

BACHELOROPPGAVE

Emnekode: SPU 110

Navn: Karen Anna Benan &
Laura Dahl Totsås

Multippel sklerose og seksualitet Multiple sclerosis and sexuality

Dato: 19.05.2016

Totalt antall sider: 38

ABSTRAKT

Introduksjon: Multippel sklerose (MS) er en kronisk sykdom med en forekomst på om lag 13064 pasienter i Norge. Sykdommen forårsaker flere funksjonsnedsettelse og påvirker seksualiteten på ulike måter. **Hensikt:** Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse faktorer som påvirker seksualiteten til MS-rammede pasienter. **Metode:** Studien er en allmenn litteraturstudie som inneholder 15 kvalitative og kvantitative forskningsartikler. **Resultat:** Det er flere faktorer som påvirker seksualiteten, blant annet biologiske mekanismer som forandringer nedentil, nevrologiske utfall, sykdomsprogresjon, type MS samt blære- og tarmproblemer. Psykiske og mentale prosesser som depresjon, angst, emosjonelle endringer og livskvalitet samt psykososiale forhold som psykososialt miljø, relasjoner i forhold og kommunikasjon. **Diskusjon:** Diskusjonen består av to deler. I metodediskusjonen diskuteres styrker og svakheter med oppgaven. Resultatdiskusjonen inneholder relevant teori satt opp mot funn i resultatet, derav fagartikler, retningslinjer, forskningsartikler, sykepleierteori og annen litteratur. **Konklusjon:** De seksuelle problemene som kan oppstå ved MS påvirker alle menneskets dimensjoner og for at sykepleieren skal fremme seksualiteten til pasientene er et helhetlig menneskesyn og pasientforløp nødvendig.

Nøkkelord: Multippel sklerose, seksualitet, seksuell dysfunksjon, sykepleie

Keywords: Multiple sclerosis, sexuality, sexual dysfunction, nursing

Innholdsfortegnelse

1. Introduksjon	4
1.1 Bakgrunn for valg av tema	4
1.2 Relevans for sykepleie	5
1.3 Hensikt	6
2. Metode	7
2.1 Søkestrategi	7
2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	8
2.5 Analyse	9
2.6 Ethiske overveielser	10
3. Resultat	12
3.1 Biologiske mekanismer	12
3.1.1 Forandringer nedentil	12
3.1.2 Nevrologiske utfall	12
3.1.3 Sykdomsprogresjon og type MS	13
3.1.4 Blære-og tarmproblemer	13
3.2 Psykiske og mentale prosesser	14
3.2.1 Depresjon og angst	14
3.2.2 Emosjonelle endringer og livskvalitet	14
3.3 Psykososiale forhold	15
3.3.1 Psykososialt miljø	15
3.3.2 Relasjon i forhold	15
3.3.3 Kommunikasjon	16
4. Diskusjon	17
4.1 Metodediskusjon	17
4.2 Resultatdiskusjon	18
4.2.1 Biologiske mekanismer	18
4.2.2 Psykiske og mentale prosesser	22
4.2.3 Psykososiale forhold	25
5. Konklusjon	31
6. Referanseliste	32

VEDLEGG

Vedlegg 1: Tabell over søkestrategi

Vedlegg 2: Tabell over inkluderte artikler

Vedlegg 3: Artikkelgranskningsskjema av Sjöblom & Rygg (2012)

Antall ord: 8560

1. Introduksjon

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Seksualitet er noe som angår alle mennesker i alle aldrer og livssituasjoner, og omfatter både det fysiske, psykiske, åndelige, sosiale og kulturelle sider ved det å være et menneske. På bakgrunn av dette har seksualitet en stor betydning for helse og livskvalitet (Gamnes, 2012), og ifølge helsedirektoratet (2016) er det en menneskerett å kunne ivareta sin seksuelle helse. Verdens helseorganisasjon (2006) sier at seksuell helse handler om en tilstand av velvære i forhold til seksualitet, og definerer seksualitet som:

En integrert del av hvert menneskes personlighet som et aspekt ved det å være menneske, et aspekt som ikke kan skilles fra andre aspekter ved livet. I tråd med dette synet er seksualiteten noe langt mer enn samleie mellom mann og kvinne. Den omfatter et bredt spekter av følelsesmessige relasjoner mellom mennesker, og påvirker tanker, følelser, handlinger og mellommenneskelig respons – og derigjennom vår psykiske og fysiske helse (WHO, 2006, avsnitt 6).

