sexual problems. Communication is therefore key for nurses to promote good sexual health in women with IBD.

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	6
1.1 Presentasjon av tema	6
1.2 Begrepsavklaring	7
1.2.1 Inflammatorisk tarmsykdom (IBD)	7
1.2.2 Seksualitet og seksuell helse	8
1.2.3 Livskvalitet og psykososiale behov	9
1.2.4 Holdninger	10
1.3 Teorimodeller	10
1.3.1 PLISSIT-modellen	10
1.3.2 SOS-modellen	10
1.3.3 The Recognition Model	11
1.4 Bakgrunn for valg av tema	11
1.5 Presisering og avgrensning	12
1.6 Problemstilling	12
2. Metode	13
2.1 Litteraturstudie	13
2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	14
2.3 Litteratursøk	14
2.4 Kildekritikk	16
3. Resultater	19
3.1 IBD-pasienter og seksuelle problemstillinger	20
3.2 Psykososiale behov og livskvalitet hos IBD-pasienter	20
3.3 Undervisning og veiledning om seksuell helse i sykepleierutdanningen	21
3.4 Sykepleiernes rolle i oppfølgingen av IBD-pasienter	22
3.5 Holdninger rundt seksualitet og seksuell helse	23
3.6 Kommunikasjon om seksuell helse fra sykepleiernes perspektiv	24
4. Diskusjon	25
4.1 Psykososiale behov og livskvalitet hos IBD-pasienter	25
4.2 Seksuell helse i sykepleierutdanningen	26
4.3 Sykepleiers rolle i oppfølging	27
4.4 Sykepleiers holdninger til seksualitet	28
4.5 Kommunikasjon om seksualitet og seksuell helse	30
5. Konklusjon	32
Referanseliste	34
Vedlegg 1: Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie	40

Innholdsfortegnelse for tabeller

Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	14
Tabell 2: Oppsummering av søkestrategi og utvalgte artikler.....	16
Tabell 3: Oversikt over artikler fra litteratursøk.	19

1. Innledning

1.1 Presentasjon av tema

Inflammatorisk tarmsykdom (IBD) har det siste århundre økt betydelig i den vestlige verden i industrialiserte land (Coward & Kaplan, 2017). I Norge får ca. 15 av 100 000 personer diagnosen ulcerøs kolitt, ulcerative colitis (UC), årlig. Dette er høy forekomst sammenlignet med resten av verden (Paulsen, 2017, s. 268). I tillegg ble det i 2010 estimert at Europa har den høyeste forekomsten av UC, med 24,3 av 100 000 personer årlig (Coward & Kaplan, 2017, s. 16). Crohns sykdom, Chron's disease (CD), har noe mindre forekomst i Norge, med ca. 5 av 100 000 årlig (Paulsen, 2017, s. 270). På verdensbasis er prevalensen for CD 5-10 personer per 100 000 (Ong & Skittrall, 2018, s. 100).

I aktiv fase av UC eller CD kan pasientene bli svært syke og utmattet (Øverlie, 2015, s. 716). Aktiv sykdom kan gi symptomer som diaré, magesmerter, fatigue, atralgi og vekttap. I tillegg kan økt sykdomsaktivitet påvirke sexlyst, seksualfunksjonen og seksuell nytelse (Ford et al., 2019, s. 370). IBD-pasienter kan derfor oppleve dårlig seksuell helse. Sykepleiere har ansvar for å dekke forskjellige behovsområder hos en pasient, men seksualitet kan ofte bli lagt til side som behov. Seksualitet blir ansett som det mest private området, og egne holdninger rundt temaet kan påvirke kommunikasjonen med pasienten (Gamnes, 2017, s. 398). Informasjon som gis til pasienten skal ifølge pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-5) være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, samt gis på en hensynsfull måte. På samfunnsnivå ser vi at det er behov for å sette søkelys på kvinnehelse. Det er viktig at sykepleier i sitt arbeid i helsetjenesten er bevisst på sentrale kjønnsforskjeller mellom kvinner og menn. Kvinners problemer, reaksjoner og perspektiv er ofte lite vektlagt i helsetjenesten, og medisinsk forskning bygger ofte på data fra menn (Kristoffersen, 2016, s. 41-42).

Tidligere studier viser at kvinner med IBD opplever seksuelle problemer som kan forbindes med psykososiale faktorer som depresjon (Timmer et al., 2008, s. 8). Marín et al. (2012, s. 718) påpeker også i sin studie at mannlige IBD-pasienter ikke har høyere risiko for seksuell dysfunksjon enn befolkningen ellers, i kontrast til kvinnelige IBD-pasienter som har høyere

forekomst av seksuell dysfunksjon. På bakgrunn av at denne pasientgruppen ofte opplever seksuelle problemer, ønsker vi å undersøke hvordan sykepleier kan fremme god seksuell helse.

1.2 Begrepsavklaring

1.2.1 Inflammatorisk tarmsykdom (IBD)

Inflammatorisk tarmsykdom er en fellesbetegnelse på sykdommene ulcerøs kolitt, Crohns sykdom og mikroskopisk kolitt. Inflammasjonen oppstår som følge av immunsystemets overreaksjon på en eller annen faktor i tarmlumen eller tarminnholdet, for eksempel en bakterie (Paulsen, 2017, s. 268). Sykdommene UC og CD har mye til felles. Begge sykdommene har familiære arvemønstre, begge forårsaker inflammasjon i tarm, og begge har samme systemiske forandringer (Ong & Skittrall, 2018, s. 154). Vi skal nå gjøre rede for sykdommene ulcerøs kolitt og Crohns sykdom.

Ulcerøs kolitt er en kronisk intermitterende inflammatorisk tarmsykdom som begrenses til colon. Sykdommen debuterer oftest i ung voksen alder, og rammer menn og kvinner likt (Paulsen, 2017, s. 268). Sykdommen er autoimmun, og gir inflammasjon i tykktarmen som fører til slimhinneskader. Hovedsymptomene ved UC er blodig og slimete diaré, som kan variere fra lett diaré og lett blodtilblanding i avføringen til blodige tømninger mer enn seks ganger i døgnet. Sykdommen kan forekomme i milde, moderate og alvorlige former basert på sykdomsaktiviteten. UC gir også økt risiko for utvikling av colorektal cancer (Stubberud & Nilsen, 2016, s. 477).

Crohns sykdom er en kronisk inflammasjonstilstand. I motsetning til UC kan CD ramme alle delene av mage-tarm-kanalen, helt fra munnhule til anus. Sykdommen forekommer likevel oftest i nedre del av ileum. Det kan i tidlige forløp være vanskelig å skille de som har affeksjon kun i colon, fra pasienter med UC (Næss, 2012, s. 123). Symptomene varierer ut fra betennelsesgrad og sykdomsutbredelse. Magesmerter og vandig diaré er vanlige symptomer på denne sykdommen, og de kan være plaget med både diare og obstipasjon. I

tillegg forekommer også vekttap og slapphet som vanlige symptomer på CD (Paulsen, 2017, s. 270).

1.2.2 Seksualitet og seksuell helse

Seksualitet dreier seg ikke kun om samleie og om genitaliers funksjon. Selv om det ikke er en internasjonal enighet om definisjonen av begrepet, har WHO foreslått en arbeidsdefinisjon (Helland, 2015, s. 862).

Seksualitet er et grunnleggende aspekt ved det å være menneske gjennom livet, som inkluderer seksuelle handlinger, kjønnsroller, seksuell orientering, erotikk, nytelse, intimitet, nærhet og reproduksjon. Seksualitet oppleves og uttrykkes gjennom tanker, fantasier, ønsker, tro, holdninger, verdier, atferd, handlinger, roller og forhold. Selv om seksualitet kan inkludere alle disse dimensjonene, er ikke alle disse alltid opplevd eller uttrykket. (WHO, 2006).

Seksualitet angår også i alle aldre og livssituasjoner, og begrenses ikke bare til menneskets erotiske aktiviteter. Derimot refererer begrepet til alle aspektene ved det å være en seksuell person. Det er vanlig å skille mellom seksuelle handlinger, seksuell atferd og seksuell lyst. Fysiske og psykiske plager kan ha sammenheng med seksuelle problemer, og kan gå ut over livskvaliteten (Gamnes, 2017, s. 374).

Seksuell helse blir i definisjonen til WHO (2006) sett på med en biopsykososial tilnærming, altså at seksuell helse anses som et resultat av et dynamisk spill mellom biologiske, psykologiske og sosiale elementer (Helland, 2015, s. 863).

Seksuell helse er en tilstand av fysisk, følelsesmessig, psykisk og sosialt velbefinnende i forbindelse med seksualitet: ikke kun fravær av sykdom, funksjonssvikt eller manglende helse. Seksuell helse forutsetter en positiv og respektfull tilnærming til seksualitet og seksuelle relasjoner, så vel som muligheten til å ha nytelsesfulle og trygge seksuelle erfaringer, frie for tvang, diskriminering og vold. For å oppnå og opprettholde seksuell helse må alle menneskers seksuelle rettigheter respekteres, beskyttes og oppfylles. (WHO, 2006).

En person med inflammatorisk tarmsykdom vil ha en seksuell helse, men denne kan variere i hvorvidt personen anser den som god eller ikke. Sykdommen kan innvirke på muligheten til behagelige og trygge seksuelle opplevelser, blant annet på grunn av symptombildet og den innvirkningen det har på personens liv. Personer med funksjonsnedsettelse kan ha spesifikke fysiske eller kognitive problemstillinger i relasjon til seksuell helse, som kan ha behov for rådgivning og støtte (Holmskov & Skov, 2012, s. 4).

1.2.3 Livskvalitet og psykososiale behov

Begrepet livskvalitet innebærer både subjektive og objektive sider av livet. Den subjektive livskvaliteten handler om hvordan enkeltpersoner opplever sitt liv, og positive opplevelser av god fungering, mestring, mening og interesse (Folkehelseinstituttet, 2019). I tillegg kan man fortsatt ha en opplevelse av god livskvalitet, på tross av sykdom eller andre helseplager og belastninger. Når det kommer til den objektive opplevelsen av livskvalitet, handler det om hvor god livssituasjon man har, i forhold til helsetilstand, funksjonsevne, materielle levekår, arbeidsoppgaver og fritidssysler (Folkehelseinstituttet, 2019). Opplevelse av tilfredshet i dimensjonene fysisk, psykisk, åndelig eller eksistensielt, sosialt og materielt velvære utgjør ens livskvalitet (Haugan & Rannestad, 2018, s. 142). God seksuell helse ser ut til å være en ressurs for å fremme god livskvalitet. Seksuelle problemer kan være en trussel for livskvaliteten og en kilde til stress (Helland, 2015, s. 862).

Det å ha høy livskvalitet sies også å ha en sammenheng både med bedre fysisk helse og færre psykiske plager og lidelser. Dette er på bakgrunn av at ulike faktorer som bidrar til livskvalitet også kan beskytte mot eksempelvis alvorlig depresjon, og angst- og depresjonslignende plager (Folkehelseinstituttet, 2019). Psykososiale behov er grunnleggende for hvordan mennesker har det, hvordan de opplever og erfarer tilværelsen og for hvordan de lever. Elementer i psykososial helse kan være å finne mening, å være trygg og tilfreds, å mestre, oppleve fellesskap og støtte, og det å ha en identitet. De psykososiale behovene innebærer et emosjonelt og relasjonelt perspektiv. Sinnsstemninger, reaksjoner, følelser og opplevelser inngår i det emosjonelle perspektivet, og behovet for

felleskap og sosial kontakt med andre, anerkjennelse og følelsesmessig støtte inngår i det relasjonelle perspektivet (Eriksen, 2015, s. 890).

1.2.4 Holdninger

Begrepet holdninger kan defineres enkelt som en generell og varig positiv eller negativ følelse ovenfor personer, objekter eller temaer. Holdninger kan også forstås ut ifra tre ulike komponenter. Komponentene følelser, atferd og kognisjon kan påvirke hvilken holdning man har til noe, og sammensetningene av komponentene kan være forskjellige, som gir ulike holdninger. Det er imidlertid ikke alltid slik at vi handler ut ifra tankene og følelsene våre, og det kan oppstå et sprik mellom holdning og handling (Renolen, 2015, s. 231-232). For å best mulig kunne kommunisere om seksualitet og ivareta pasientens behov, er det viktig å være bevisst over egne og andres holdninger rundt temaet (Gamnes, 2017, s. 398).

1.3 Teorimodeller

1.3.1 PLISSIT-modellen

PLISSIT-modellen er et verktøy som blir brukt til seksuell rådgivning, og modellen består av fire trinn. De tre øverste trinnene har som hensikt å forsøke å gi hjelp til selvhjelp, og det nederste trinnet er behov for intensiv terapi (Helland, 2015, s. 878). P-nivået er det øverste, hvor pasienten får tillatelse til å snakke om seksualitet. Det trengs ingen utdanning på dette nivået. LI-nivået dreier seg om å gi informasjon om seksualitet på en generell basis. Dersom pasienten er på SS-nivået krever det spesialutdanning rundt seksualitet, og på dette nivået har pasienten behov for å stille spørsmål rundt sin egen situasjon og få forslag til løsninger. På IT-nivået har pasienten behov for intensiv terapi, og det kreves spesialkompetanse innenfor psykoterapi og sexologi (Gamnes, 2017, s. 400).

1.3.2 SOS-modellen

Seksualitet og sykepleie-modellen (SOS-modellen) fokuserer på en prosess som innebærer en trinnvis integrering av seksualitet i utførelsen av sykepleie. Både pedagogiske prosesser, samt sykepleieprosesser omfattes av denne modellen. Den kan brukes under utdanningen av sykepleiere, eller av institusjoner som ønsker å heve deres kompetanse, samt økt

fordypelse i seksualitet. Denne modellen består av seks faser; avklaring, kunnskap og øvelser, sykepleieprosessen, faglig vekst, utvikling, og fra enhet til helhet. Det denne modellen gjør er å gi konkrete forslag til hvordan man kan endre den manglende kunnskapen, og mangelen på integrasjon av seksualitet i sykepleien (Helland, 2015, s. 879-880)

1.3.3 The Recognition Model

The Recognition Model, anerkjennelsesmodellen, er utviklet for å kunne rutinemessig ta opp seksuelle problemer hos pasienter. Denne retter seg mot helsepersonell og sosialarbeidere i tverrfaglige team, som arbeider med pasienter som har nedsatt funksjonsevne og kroniske sykdommer. Denne består av fem nivåer: anerkjennelse, gi sensitive tillatende strategier, utforske seksuelle bekymringer, ta opp spørsmål innenfor temaet og henviser videre ved behov. Denne modellen egner seg best til at behandlingsteam tar ansvar for å fremme god seksuell helse hos pasienten (Helland, 2015, s. 880-881).

1.4 Bakgrunn for valg av tema

Ved akutt sykdom er det mange behov som kan kreve ivaretagelse, og seksuelle behov kan derfor bli sidestilt. Vi føler også at vi har et kunnskaps-gap her, og ønsker derfor å tilegne oss mer kunnskap rundt seksualitet. Av egne erfaringer fra praksis og fra tidligere arbeid har vi ikke opplevd at seksualitet som behov har blitt kartlagt eller vurdert. Ut ifra vår oppfatning blir behovet nedprioritert framfor andre behov. I følge helsepersonelloven (1999, § 10) er det helsepersonellet som yter helse- og omsorgstjenester som skal gi informasjon til pasienten. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-2) sier også at pasienten har rett til informasjon som gir innsikt i deres helsetilstand. Sykepleiere har ofte liten erfaring med å samle inn informasjon om forhold hos pasienten som er knyttet til seksualitet, og kan ofte oppleves for personlig til å spørre om (Gamnes, 2017, s. 401). Likevel har sykepleier en funksjon som inngår i mange behovsområder som oppfattes som veldig personlige hos pasientene, og seksualitet burde derfor ikke sidestilles. Som snart nyutdannede sykepleiere har vi både for lite kunnskap om seksuell helse, for lite trening i hvordan informasjonen skal formidles, og for lite kunnskap om hvordan dette oppleves for pasienter. Vi føler ikke det

har vært nok fokus rundt dette i utdanningen. Vi ønsker å kunne ha profesjonelle og gode samtaler med pasientene som ikke kan virke krenkende, støtende eller fordomsfulle, og ser derfor behov for mer kunnskap om seksualitet og seksuell helse.

1.5 Presisering og avgrensning

Vi har valgt å avgrense oppgaven til ulcerøs kolitt og Crohns sykdom, på bakgrunn av at disse begrensningene ble gjort i flere av forskningsartiklene som kom fram i litteratursøket vårt også. I tillegg valgte vi å la oppgaven omhandle IBD og ikke avgrense det til kun en av sykdommene, fordi det meste av forskningen vi fant omhandlet IBD som en helhet. Sykdommene har også mange likheter i symptombildet og behandling. Vi har også valgt å avgrense denne oppgaven til kvinnelige pasienter, da vi i startfasen fant ut at det finnes mindre forskning på kvinner og seksualitet i forhold til mengden forskning rundt menn og seksualitet, til tross for at mange studier påpeker at kvinner oftest rapporterer problemer i forhold til seksuell helse. I tillegg er vi begge kvinner og har da et litt nærere forhold til det kvinnelige perspektivet, og ønsker å sette mer søkelys på kvinnehelse. På bakgrunn av dette ønsker vi å finne svar på følgende problemstilling.

1.6 Problemstilling

«Hvordan kan sykepleier fremme god seksuell helse hos kvinnelige pasienter med inflammatorisk tarmsykdom (IBD)?»

2. Metode

Metode er et redskap som blir brukt når noe skal undersøkes, og hjelper med å samle inn informasjonen som trengs. Valg av metode baseres på hvilken som egner seg best til å belyse problemstillingen som er blitt stilt på best mulig måte (Dalland, 2017, s. 51).

Litteraturstudie har blitt valgt som metode for å finne svar på problemstillingen vår.

2.1 Litteraturstudie

Vi skal nå gjøre rede for litteraturstudie som metode. En litteraturstudie er en studie som består av systematiske litteratursøk, gjennomgang og vurdering av forskning som allerede finnes på et område (Christoffersen et al., 2015, s. 62). Litteraturstudier innebærer å samle inn litteratur, gå kritisk gjennom de ulike kildene og til slutt komme fram til en sammenfatning. Studietypen systematiserer forskjellig kunnskap fra ulike skriftlige kilder (Thidemann, 2019, s. 77). Det er vanlig å gjøre litteraturstudier som baseres på data fra primærkilder i form av publiserte vitenskapelige artikler eller rapporter. For å kunne kvalifisere til en strukturert litteraturstudie, er det visse kriterier som må være oppfylt, blant annet at primærstudievalgene skal gjøres systematisk, og utvalgsmetoden må være definert. Studien skal også ha en tydelig problemstilling. Søkestrategier som er benyttet for å finne primærstudiene, samt hvilket grunnlag de inkluderes eller ekskluderes, skal beskrives. Det skal også gjøres en analyse av resultatene, og alle skal kvalitetsvurderes med sjekklister. Kravene som må være oppfylt i en litteraturstudie er problemstilling og formål, søk, gjennomgang, analyse og diskusjon av materialet samt en rapport (Christoffersen et al, 2015, s. 62-63).