Seksualiteten til mennesket kan påvirkes av flere faktorer, derav kroniske sykdommer (Gamnes, 2012). Multippel Sklerose (MS) er en demyeliniserende autoimmun kronisk inflammatorisk sykdom som medfører fysiske, psykiske og sosiale forandringer som i stor grad setter sitt preg på seksuallivet (Espeset, Mastad, Johansen & Almås, 2013). MS ødelegger myelinet på ulike steder i sentralnervesystemet, forårsaket av kroppens eget immunsystem. Myelinet er et fettlag som isolerer nervebanene. Når dette ødelegges vil nerveimpulsene hemmes, gå langsommere, gå i stå eller blokkeres og symptomer som nedsatt muskelkraft, nedsatt følelsessans og blæreforstyrrelser vil oppstå (Bertelsen, 2012). MS er stadig økende, og den første nasjonale undersøkelsen på prevalensen av MS i Norge viser at det er en forekomst på 13064 MS-pasienter, med 300-400 nye tilfeller per år (Hansen, Moen, Harbo & Celiuss, 2014).

Symptomene ved MS varierer fra person til person, ut ifra hvilke angrep¹ og hvilken type som forekommer (Espeset, et.al. 2013). Relapserende-remitterende MS (RRMS) er den typen

¹ Symptomdebut eller symptomsforverring (Espeset et.al. 2013)

som forekommer oftest, og typiske kjennetegn er akutte symptomer som går helt eller delvis tilbake. Sekundær progressiv MS (SPMS) er den som er vanligst etter RRMS, og er en kronisk progredierende fase av sykdommen. I denne fasen vil det oppstå nevrologiske utfall som ikke vil gå tilbake. Primær progressiv MS (PPMS) rammer kun en liten del av pasientgruppen, og kjennetegnes av en jevn progresjon av symptomer (Bertelsen, 2012).

Det er tre hovedgrupper av seksuelle dysfunksjoner som kan oppstå hos de med MS. I følge Gamnes (2012) er det primær seksuell dysfunksjon, sekundær seksuell dysfunksjon og tertiær seksuell dysfunksjon. Hos de med MS oppstår primær seksuell dysfunksjon av nevrologiske forandringer i det sentrale nervesystemet som direkte påvirker seksuallivet, sekundær seksuell dysfunksjon kommer av nevrologiske symptomer som påvirker seksuallivet indirekte og tertiær seksuell dysfunksjon kommer av de psykologiske aspektene av MS. Det sees allerede i startfasen av samleiet at de med MS får problemer, fordi opphisselsen blir påvirket av lystsenteret i hjernen (MS-forbundet, u.å.). Demyelisering av nervebaner i dette senteret, medfører at signaler mellom hjerne og kjønnsorgan ikke kommer frem som de skal. (Chaudry, 2013) Impulsene mellom hjernen og kjønnsorganet må fungere optimalt for å kunne oppnå seksuell opphisselse, orgasme eller utløsning. (Elstad, 2013)

1.2 Relevans for sykepleie

Siden seksualitet og samliv angår flere sider ved det å være menneske er det et viktig tema for sykepleiere, da sykepleiere støtter seg til det som omtales som et holistisk menneskesyn. Dette er ifølge Odland (2012) en helhetsforståelse og en livsoppfatning som innebærer at alle deler av menneskets natur må tilgodeses. Ut fra en holistisk tenkning tas det utgangspunkt i fire dimensjoner: den fysiske-, psykiske-, sosiale-, og den åndelige dimensjonen. Disse dimensjonene ligger til grunn for sykepleieres praksis og handlingsvalg og fungerer som en rettesnor i arbeidshverdagen. I tillegg påpeker Laursen (2008) at alle dimensjonene angår seksualiteten og at det ikke er før pasienters seksualitet blir en naturlig del av pleien og omsorgen sykepleieren yter, at det med rette kan snakkes om et helhetssyn.