2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Engelsk eller norsk språk.	Andre språk enn engelsk og norsk.
Artikler publisert de siste ti årene, mellom 1. januar 2011 og 1. februar 2021.	Artikler publisert før 1.januar 2011.
Artikler som bruker IMRaD-struktur.	Artikler som ikke bruker IMRaD-struktur.
Fagfellevurdert forskning.	Forskning som kun omhandler andre sykdommer enn inflammatoriske tarmsykdommer.
Artikler som inkluderer kvinnelige deltakere.	Forskning som kun inkluderer mannlige deltakere.

2.3 Litteratursøk

Gjennom systematiske søk på de elektroniske databasene CINAHL, MEDLINE via EBSCO, og PubMed, som beskrevet i Tabell 1, har vi kommet fram til fem artikler vi ønsker å bruke i litteraturstudien vår. Søket ble avgrenset for artikler mellom 2011-2021, engelskspråklige artikler og fagfellevurdert forskning før treffene ble vurdert. Vi begynte med å søke på artikler som omhandlet "Inflammatory bowel disease AND sexuality". Etter hvert utvidet vi også søket til å inkludere "sexual health AND nursing", da dette også ga interessante treff som vi kunne bruke i litteraturstudien vår. I litteratursøket har vi valgt å velge forskningsartikler som følger IMRaD-strukturen, og valgte derfor å ekskludere artikler som ikke fulgte denne strukturen. De fleste vitenskapelige artikler innenfor medisin og helsefag følger IMRaD-strukturen, som samsvarer med forskningsprosessen (Thidemann, 2019, s. 66).

Innledningsvis hadde vi 14 artikler som ble vurdert. Ut ifra disse ble det foretatt en vurdering av alle artiklene. I utgangspunktet hadde vi syv artikler, men etter hvert reduserte vi dette til fem artikler. Dette var for å unngå resultater som gikk utenfor problemstillingen vår. Vi har valgt artikler med ulike forskningsdesign, og dette har vi gjort på grunn av at vi ønsker å få frem forskjellige perspektiv av resultatene som kan bidra til å besvare problemstillingen. To av artiklene er derimot tverrsnittstudier, men omhandler ulike tema.

Shmidt et al. (2019) ble valgt ut på bakgrunn av at denne illustrerer utbredelse av problemet hos denne pasientgruppen og gir et sterkere grunnlag til hvorfor problemstillingen vår er relevant. Dette er på grunn av at den synliggjør hvordan kvinner med IBD er ekstra utsatt for seksuelle dysfunksjoner. Bulut & Törüner (2019) ble valgt på bakgrunn av at artikkelen undersøker hvordan sykdommen har innvirkning på livskvalitet, humør og seksuelliv. I tillegg får den frem sammenhengen mellom psykososiale problemer og seksuell dysfunksjon. I andre artikler blir ikke alltid denne sammenhengen synliggjort nok. Studien til Klaeson et al. (2016) er kvalitativ, noe som er positivt for vår oppgave da vi ønsker å inkludere *sykepleiernes* perspektiver ved det å kommunisere med pasienter om seksuell helse. Studien undersøker også hvilke kunnskapsnivå sykepleierne har når det kommer til seksuell helse. Simian et al. (2020) sin studie beskriver viktigheten av sykepleiernes rolle i oppfølgingen av IBD-pasienter. Denne studien får frem hvordan sykepleiere kan bidra til å gi adekvat oppfølging i sykdomsforløpet. En negativ side ved denne artikkelen, er at den ikke omhandler seksualitet som de andre artiklene våre gjør. Likevel får den frem viktigheten av sykepleiers rolle, noe vi så behovet for i denne oppgaven. Vi valgte å bruke studien til Fennell (2019), på bakgrunn av at studien undersøker hvilke faktorer som påvirker hvorvidt sykepleiere føler seg komfortable i situasjoner hvor seksuell helse blir tatt opp som et behovsområde. På denne måten får vi også frem hvilke situasjoner sykepleierne føler seg ukomfortable, og hvordan dette eventuelt kan unngås.

Tabell 2: Oppsummering av søkestrategi og utvalgte artikler.

Database	Søkeord	MeSH	Treff	Vurd.	Eksl.	Inkl.	Artikkel
CINAHL	Inflammatory bowel disease AND sexual*	- Inflammatory bowel diseases <i>Search as keyword "sexual*"</i>	49	10	49	0	-
CINAHL	Inflammatory bowel disease AND sexuality	- Inflammatory bowel diseases - Sexuality	17	3	17	0	-
CINAHL	Inflammatory bowel disease AND sexual health	- Inflammatory bowel diseases - Sexual health	7	6	4	0	-
CINAHL	Inflammatory bowel disease AND sexual dysfunction	- Inflammatory bowel diseases - Sexual dysfunction, female	9	5	9	0	-
CINAHL	Sexual health AND nursing	- Sexual health - Nursing practice	56	6	55	1	Fennell (2019)
CINAHL	Inflammatory bowel disease AND nurse	- Inflammatory bowel diseases <i>Search as keyword "nurse"</i>	125	6	124	1	Simian et al. (2020).
CINAHL	Sexual health AND nurse	- Sexual health - Nurse attitudes	47	10	46	1	Klaeson et al. (2016).
MEDLINE via EBSCO	Inflammatory bowel disease AND sexual*	- Inflammatory bowel diseases <i>Search as keyword "sexual*"</i>	71	11	70	1	Shmidt et al. (2019)
MEDLINE via EBSCO	Inflammatory bowel disease AND sexual health	- Inflammatory bowel diseases - Sexual health	2	0	2	0	-
PubMed	Inflammatory bowel disease AND sexual*	-	235	23	235	0	-
PubMed	Inflammatory bowel disease AND sexual health	-	100	21	99	1	Bulut & Törüner (2019).

2.4 Kildekritikk

Kildekritikk betyr ifølge Dalland (2017, s. 158) vurdering og karakterisering av litteraturen som en har funnet gjennom litteratursøk og hvorvidt det lar seg bruke til å beskrive og belyse en problemstilling. I løpet av bachelorperioden vår ble det et stort utbrudd av SARS-COV-2 i området, som medførte stenging av høyskolebiblioteket i Haugesund og skolens områder. Stengingen av biblioteket gjør at litteraturen vi har hatt tilgang på er begrenset.

Som følge av dette er en av ulempene med oppgaven at det blir tatt i bruk mindre faglitteratur enn opprinnelig tenkt, i tillegg til økt bruk av sekundærkilder i teksten. Det har også delvis medført begrensninger i litteratursøket underveis, da det er dårligere tilgang på vitenskapelige artikler utenfor skolens områder. På tross av dette ble litteratursøket hovedsakelig utført før nedstengingen av skolen, som er positivt for vår oppgave.

Dalland (2017, s. 159-165) påpeker også ulike momenter som er viktig innenfor kildekritikk for å vurdere om kildene er relevante og pålitelige. Disse skal vi nå bruke for å vurdere artiklene vi har valgt. Alle artiklene vi har valgt er forskningsartikler. Hensikten og formålet med hver studie er tydelig definert. Ingen av artiklene er mer enn syv år gamle, slik at kunnskapen som kommer fram ikke er utdatert. Fire av artiklene vi har valgt er primærkilder, og én er en sekundærlitteratur gjennom systematisk oversikt. I litteratursøket har vi også valgt å kun bruke forskningsartikler som er fagfellevurdert, som øker troverdigheten. Alle tekstene har helsefaglig relevans. To av artiklene undersøker og påpeker ulike seksuelle problemstillinger hos IBD-pasienter, to om hvordan sykepleiere opplever å ta opp seksuell helse med pasienter, og en om sykepleiers rolle i oppfølging av IBD-pasienter. Etter vår tolkning av artiklene har de alle relevans for vår problemstilling. Vi har også tatt i bruk sjekklister for ulike fra Helsebiblioteket.no (2016) for å kritisk vurdere forskningen. Ut ifra disse anså vi at artiklene var godt egnet til å besvare problemstillingen vår. Et eksempel på utfylt sjekkliste av den ene forskningsartikkelen vår er inkludert i Vedlegg 1.

Litteraturstudien vår inneholder også forskningsartikler med forskjellige forskningsmetoder, som er hentet fra databaser anbefalt av veiledere i forberedelse til bachelorperioden. Vi har opplevd at bruk av litteraturstudie som metode har fungert bra, fordi det gir ulike perspektiver som kan gi svar på problemstillingen. En ulempe i litteraturstudien vår kommer fram i den systematiske oversikten til Fennell (2019) som vi har valgt å inkludere. Denne studien baseres blant annet på forskning av Klaeson et al. (2016) som vi også har valgt å inkludere. Vi bestemte oss likevel for å ta i bruk Fennell (2019) sin studie fordi den kommer med nyttig innspill som vi anser som relevant for vår oppgave. I problemstillingen vår har vi

også valgt å kun inkludere kvinner, og har valgt pasienter med IBD. Som forklart tidligere har vi valgt seksuell helse hos kvinnelige IBD-pasienter fordi dette i liten grad har blitt fokusert på tidligere. Det finnes også begrenset forskning rundt kvinnehelse. En ulempe med dette er at det derfor finnes mindre forskning å ta utgangspunkt i enn dersom vi hadde valgt å fokusere på menn eller en annen pasientgruppe.

3. Resultater

Tabell 3: Oversikt over artikler fra litteratursøk.

Artikkel	Hensikt	Metode	Resultat
Shmidt et al. (2019).	Utforske seksuell funksjon ved diagnosetidspunkt og om det forekommer endringer over lengre tid for voksne, kvinnelige pasienter med IBD.	Kohortstudie hvor det ble tatt i bruk en indeks for å undersøke kvinnelig seksuell funksjon, og modeller ble deretter brukt for å undersøke forandringer i indeksen av demografiske og kliniske faktorer.	De kvinnelige deltakernes seksuelle problemer viste seg å være stabile og det oppstod få endringer gjennom studieperioden. 97% av kvinnene oppga at de hadde seksuelle problemer. Alder var en høy prediktor.
Bulut & Törüner (2019)	Utforske hvordan aktivitet, samt hvilken type inflammatorisk tarmsykdom påvirket livskvalitet, humør og seksuelliv.	Tverrsnittstudie hvor det er inkludert mennesker med IBD og en kontrollgruppe av mennesker uten diagnostisert tarmsykdom.	IBD-pasienter viser høyere forekomst av angst- og depresjonssymptomer, lavere livskvalitet og høyere forekomst av seksuell dysfunksjon, i forhold til kontrollgruppen.
Klaeson et al. (2016).	Å sette lys på sykepleiernes erfaringer og muligheter til å diskutere seksuell helse med pasienter i primærhelsetjenesten.	Kvalitativ deskriptiv design med bruk av semi-strukturerte intervjuer utført på ni sykepleiere. Data ble analysert med bruk av kvalitativ innholdsanalyse. Fire delkategorier og to hovedkategorier ble brukt for å få fram erfaringene til sykepleierne.	Sosiale normer ble belyst som en barriere for sykepleierne til å føle seg komfortabel og opptre profesjonelt. I tillegg var egne holdninger og kunnskaper en barriere, og det var enklere å ta opp seksuell helse med menn.
Simian et al. (2020).	Beskrive rollen IBD-sykepleiere hadde i oppfølgingsfasen for pasienter med IBD.	Tverrsnittstudie med kvantitative resultater.	Av de 107 pasientene som deltok i studien, opplevde 96% at IBD-programmet var utmerket, mens de resterende 4% opplevde det som tilfredsstillende.
Fennell (2019).	Utforske faktorer som kan påvirke sykepleieres tilbud rundt kunnskap om seksuell helse.	Systematisk oversikt hvor forfatteren har brukt tidligere artikler fra med publiseringsdato mellom 2012 og 2017.	Det ble gjort funn av fire faktorer som påvirker pleiernes tilbud om kunnskap rundt seksuell helse.

Resultatene fra de valgte artiklene skal nå presenteres tematisk. Ut ifra funnene som ble gjort valgte vi å bruke følgende seks temaer: IBD-pasienter og seksuelle problemstillinger, psykososiale behov og livskvalitet hos IBD-pasienter, undervisning og veiledning om seksuell helse i sykepleierutdanningen, sykepleiernes rolle i oppfølgingen av IBD-pasienter, holdninger rundt seksuell helse og seksualitet, og kommunikasjon om seksuell helse fra sykepleiernes perspektiv.

3.1 IBD-pasienter og seksuelle problemstillinger

I studien av Shmidt et al. (2019) blir seksuelle problemer hos kvinnelige pasienter med nylig diagnostisert IBD undersøkt over en periode på to år. I studien ble The Female Sexual Function Index (FSFI) brukt, hvor høyere skår indikerer bedre seksuell funksjon. Resultatene viste at 97% av deltakerne hadde seksuelle problemer. Alder ble identifisert som en egen risikofaktor for seksuelle problemer. Resultatene antyder også at det ikke var noen assosiasjon mellom sykdomsaktivitet og seksuell funksjon, og selv om sykdomsaktiviteten forbedret seg ble det ingen forbedring i seksuell funksjon. IBD-spesifikke symptomer hadde liten innvirkning på seksuell funksjon, med et unntak av avføringsinkontinens som ga lavere FSFI-skår.

I tillegg kommer det også frem ulike resultater i forhold til seksuelle problemer i studien av Bulut & Törüner (2019). Ved skalaen for seksuell funksjon fremkommer det resultater i form av høyere forekomst av seksuell dysfunksjon hos IBD-pasientgruppen. Kvinner hadde også oftere seksuell dysfunksjon og dårlig seksuell respons. Denne seksuelle responsen inkluderte seksuell impuls, opphisselse, vaginal lubrikasjon, mulighet til å nå orgasme og tilfredshet med orgasmevarigheten. En annen ting som også kommer frem, er at kvinner med IBD i større grad er påvirket av seksuell dysfunksjon enn menn (Bulut & Törüner, 2019).

3.2 Psykososiale behov og livskvalitet hos IBD-pasienter

Det kommer frem ulike resultater i forhold til seksuell helse og livskvalitet i tverrsnittstudien av Bulut & Törüner (2019). Pasientene med CD har høyere forekomst av angstsymptomer, i

tillegg er det høyere forekomst av både angst og depresjon hos IBD-pasientene. Det viser seg også at jo høyere skår ved skalaen for depresjon og angst, jo høyere er skåren for seksuell dysfunksjon. Av pasientene som hadde høyere skår av angst, var dette oftest kvinner.

Shmidt et al. (2019) har i sin studie avdekket at 23% av deltakerne hadde tegn til depresjon. Det viser seg at det er høyere forekomst av depresjon blant IBD-pasienter enn ved andre kroniske sykdommer og blant den generelle populasjonen. Forskerne fant derimot ingen tegn til assosiasjon mellom depresjon og seksuell funksjon, men forklarer at dette kan ha sammenheng med forskningsdesignet. Studiens deltakere inkluderer kun kvinner som nylig har blitt diagnostisert med IBD, i motsetning til tidligere studier. En ny diagnose kan imidlertid gi høye nivåer av stress, som negativt kan påvirke seksuell funksjon og gi lav FSFI-skår.

Simian et al. (2020) forklarer i sin studie at når IBD-pasienter hadde mulighet til å kontakte sykepleier når de hadde behov for det, ble de mer fornøyd med oppfølgingen de fikk. Kontakten mellom sykepleier og pasient har vist seg å være viktig for at pasientene med IBD skal mestre egen sykdom, og har også betydning for livskvaliteten deres. Sammenligning av pasientene som benyttet seg av ordningen med de som ikke benyttet seg av denne, viser store forskjeller i sykdomsaktivitet. Pasientene som kontaktet sykepleier hadde ofte mer alvorlig IBD-sykdom. Ordningen kan bidra til økt livskvalitet fordi pasientene kan få informasjon og undervisning om egen sykdom, som minker usikkerheten deres og øker trygghet.

3.3 Undervisning og veiledning om seksuell helse i sykepleierutdanningen

I studien til Klaeson et al. (2016) blir det antydnet at mange av sykepleierne som ble intervjuet i denne studien var usikre på om samtaler og kartlegging av seksuell helse var en del av deres arbeidsoppgaver, og var derfor usikre om de hadde noen rett til å snakke om dette med pasienter. Ingen av sykepleierne i studien hadde hatt noen form for undervisning

om seksuell helse i grunnutdanningen. Et unntak var i forhold til diabetes og seksualitet, hvor sykepleierne følte de hadde god nok kunnskap rundt erektil dysfunksjon, men ikke om seksuell helse som en helhet. Likevel hadde de lite kunnskap rundt problemer som kvinner kan ha, eksempelvis tørre slimhinner. Det kom også fram at arbeidsgiver heller ikke så behovet for at sykepleierne trengte mer undervisning om temaet. Sykepleierne opplevde også at det var begrenset mulighet til å få veiledning om seksuell helse på arbeidsplassen, som gjorde at de opplevde det som vanskelig å svare på pasientenes spørsmål rundt seksuell helse (Klaeson et al., 2016).

Samtidig kommer det også frem i studien av (Fennell, 2019) som er basert på sykepleiere og sykepleiestudenters erfaring med samtalen om seksuell helse, at et høyere nivå av kunnskap samsvarer også med mer positive holdninger og økt komfort i selve diskusjonen med pasientene. I tillegg antyder også studien resultater om hvor det å sitte med kunnskap rundt seksuell helse, også er med på å gi temaet mer mening og grunn til å tas opp med pasientene.

3.4 Sykepleiernes rolle i oppfølgingen av IBD-pasienter

I forskningsartikkelen til Simian et al. (2020) viser resultatene fra studien at alle pasientene med IBD var "meget fornøyd" eller "fornøyd" med oppfølgingen de fikk da en sykepleier med spesialisering innenfor IBD ble inkludert i oppfølgingsteamet deres. Sykepleiernes oppgaver handlet i stor grad om å gi informasjon til pasientene om behandlingene deres, vurdere denne og gi informasjon. Pasientene hadde i denne studien mulighet til å kunne kontakte sykepleier når de hadde behov. I tillegg hadde sykepleierne som oppgave å snakke med pasienten etter polikliniske legetimer. Pasientene som oftest kontaktet sykepleier, var de som hadde mer alvorlig sykdomsforløp. Studien henviser også til tidligere forskning som viser at det å ha sykepleier med i oppfølgingen kan redusere sykehusinnleggelses og timer til poliklinisk oppfølging, i tillegg til å være kostnadseffektivt. Studien konkluderer med at inkluderingen av en IBD-sykepleier i oppfølgingen av IBD-pasienter er viktig for undervisning, råd, støtte og vurdering av sykdommen, og kan også øke kvaliteten av behandlingen (Simian et al., 2020).