Almås (2006) påpeker viktigheten av at sykepleiere gir informasjon om hvordan sykdom påvirker seksuallfunksjonen, og sier at de med kronisk sykdom kan få angst, bekymringer og i verste fall at de slutter å ha et seksualliv hvis de ikke får det. MS-forbundet (u.å) sier at pasienter har lite kunnskap om seksualitet i forhold til hva som skjer med kroppen, og har

dermed behov for undervisning og opplæring. I Rammeplanen for sykepleierutdanningen står det at sykepleiere skal ha kompetanse i forhold til undervisning og veiledning (Kunnskapsdepartementet, 2008), derfor bør informasjon om hvilke muligheter og begrensinger som finnes inngå som en naturlig del av rådgivningen når det har oppstått seksuelle dysfunksjoner som skyldes kronisk sykdom og funksjonshemming (Gamnes, 2012). For å kunne gi råd, veiledning og undervisning er det nødvendig for sykepleiere å ha kunnskap om sykdommer og handlingsformer som påvirker kroppen og seksualiteten (Laursen, 2008).

1.3 Hensikt

Hensikten med litteraturstudien er å belyse faktorer som påvirker seksualiteten til MS-rammede pasienter. Studien er presentert ut fra pasientperspektivet.

2. Metode

Metode innenfor forskning er teknikken forskere bruker for å strukturere en studie (Polit & Beck, 2012). Metoden brukt i denne studien er en allmenn litteraturstudie, som er en studie som inneholder litteraturoversikt, litteraturgjennomgang eller forskningsoversikt. I en slik studie beskrives og analyseres utvalgte studier (Forsberg & Wengstöm 2013).

2.1 Søkestrategi

Artikler ble funnet via de godkjente databasene Medline og Cinahl, som er bibliografiske databaser innenfor medisin og helsefag (Nord Universitet, u.å.). Internett gir nesten ubegrenset muligheter til å søke enorme mengder litteratur. Gjennom søk på vitenskapelige databaser, utarbeides det noen kriterier som kan begrense søkningen (Dalland, 2012). Slike begrensinger kan være søkeord, publiserings år og type artikkel. Nedenfor er det eksempel (tabell 1) på avgrensninger og søkeord som er blitt brukt i studien.

Tabell 1. Eksempel på søkestrategi.

Database	Avgrensninger	Søkeord	Antall treff	Utvalg 1	Utvalg 2	Utvalg 3	Utvalg 4
CINAHL	Ingen	Multiple Sclerosis AND Sexuality	67	40	16	9	3
MEDLINE	År 2008-2016 Kvalitativ Studie Abstrakt	Multiple Sclerosis OR affects of Multiple Sclerosis OR Multiple Sclerosis, relapsing-remitting AND Sexual Dysfunction, psycohistorical OR Sexual Dysfunction, Physiological	9	9	3	3	1

Utvalg 1: lest artiklens tittel

Utvalg 2: lest artiklens abstrakt

Utvalg 3: lest artikkelen i sin helhet

Utvalg 4: artikkelen valgt ut for gransking og vurdering

Se vedlegg 1 for fullstendig tabell.

2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Det er ikke tatt hensyn til type MS, kjønn og medisinbruk ved artikkelsøk. Artikler som inneholder medisinske behandlinger er ekskludert, fordi medisin er et mer spesialisert fagfelt enn generell sykepleie. I tillegg er artikler der partnerens opplevelser og sykepleierens erfaringer ekskludert, fordi det ikke samsvarer med vår hensikt og studie som baseres på pasientperspektivet. Studier som inneholder sammenligning med den generelle befolkningen er inkludert, i tillegg til både kvalitative- og kvantitative studier.