3.5 Holdninger rundt seksualitet og seksuell helse

I studien til Fennell (2019) antyder resultatene at holdninger i stor grad spiller inn på om sykepleier spør pasienten om seksuell helse. Negative holdninger rundt det å gi informasjon om seksuell helse og diskutere seksuelle problemstillinger har ofte rot i mangel på kunnskap. Vanlige holdninger rundt seksualitet er at pasientene ikke selv forventer at sykepleier skal ta opp seksuelle problemstillinger, og at veldig syke pasienter heller ikke ønsker å diskutere seksualitet (Fennell, 2019). Andre holdninger som kom fram var at seksuell helse var en overtredelse av privatlivet til pasientene, at seksualitet er for tabu og at det ikke er tid nok til å prioritere dette behovet framfor andre behov. Sykepleiere som hadde positive holdninger til det å diskutere seksualitet med pasienten og gjorde dette ofte, ble motivert på bakgrunn av ønsket om å hjelpe pasienten. Sykepleiere som hadde høyere nivå av kunnskap hadde i større grad positive holdninger til å gi informasjon om seksuell helse og følte seg mer komfortable med å diskutere problemstillinger med pasienter (Fennell, 2019).

Det kommer fram i studien til Klaeson et al. (2016) tydelige kjønnsforskjeller rundt seksuell helse i helsetjenesten. Sykepleierne som ble intervjuet mente at det var enklere å snakke med menn om seksuelle problemer enn kvinner. For kvinner ble seksualiteten beskrevet som mer usynlig, og ble ikke tatt opp. Dette stammet fra sykepleiernes holdninger om at kvinner seksuelle problemer ofte omhandlet forholdsproblemer, som gjorde at sykepleierne ikke anså det som deres jobb å spørre pasientene om dette. I studien kom det fram at arbeidsgiver ikke anså det som nødvendig å gi informasjon rundt seksuell helse dersom det ikke handlet om mannlig impotens eller seksuelt overførbare sykdommer. Studien antyder også at sykepleiere opplevde at alder utgjorde en forskjell på om de følte seg komfortable med å snakke om seksuell helse med pasientene. Det var enklere for sykepleierne å snakke med pasienter som var yngre enn seg selv, fordi de følte da at de kunne ta en paternalistisk rolle ovenfor pasienten. De fleste av sykepleierne som ble intervjuet hadde holdninger om at eldre ikke hadde samleie, og at de derfor ikke spurte disse pasientene om seksuell helse (Klaeson et al., 2016).

3.6 Kommunikasjon om seksuell helse fra sykepleiernes perspektiv

I studien til Fennell (2019) antyder resultatene at mange sykepleiere ikke føler seg komfortable nok til å diskutere seksuell helse med pasientene, og det ble identifisert flere hindre for å kommunisere med pasienten om dette. Blant annet kommer det fram at det kan være utfordrende for pasienten å få god og sammenhengende informasjon fra ulike sykepleiere. Resultatet ble da at pasientene ikke fikk tilstrekkelig informasjon fra alle. Dårlig tid og taushetsplikt ble også identifisert som et hinder. Sykepleierne forklarte at det var få plasser som var private nok for å kunne diskutere seksuelle problemer. Likevel indikerer også studien at det ikke nødvendigvis var dårlig tid som var problemet, men heller at sykepleierne ikke ønsket å ta opp temaet fordi de anså dette som for privat (Fennell, 2019).

I den kvalitative studien til Klaeson et al. (2016) blir intervju brukt som metode for å få fram ni sykepleieres erfaringer og følelser rundt det å snakke om seksuell helse med pasienter. I den første hovedkategorien av resultatene kommer det fram at sykepleiernes arbeid rundt pasientenes seksualitet blir styrt av organisatoriske faktorer og medisinsk tradisjon. Dårlig tid og lite undervisning rundt temaet gjør det vanskelig å ta opp temaet med pasientene. Ingen av deltakerne hadde imidlertid noen form for undervisning om seksuell helse i primærutdanningen sin og fikk heller ingen undervisning av arbeidsplassen om hvordan seksuelle problemer kunne tas opp med pasienten (Klaeson et al., 2016).

4. Diskusjon

Vi vil nå drøfte problemstillingen «Hvordan kan sykepleier fremme god seksuell helse hos kvinnelige pasienter med inflammatorisk tarmsykdom (IBD)?». Dette vil bli presentert i følgende fem tema: psykososiale behov og livskvalitet hos IBD-pasienter, seksuell helse i sykepleierutdanningen, sykepleiers rolle i oppfølging, sykepleiers holdninger til seksualitet, og kommunikasjon om seksualitet og seksuell helse.

4.1 Psykososiale behov og livskvalitet hos IBD-pasienter

I studien til Bulut & Törüner (2019) ble det avdekket at pasienter med IBD har høyere forekomst av angstrelaterte og depressive symptomer enn befolkningen ellers, som har sammenheng med mentalt og fysisk ubehag i forhold til sykdommen. Ford et al. (2019, s. 372) påpeker at på grunn av at den vanligste risikofaktoren som ble rapportert for seksuelle problemer i IBD-pasienter er sameksisterende affektive lidelser som depresjon og angst, bør pasienten undersøkes for dette. Psykososiale faktorer kan påvirke og begrense seksuallivet til pasienter, og disse faktorene kan eksempelvis være endret kroppsbilde, depresjon og angst (Helland, 2015, s. 869). Ifølge Humes & Fraguas (2016, s. 616) har IBD-pasienter høyere prevalens for depressive symptomer enn befolkningen generelt, og også lavere livskvalitet. WHO (2009) påpeker også at kvinner er mer utsatt for å oppleve depresjon og angst. Stressnivå kan ha sammenheng med hvorvidt pasienter med IBD opplever symptomer og sykdomsforverring. Mange pasienter med IBD rapporterer at stress forverrer symptomene deres, og kronisk stress og negative livshendelser kan forårsake økt sykdomsaktivitet (Inspector & Tyrrell, 2019, s. 345-346). Seksuelle problemer kan være en trussel for livskvalitet og samtidig være en kilde til stress (Helland, 2015, s. 862). Dette kan derfor være en årsak til sykdomsforverring. Å hjelpe den kvinnelige IBD-pasienten med problemer tilknyttet seksuell helse kan være en måte å unngå stress på, og samtidig bedre livskvaliteten deres og redusere sykdomsaktiviteten.

I studien til Bulut & Törüner (2019) antyder resultatene at kvinner med aktiv sykdom hadde høyere forekomst av seksuell dysfunksjon. Aktiv sykdom er en risikofaktor for lavere livskvalitet og seksuell dysfunksjon. Det viser seg at seksuell dysfunksjon også kan relateres

til depresjon, sosiale faktorer, samtidige psykiatriske lidelser og IBD-komplikasjoner. Simian et al. (2020) sin studie viser også at livskvaliteten blir høyere når pasienten får god informasjon og veiledning om sykdommen sin. Resultatene fra studien av Shmidt et al. (2019) indikerer derimot at sykdomsaktivitet ikke har sammenheng med dårligere seksuell funksjon. Seksuelle problemer vil mest sannsynlig holde seg stabile over tid, og da kommer viktigheten av å ta opp slike problemer med pasienten fram fordi det kan påvirke livskvaliteten deres. Haugan & Rannestad (2018, s. 142) poengterer at helsefremmende sykepleie innebærer å bedre pasientens livskvalitet. God seksuell helse blir ansett som en ressurs og en beskyttelsesfaktor mot stress, og kan fremme livskvalitet og mestringsevne (Helland, 2015, s. 862). Ved økt livskvalitet kan også helsen bedres og føre til større grad av fysisk tilfriskning og overlevelse. Et tiltak kan være å gjøre det mulig for pasienten å dele sine problemer og være åpen om sin seksuelle helse. Klaeson et al. (2016) påpeker at sykepleiere oppfatter at kvinnelige pasienters seksuelle problemer ofte omhandler problemer i forhold. Det kan derfor være lurt å spørre pasienten om de er åpne med partneren sin om sykdommen sin og eventuelle seksuelle problemer. Sykepleier bør også være opptatt av livskvaliteten til kvinnelige IBD-pasienter, og undersøke om seksuelle problemer kan påvirke denne. I tillegg bør sykepleier kartlegge om pasienten har behov for undervisning om sykdom, gjerne også rettet til seksualitet.

4.2 Seksuell helse i sykepleierutdanningen

Klaeson et al (2016) påpeker mangelen på undervisning, ved at ingen av deltagerne i studien hadde fått opplæring og undervisning gjennom utdanningen, eller ved arbeidsplassen. Likevel fikk flere av sykepleiere undervisning og simuleringsøvelser rundt seksuell helse og diabetes, hvor erektil dysfunksjon ofte var problemet. Studien til Fennell (2019) antyder at for å kunne bryte barrierer som begrenser sykepleierne fra å tilby både informasjon og kommunikasjon rundt seksuell helse, er det vesentlig at undervisning blir inkludert i sykepleieutdanningen. Det at seksualitet og seksuell helse ikke blir satt nok fokus på i utdanningen, kan være med på å styrke de holdningene og tankene om at seksualitet er et privat tema, som igjen blir nedprioritert. Dette kan videre føre til at sykepleiere ser på kommunikasjon rundt seksualitet som en overtredelse, og et privat tema som ikke passer seg å ta opp i en profesjonell sammenheng. Resultatet blir da i praksis at seksualitet kan bli

et oversett behov. SOS-modellen burde av den grunn bli integrert i sykepleieutdanningen, men dette krever da blant annet at både institusjonsledelse og utdanningsinstitusjonene har en aktiv deltakelse, og anerkjenner at denne tematikken og prosessen ved å integrere en slik modell er nødvendig (Helland, 2015, s. 879-880). For mange kan det være nødvendig å tilegne seg både undervisning og erfaring før man står i situasjoner av sensitiv og privat karakter. Simulering og praktisk undervisning kan være et godt alternativ for læring om seksuell helse, og bør bli tatt i bruk i grunnutdanningen. Dette er med på å åpne opp for den private samtalen, samt at man legger til rette for undervisning rundt et privat tema, i trygge rammer.

Klaeson et al. (2016) påpeker på en annen side at dårlig tid, lite undervisning rundt temaet, samt dårlige forhold på arbeidsplassen gjorde det utfordrende for sykepleiere å kartlegge og kommunisere om seksuell helse med pasienten. Arbeidsgiver så heller ikke behovet for mer undervisning om temaet. Fennell (2019) antyder i sin studie at kunnskap rundt seksuell helse er med på å gi temaet mening og grunn til å tas opp. Akutt sykdom medfører at andre behov blir prioritert før seksualitet (Gamnes, 2017, s. 394). I en travel hverdag kan en måtte prioritere å ivareta andre behov, og det er fort gjort å glemme seksuell helse. Det er derfor ikke bare grunnutdanningens ansvar for å undervise sykepleiere rundt seksuell helse. Arbeidsplassen bør også legge mer til rette for at samtaler rundt seksuell helse kan bli utført og at sykepleiere kan kartlegge behovet. Dette kan gjøres eksempelvis gjennom undervisning og kurs, utarbeidede retningslinjer og tilgang til private rom hvor samtalen kan finne sted. SOS-modellen kan derfor også være aktuelt å bli brukt på arbeidsplassen for å heve kompetansen.

4.3 Sykepleiers rolle i oppfølging

Shmidt et al. (2019) påpeker i sin forskningsartikkel at omtrent 97% av kvinner med IBD opplever seksuelle problemer. Dette viser viktigheten av at seksuelle problemer også blir tatt opp og vurdert i oppfølgingen av pasienten. Simian et al. (2020) sin studie viser at pasientene var fornøyde med oppfølgingen de fikk når sykepleier ble inkludert i oppfølgingsteamet. Almås & Benestad (2017, s. 62) påpeker at det ofte er den

allmennpraktiserende legen som er den første innenfor helsevesenet som henviser videre angående et seksuelt problem. Det blir da legens viktigste oppgave å gjøre det mulig for pasienten å ta opp problemet. Derimot er det ofte sykepleier som pasienten ser oftest og snakker mest med. Sykepleier skal ikke ha en terapeutisk rolle i behandlingen av eventuelle seksuelle problemstillinger, men må kunne ha nok kunnskap og informasjon til å henvise videre, eller gi enkel rådgiving (Helland, 2015, s. 873). Derfor kan det være viktig å også fokusere mer på PLISSIT-modellen i sin helhet, hvor man blir mer bevisst på hvilket nivå pasienten ligger på, og hvem man eventuelt kan henvise videre til (Gamnes, 2017, s. 399-400). Ut ifra egne forståelser rundt denne forklaringen, kan det være vanskelig å vite hva det å ha en terapeutisk rolle vil si. Det kan derfor være viktig at det blir utarbeidet retningslinjer for sykepleiere, og PLISSIT-modellen kan være et godt hjelpemiddel. Det at pasientene kan ha samtaler og kontakte sykepleier, kan bidra til å øke tilliten. Det kan da være enklere for pasienten å åpne seg opp om eventuelle seksuelle problemer.

Simian et al. (2020) viser at når pasienter hadde mulighet til å kontakte sykepleier ved behov, ble de mer fornøyde med oppfølgingen og fikk økt trygghet rundt egen sykdom. The Recognition model kan være en god modell å bruke i oppfølging. Pasienter med IBD får ofte poliklinisk oppfølging ved mild og moderat sykdom (Stubberud & Nilsen, 2016, s. 478). Behandlingsteamet kan da bruke denne modellen for å kunne ta opp problemet på en god måte, og samtidig respektere det private ved seksualiteten. Gjennom de fem nivåene kan helsepersonellet drøfte seksuelle bekymringer og undersøke hvordan sykdommen innvirker på den seksuelle helsen (Helland, 2015, s. 880-881). The Recognition model kan altså være en god modell å inkludere i poliklinisk oppfølging av kvinnelige IBD-pasienter, da dette kan være med på å avdekke eventuelle problemer og gir muligheten til å forbedre pasientens seksuelle helse.

4.4 Sykepleiers holdninger til seksualitet

I studien til Klaeson et al. (2016) blir forskjellene mellom menn og kvinners seksualitet tatt opp, og holdningene i sammenheng med dette. Mange av sykepleierne som blir intervjuet hevdet at seksuelle problemer var vanskeligere for menn enn for kvinner, basert på tanken

om at menns identitet er nært knyttet til erektil funksjon. Dette undertrykker kvinners opplevelse av seksuelle problemer, og kan gjøre at sykepleier unngår å ta opp seksuelle problemer med dem. Helsepersonell er i bunn og grunn vanlige mennesker, og har like mange fordommer, like stor kunnskapsmangel og holdninger som resten av befolkningen (Almås & Benestad, 2017, s. 63). Ifølge forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning (2019, § 7) skal studenten ha bred kunnskap om inkludering, likestilling og ikke-diskriminering, blant annet uavhengig av kjønn. Ut ifra denne forskriften er det viktig å ikke basere hvilken omsorg en gir om seksuell helse på pasientens kjønn.

I studien til Klaeson et al. (2016, s. 1550) forteller sykepleierne at de sjelden spurte eldre pasienter om de hadde noen seksuelle problemer, og uttrykte at de ikke trodde eldre pasienter hadde samleie. Sykepleierne følte også at det var lettere når de hadde en paternalistisk rolle, da i forhold til yngre pasienter. Resultatene av Shmidt et al. (2019, s. 1264) sin studie viser derimot at når alderen på pasienten med IBD blir høyere, jo mer sannsynlig er det at pasienten opplever seksuelle problemer. Disse resultatene kan ses på som motsigende ut ifra hverandre. På en annen side er det viktig å huske på at man ikke kan velge alderen på pasientene, og det er derfor vesentlig at man likestiller alle pasienter uavhengig av alder. Fennell (2019) poengterer at vanlige holdninger er at syke pasienter ikke ønsker å diskutere seksualitet. De Castro (2016, s. 610) påpeker at siden det ofte er unge voksne som blir diagnostisert med IBD, kan intimitet derfor være enda vanskeligere og gjøre denne perioden mer sårbar. Pasienter med fast partner har ofte mer stabile seksuelle opplevelser, og det kan være lettere å finne muligheten til å diskutere og overkomme de seksuelle problemene med en fast partner man kjenner godt. Pasienter med IBD og uten fast partner kan ha vanskeligheter med å åpne seg om sykdommen og seksuelle problemer til en ny partner. Det er derfor viktig at holdninger rundt pasientenes alder, sivilstatus og alvorlighetsgrad av sykdom ikke påvirker den pleien som tilbys, slik at alle pasienter likestilles. Sykepleiere bør også innarbeide i egne holdninger at alle mennesker har en seksualitet, slik at alle får mulighet til å ta opp seksuelle problemer dersom de ønsker det.

4.5 Kommunikasjon om seksualitet og seksuell helse

Det fremkommer i forskningen av Klaeson et al. (2016) at sykepleierne var usikre om seksualitet inngikk i deres arbeidsoppgaver, og at de ikke følte de hadde rett til å ta dette opp med pasientene. I tillegg antyder Fennell (2019) til at sykepleiere ikke føler seg komfortable nok til å ta opp temaet som et problem. Sykepleier må trå forsiktig slik at pasienten ikke blir krenket under samtale. Det å starte samtalen kan være utfordrende for både sykepleier og pasient. På en annen side kan det være nyttig å ikke være altfor redd for å trå feil med pasienten. Selv om pasienten kan bli krenket dersom sykepleier spør for personlig kan det være nyttig å åpne for temaet. Det å i seg selv åpne samtalen om seksuell helse med IBD-pasienter kan gjøre det mulig for pasienten å identifisere problemer. I tillegg kan det medføre at pasienten føler seg mindre alene med problemet, og føle seg sett og ivaretatt av sykepleier (Ford et al., 2019, s. 375). Ifølge yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk Sykepleierforbund, 2019) skal sykepleier ivareta den enkelte pasients rett til verdighet og integritet, samt retten til å ikke bli krenket. Prinsippet om å gjøre vel handler om å gjøre det som er best for pasienten (Heggstad, 2018, s. 28). Her kan et etisk dilemma fremkomme. De yrkesetiske retningslinjene sier at pasienten ikke skal bli krenket, men å unngå å spørre pasienten kan bidra til at pasienten står alene med problemet uten å oppleve bedring. Langsiktig kan det derfor være bedre for pasienten at seksualitet blir tatt opp, men etikken viser viktigheten til å reflektere rundt egen kommunikasjon. Det finnes sjelden direkte spørsmål knyttet til pasientenes seksualitet i inkomstsamtalene (Gamnes, 2017, s. 401), og tydelige spørsmål er derfor viktig for å formidle åpenhet om temaet, og at sykepleier er villig til å snakke om det (Helland, 2015, s. 870). Et av tiltakene for å utbedre kommunikasjonsmåten og kartleggingen av seksualitet kan derfor være å implementere mer direkte spørsmål i inkomstsamtalen, i tillegg til de grunnleggende som omhandler sivilstatus og eventuelle barn. Dette er også viktig å huske på, da vi er i følge pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-2) pliktet til å gi informasjon til pasientene uten at de selv må ta initiativ, eller kreve å få informasjonen selv. I kommunikasjon med pasienter om seksuelle problemstillinger er det viktig å være bevisst på nonverbal kommunikasjon. Nonverbal kommunikasjon kan defineres som det vi formidler uten å bruke ord. Eksempelvis kan dette være gjennom øyekontakt, mimikk, kroppsholdning eller berøring (Heyn, 2015, s. 387). Dersom sykepleier viser med kroppsspråket sitt at han eller hun ikke ønsker å snakke om seksualitet, eller synes dette er ubehagelig, kan det være utfordrende for pasienten å