2.4 Inkluderte artikler

I denne studien er det blitt brukt 15 kvalitative- og kvantitative forskningsartikler. For å granske og vurdere de, er skjema for artikkelgranskning utarbeidet av Sjöblom & Rygg (2012) anvendt (vedlegg 3). Nedenfor ses eksempel på inkluderte artikler.

Tabell 2. Eksempel på inkluderte artikler

Forfatter Årstall Land	Tittel	Deltagere/ Bortfall	Metode	Hensikt	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Mohammadi, K., Rahnama, P., Mohseni, S. M., Sahraian, M. A. & Montazeri, A. (2013) Iran	Determinants og Sexual Dysfunction in Woman with Multiple Sclerosis	226/101	Kvalitativ	Avdekke sykdomsrel aterter og psykologisk e risikofaktor er for seksuell dysfunksjon hos kvinner rammet av MS.	Det er en betydelig sammenheng mellom seksuell dysfunksjon og alder, utdanning, ansettelsesstatus, varighet av ekteskap, lengde på sykdom, sykdomsprogresjon, symptomer på depresjon og funksjonsnedsettelse.	Etisk godkjent Nivå 1 og fagfellesvur dert NSD

For fullstendig tabell, se vedlegg 2.

2.5 Analyse

Litteraturstudien er inspirert av en innholdsanalyse, som innebærer å dele opp data i mindre enheter, granske og sammenligne de med andre enheter for lik- og ulikheter, for å så kunne navngi enhetene (Polit & Beck, 2012). Artikkene ble først gransket nøyaktig i sin helhet, og deretter ble enheter som svarte på hensikten plukket ut. Enhetene ble kodet ved å legge farge på de som var like, som la grunnlaget for ni subkategorier. Etter å ha gjennomført analysen ble resultatet tre kategorier. Nedenfor ses utdrag fra analyseprosessen, med meningsbærende enheter, subkategorier og kategorier.

Utdrag fra analyseprosess.

Meningsbærende enheter	Subkategorier	Kategorier
Over halvparten av de med seksuelle dysfunksjoner har symptomer på depresjon.	Endret selvbilde og selvtillit grunnet seksuell funksjonsnedsettelse.	Psykiske og mentale prosesser.
De med MS har større sjanse for å utvikle depresjon	Seksuell funksjonsnedsettelse ses i sammenheng med depresjon.	
Føler seg ikke lengre attraktiv		
Føler seg lei, ensom og utslitt		

2.6 Ethiske overveielser

Polit & Beck (2012) skriver at når mennesker er brukt som deltagere i forskning, kan det oppstå etiske utfordringer da det blir konflikt mellom det å ta hensyn til det etiske riktige og det å ha et stort ønske om å skape forskning som skiller seg ut. Forskning gjort i Norge skal følge Forskningsetikkloven (2006), som har som mål at etiske normer i forskning blir tatt hensyn til både i privat og offentlig sektor. 9 av de 15 artiklene som blir brukt i litteraturstudien er godkjent av etiske komité. Av de resterende inneholder to etiske overveielser. De andre artiklene blir brukt da det fremkommer at deltagelsen er frivillig, deltagerne har fått informasjon, er anonymisert og deltagerne har samtykket. Dette er noen av de etiske spørsmålene en bør stille seg når det blir tatt i bruk forskningsartikler (Polit & Beck, 2012). I tillegg er De Nasjonale Forskningsetiske Komité (2009) sin forskningsetiske sjekkliste brukt for å vurdere de artiklene som ikke er godkjent av etiske komité. Videre har det blitt tatt hensyn til Personopplysningsloven (2000) som har til formål å: «Beskytte den enkelte mot at personvernet blir krenket gjennom behandling av personopplysninger» samt å

bidra til at «personopplysninger blir behandlet i samsvar med grunnleggende personvern hensyn»