åpne seg opp om problemene sine. De kan derfor frastå fra å ta eventuelle problemstillinger opp, som igjen kan resultere i at de får vedvarende problemer i senere tid.

5. Konklusjon

Basert på tilgjengelig litteratur og valgte forskningsartikler er det vanskelig å konkret besvare problemstillingen, men vi har likevel gjort et forsøk. Det kommer fram i litteraturstudien at seksuelle problemer kan være en tendens blant personer med IBD, og at nesten alle kvinner innenfor pasientgruppen opplever en viss grad av seksuell dysfunksjon. Psykososiale problemer og nedsatt livskvalitet blir ansett som risikofaktorer for utviklingen av seksuelle problemer, og det er derfor viktig at sykepleier er bevisst på at kvinner med IBD ofte kan oppleve psykososiale problemer. I kartleggingen av seksualitet bør psykososiale problemer avdekkes hos pasientgruppen, og behandles av ulike yrkesgrupper der det er behov. I tverrprofesjonell samhandling er sykepleier i en viktig rolle for pasienten, og det å kunne ha kontakt med sykepleier vil kunne gjøre det enklere for pasienten å åpne seg opp. Hvis sykepleier ikke skal ha en terapeutisk rolle ovenfor pasienten i en samtale om seksualitet, kreves det kunnskap om hvordan slike samtaler skal foregå. PLISSIT-modellen kan derfor være et godt redskap for sykepleiere å bruke, da den gir mulighet til å kunne gi rammer for hva sykepleier skal bidra med i slike samtaler, og hvem man eventuelt skal henvise til dersom problemet er større. Det burde derfor vært mer fokus rundt denne modellen både i sykepleierutdanningene, men også på arbeidsplasser.

Når det kommer til grunnutdanningen for sykepleiere ser vi altså et behov for å implementere mer aktive øvelser i form av simuleringer for å illustrere hvordan kommunikasjonen rundt seksualitet kan foregå. Mange utdanningsinstitusjoner har allerede simuleringsøvelser, men kanskje ikke mange nok rundt temaet seksuell helse. Det å bruke simulering som læringsform kan gi sykepleierne konkrete eksempler på hvordan en slik samtale kan foregå. I tillegg bør det da innføres ulike øvelser på arbeidsplassene, slik at man opprettholder et mer eller mindre likt kunnskapsnivå for sykepleierne, slik at tilbudet ikke er avhengig av hvilke pleier pasienten møter på. Kurs rundt seksualitet kan være et eksempel på hvordan kunnskap om seksualitet kan opprettholdes og gis til alle på arbeidsplassen. På denne måten forbereder man kommende sykepleiere og ferdig utdannede sykepleiere på situasjoner hvor ubehagelige tema står i fokus, og man kan videre tilby pasientene den pleien de har rettmessig krav på. SOS-modellen er da et fint eksempel på hvordan seksualitet kan implementeres i sykepleie, og man vil da øke både kompetanse og

fordypelse i seksualitet. Dette igjen er med på å øke kvaliteten man har mulighet til å tilby pasientene, og man vil i større grad kunne unngå neglisjering av behovet.

I oppfølging har sykepleiere en viktig rolle ovenfor IBD-pasienter. Det å kunne kommunisere med sykepleier dersom pasienten har behov, kan bidra til å øke tillitten til å kunne ha samtaler om seksuell helse og avdekke eventuelle behov for hjelp tilknyttet dette. The Recognition model kan derfor være et godt tiltak å inkludere i for eksempel poliklinisk oppfølging av pasienter, for å undersøke i hvor stor grad sykdommen innvirker på pasientens seksuelle helse. Sykepleiere kan være bekymret for å spørre for personlige spørsmål som kan krenke pasienten. Holdninger rundt kjønn og alder bør heller ikke bidra til at sykepleiere unngår å innlede kommunikasjon om seksuell helse med pasienten. Sykepleiere bør derfor innarbeide egne holdninger om at alle har en seksualitet, slik at alle pasienter får et likeverdig tilbud til å kommunisere om seksuell helse.

Det er viktig at sykepleiere kartlegger kvinnelige IBD-pasienters seksuelle helse, da det kommer fram i litteratursøket som et stort problem blant denne pasientgruppen. Å inkludere direkte spørsmål om pasientens seksualitet som en del av innkomstsamtale kan være en naturlig måte å ta opp temaet på. Det kan da bli pasientens eget valg derfra om de ønsker å snakke videre om det, eller om de ønsker å holde dette privat. Alle mennesker er forskjellige, og pasienter kan derfor reagere forskjellig på å bli spurt. Dersom pasienten blir krenket, kan sykepleier beklage og respektere pasientens grenser. Gjennom litteratursøket vårt har vi kommet fram til at kommunikasjon er det viktigste verktøyet når sykepleier skal fremme god seksuell helse hos kvinnelige IBD-pasienter. Sykepleier må kunne tørre å ta opp temaet, ha en fordomsfri og profesjonell samtale, og kunne ta problemet videre ved behov. I tillegg er det viktig å være oppmerksom på egne holdninger og kroppsspråk når det kommer til kommunikasjonen, da vår oppførsel kan projisere over på pasientene. Det viktigste tiltaket er derfor å helt enkelt å spørre pasienten, slik at det åpner for samtale dersom pasienten er klar for det.

Referanseliste

Almås, E. & Benestad, E. E. P. (2017). *Sexologi i praksis* (3. Utg.). Universitetsforlaget AS.

Bulut, E. A. & Törüner, M. (2019). The influence of disease type and activity to sexual life and health quality in inflammatory bowel disease. *Turk J Gastroenterol*, 30 (1), s. 33 – 39.
DOI:10.5152/tjg.2018.18250

Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Abstrakt forlag AS.

Coward, S. & Kaplan, G. G. (2017). IBD in the new world, old world and your world. I R. D. Cohen (Red.), *Inflammatory Bowel Disease: Diagnosis and Therapeutics* (s. 13 – 27). Springer International Publishing AG.

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

De Castro, C. R. (2016). Psychological aspects of inflammatory bowel disease. I W. S. Cardozo & C. W. Sobrado (Red.), *Inflammatory Bowel Disease* (s. 607 – 613). River Publishers.

Eriksen, S. (2015). Menneskets psykososiale behov. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Sykepleieboken 1: Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (s. 887 – 907). Cappelen Damm AS.

Fennell, R. (2019). Discussing sexuality in health care: a systematic review. *Journal of clinical nursing*, 28 (1), s. 3065 – 3076. DOI:10.1111/jocn.14900

Folkehelseinstituttet. (2019, 23. september). *Fakta om livskvalitet og trivsel*.

<https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel/livskvalitet-og-trivsel/?fbclid=IwAR2-wNhjfNfe1Xkjb9ygmXXZ4JlewYPIUwzTAp1y-SjQpV0sAHugEFTyXpk>

Ford, C., Medcalf, L. & Kent, A. (2019). Sex and intimacy. I A. Sturn & L. White (Red.), *Inflammatory Bowel Disease Nursing Manual* (s. 369 – 375). Springer Nature Switzerland AG.

Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning. (2019). *Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning* (FOR-2019-03-15-412). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2019-03-15-412>

Gamnes, S. (2017). Seksualitet og helse. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Grunnleggende behov* (3. utg., Bd. 2., s. 373-407). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Haugan, G. & Rannestad, T. (2018). Helsefremmende sykepleie i spesialist- og kommunehelsetjenesten. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis* (s. 135 – 156). Vigmostad & Bjørke AS.

Heggestad, A. K. T. (2018). *Etikk i klinisk sjukepleie*. Det Norske Samlaget.

Helland, Y. (2015). Seksualitet. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Sykepleieboken 1: Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (s. 861 – 886). Cappelen Damm AS.

Helsebiblioteket.no (2016). *Sjekklistor*. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Heyn, L. (2015). Kommunikasjon – menneskets grunnleggende behov for å forstå og å bli forstått. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Sykepleieboken 1: Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (s. 363 – 398). Cappelen Damm AS.

Holmskov, H. & Skov, A. (2012). *Seksualitet på dagsordenen. En håndbog om profesjonell støtte til voksne med funksjonsnedsettelse*. Socialstyrelsen.

Humes, E. D. C. & Fráguas, R. (2016). Psychiatric aspects of inflammatory bowel disease. I W. S. Cardozo & C. W. Sobrado (Red.), *Inflammatory Bowel Disease* (s. 607 – 613). River Publishers.

Inspector, Y. & Tyrrell, T. (2019). Stress and psychological support. I A. Sturn & L. White (Red.), *Inflammatory Bowel Disease Nursing Manual* (s. 345 – 354). Springer Nature Switzerland AG.

Klaeson, K., Hovlin, L., Guvå, H. & Kjellsdotter, A. (2016). Sexual health in primary health care – a qualitative study of nurses' experiences. *Journal of clinical nursing*, 26 (1), 1545 – 1554. doi:10.1111/jocn.13454

- Kristoffersen, N. J. (2016). Helse og sykdom – utvikling og begreper. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie – fag og funksjon* (3. Utg., Bd. 1., s. 29 – 87). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Marín, L., Mañosa, M., Garcia-Planella, E., Gordillo, J., Zabana, Y., Cabré, E. & Doménech, E. (2012). Sexual function and patients' perceptions in inflammatory bowel disease: a case-control survey. *J Gastroenterol*, 48 (6), s. 713 – 720. doi:10.1007/s00535-012-0700-2
- Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*.
<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Næss, O. (2012). *Sykdomslære og patologisk anatomi* (6. Utg.). Forlaget Vett & Viten AS.
- Ong, P. & Skittrall, R. (2018). *Gastrointestinal nursing: A lifespan approach*. Taylor & Francis Group.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Paulsen, V. (2017). Sykdommer i fordøyelsessystemet. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (s. 252 – 295). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker - innføring i psykologi for helsefag* (2. Utg.). Fagbokforlaget.
- Simian, D., Flores, L., Quera, R., Ibañes, P., Figueroa, C., Lubascher, J., Pizarro, G. & Kronberg, U. (2020). The Role of an Inflammatory Bowel Disease Nurse in the Follow-Up of

Patients From a Latin American Inflammatory Bowel Disease Program.

Gastroenterology nursing, 43 (1), s. 16 – 23. DOI: [10.1097/SGA.0000000000000436](https://doi.org/10.1097/SGA.0000000000000436)

Shmidt, E., Suárez-Fariñas, M., Mallette, M., Moniz, H., Bright, R., Shah, S. A., Merrick, M., Shapiro, J., Xu, F., Sands, B. & Saha, S. (2019). A longitudinal study of sexual function in women with newly diagnosed inflammatory bowel disease. *Inflammatory Bowel Diseases*, 25 (7), s. 1262 – 1270. doi:10.1093/ibd/izy397

Stubberud, D. G. & Nilsen, C. (2016). Sykepleie ved sykdommer i mage-tarm-kanalen. I D. G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (s. 465 – 491). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Thidemann, I-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (2. Utg.). Universitetsforlaget.

Timmer, A., Kemptner, D., Bauer, A., Taksess, A., Ott, C. & Fürst, A. (2008). Determinants of female sexual function in inflammatory bowel disease: a survey based cross-sectional analysis. *BMC Gastroenterology*, 8 (45), s. 1 – 10. <https://doi.org/10.1186/1471-230X-8-45>

World Health Organization. (2006). *Sexual and reproductive health and research including the Special Programme HRP*. WHO. <https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research/key-areas-of-work/sexual-health/defining-sexual-health>

World Health Organization. (2009). *Women and health. Today's evidence, tomorrow's agenda*. WHO. <https://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/9789241563857/en/>

Øverlie, A. (2015). Avføring. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Sykepleieboken 1: Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (s. 711 – 738). Cappelen Damm AS.

Vedlegg 1: Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Innledende vurdering
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 15.10.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se

www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Kritisk vurdering av:

Klaeson, K. Hovlin, L., Guvå, H. & Kjellsdotter, A. (2016). Sexual health in primary health care – a qualitative study of nurses' experiences. *Journal of Clinical Nursing* 26(11-12), s. 1545 – 1554. doi: 10.1111/jocn.13454

Del A: Innledende vurdering

Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

Kommentar:

Forskerne ville sette lys på sykepleiernes erfaringer og muligheter til å diskutere seksuell helse med pasienter innenfor primærhelsetjenesten. Dette ønsket de å finne svar på fordi studier tidligere viser at sykepleiere har veldig lite trening innenfor det å snakke om seksualitet, som gjør det vanskelig å kunne ta opp dette viktige temaet med pasienter. Problemstillingen er relevant til vår litteraturstudie, fordi vi ønsker å undersøke hvordan sykepleier kan fremme god seksuell helse hos kvinnelige IBD-pasienter. Det er derfor viktig å se fra sykepleiers perspektiv hvordan dette oppleves.

Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Kommentar:

Studien har som hensikt å belyse erfaringer og opplevelser sykepleiere har med å snakke om seksuell helse med pasienter.

Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

Kommentar:

Studien brukte semi-strukturerte intervjuer på 20-45 minutter for å fange opp opplevelsene til sykepleierne, og kvalitativ innholdsanalyse ble deretter brukt for å analysere intervjuene systematisk i etterkant. Intervju ble brukt som metode for å kunne gi sykepleierne mulighet til åpne svar.

Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

Kommentar:

Studien skulle undersøke sykepleieres erfaringer med å snakke om seksuell helse med pasienter. Seks foretak innen primærhelsetjenesten ble valgt ut fra 16 mulige på forskjellige lokasjoner i Sverige, og deretter ble sykepleiere kontaktet på disse foretakene. 13 sykepleiere, mellom 41-63 år, ble invitert til å delta i studien. Ni av disse ønsket å være med på studien, hvor åtte var kvinner og en var mann. Krav til deltakerne var at de var autoriserte sykepleiere og fortsatt i arbeid ved et helseforetak.

Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video eller notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Kommentar:

Det ble tatt i bruk et forsøksintervju for å identifisere styrkene og svakhetene ved intervjumetoden. Det ble brukt en intervjuguide som bestod av to åpne spørsmål som kunne gi sykepleierne mulighet til å beskrive den viktigste dimensjonen av seksuell helse.

Spørsmålene ble formulert på en måte som kunne gi deltakerne frihet til å snakke om deres erfaringer og følelser rundt temaet. Intervjueren forsøkte å være så åpen til sinns som mulig, og spurte åpne oppfølgingsspørsmål gjennom hele intervjuet. Intervjuene fant sted på separate rom på helseforetakene deltakerne jobbet på. Metoden ble ikke endret i løpet av studien. Det ble brukt lydopptak og ble transkribert ordrett. Intervjuene varte fra 20-45 minutt.

Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Kommentar:

Forskerne diskuterer også muligheten for å påvirke resultatene på bakgrunn av egen forståelse. Kvalitativ innholdsanalyse ble brukt, og analyseprosessen ble utført på en måte som hadde som formål å unngå at forskernes egen forståelse for materialet påvirket resultatet. Ut ifra dette ble også siteringer fra sykepleierne brukt for å styrke validiteten.

Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Kommentar:

Alle deltakerne fikk informasjon om hensikten til studien, både verbalt og skriftlig. Alle fikk også informasjon om at studien var frivillig å delta i og at det var mulighet for å trekke seg når som helst uten forklaring, i tillegg til retten til å holde seg anonym. I tillegg ble det gitt informasjon om forskernes taushetsplikt under hele prosessen. Etisk godkjenning ble foretatt selv om dette ikke var et krav av svenske lover.

Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja – Nei – Uklart

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Kommentar:

Det ble brukt innholdsanalyse hvor det ble funnet fram deskriptive kategorier ut ifra intervjuene. Først ble intervjuene transkribert, og deretter ble intervjuene lest opp enda en gang for å kunne gi en helhetlig forståelse. Det ble identifisert enheter som hadde mening til studien, og disse ble valgt ut til å analyseres videre. Intervjuene ble kodet ut ifra innhold og parett sammen ut ifra likheter og ulikheter og organisert i ulike områder basert på innhold. Disse områdene ble deretter underkategorier under analyseprosessen. Forskerne har tatt i bruk sitater. Det er en klar sammenheng med innsamlede data. Det er også tilstrekkelig data presentert for å underbygge funnene, motstridende data er også tatt med.

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Kommentar:

Andre kilder er blitt brukt for å vurdere eller underbygge funnene i resultatene av studien. Det blir blant annet tatt med i diskusjonen at resultatene fra studien viser at sykepleiere ikke føler de har rett til å snakke med pasienten om seksuelle problemer, men tidligere studier viser at pasienter føler seg mer komfortable å snakke om slikt med sykepleier. Forskerne har også diskutert funnenes troverdighet og vurdert funnene som valide. Funnene blir også diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen underveis.

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Kommentar:

Forskerne har diskutert relevansen for klinisk praksis og konkludert med at funnene viser at det er større behov for undervisning om seksuell helse i utdannelsen av sykepleiere, og viser at sykepleiere synes det er viktig å diskutere seksuell helse med pasientene. I tillegg har forskerne diskutert hvordan denne studien kan bidra til å sette lys på seksuell helse, spesielt kvinnehelse som ofte er oversett. Studien tar også opp behovet for videre forskning rundt seksuell helse og spesielt rundt kjønnsforskjeller. Funnene kan også tas i bruk i utdanningsinstitusjoner for å kunne belyse hvilke områder om seksuell helse det bør gis veiledning på.