For å unngå plagiat, som vil si det å anvende andres ord, ideer og resultater uten å få tillatelse (Polit & Beck, 2012), tilstrebes det i oppgaven å bruke riktig kildehenvisning. Det vil i tillegg bli presentert faktiske funn, selv om de ikke nødvendigvis trenger å stemme med forfatterens hypotese. Tidsskriftene artiklene er publisert i er vist som nivå 1 eller 2 i Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste, dette for å kontrollere om artiklene er på vitenskapelig nivå. Nivå 1 er de vanligste publiseringskanalene og nivå 2 er kanaler som er de mest betydelige og kvalitetskrevene. Flere av journalene er fagfellesvurdert, som er en vurderingsprosess som brukes for å kontrollere kvaliteten og viktigheten av publikasjoner i forskning. En journal eller tidsskrift som tas inn i en fagfellesvurdert praksis er kvalitetssikret og målet er å sørge for en bredere kvalitetssikring av publiserte artikler (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2013)

3. Resultat

Resultatdelen av oppgaven er inndelt i tre hovedkategorier. Innholdet i kategoriene vil presentere hovedfunnene i forskningsartiklene som er knyttet opp mot hensikten i oppgaven. De tre kategoriene som ble funnet er biologiske mekanismer, psykiske og mentale prosesser og psykososiale forhold.

3.1 Biologiske mekanismer

3.1.1 Forandringer nedentil

Mange som er rammet av MS sliter med seksuelle dysfunksjoner (Akkus & Duru, 2011; Celik et.al. 2012; Lew-Starowicz & Rola, 2014; McCabe, 2002; Silva et.al. 2015) og det er flere fysiske faktorer som er med til å påvirke seksualiteten, blant annet har menn erektilе problemer som for tidlig utløsning, vansker med å få og beholde ereksjon og problemer med å ejakulere. Kvinner har smerte under samleie, problemer med å få orgasme, nummenhet nedentil, endringer i forhold til vaginal stimuli og nedsatt vaginal lubrikasjon (Celik et.al. 2012; Demikrian, Sarica, Uguz, Yerdelen, Aslan, 2006; McCabe, 2002; Mohammadi, Rahnama, Mohseni, Sahraian & Montazeri, 2013; Nortvedt et.al. 2007; Sahay, Haynes, Rao, & Pirko, 2012; Tepavcevic et.al. 2008). Det er sekundær seksuell dysfunksjon som forekommer hyppigst blant menn og kvinner (Silva et.al. 2015), som gir symptomer som nedsatt libidodrift, dårlig vaginal stimuli og nedsatt lubrikasjon/erektilе problemer (Demikrian et.al. 2006).

3.1.2 Nevrologiske utfall

Fysiske forandringer og symptomer som fatigue, muskelsvakhet og spasmer forekommer ofte hos MS-rammede, og forstyrrer seksuallivet (Zorzon et.al. 2001). Nedsatt libidodrift, manglende lyst og opphisselse under samleie er de vanligste symptomene ved seksuell dysfunksjon samlet sett (Akkus & Duru, 2011; Celik et.al. 2012; Gagliardi, 2003; Lew-Starowicz & Rola, 2014; McCabe, 2002), men kognitive utfordringer, deriblant oppmerksomhetssvikt, påvirker også sekundær seksuell dysfunksjon (Fragála et.al. 2014). I tillegg fremkommer det også at hukommelsessvikt og konsentrasjonsvansker har en innvirkning (Demikrian et al., 2006; Lew-Starowicz & Rola, 2014).

3.1.3 Sykdomsprogresjon og type MS

Seksuallivet påvirkes av sykdomsprogresjon, grad av funksjonshemming og nedsatt førlighet (Tepavcevic et.al. 2008), i tillegg til lengde på sykdommen og alder (Celik et.al. 2012; Mohammadi et.al. 2013; Sahay et.al. 2012). Over tid så vil omfanget og symptomene på seksuell dysfunksjon forverres (Demikrian et.al. 2006) samt at de seksuelle problemene vil forverres i takt med intensiteten av symptomene på sykdommen (Akkus & Duru, 2011). I en periode på 2 år, fikk flere av deltagerne i studien til Zorzon et.al. (2001) symptomer på seksuell dysfunksjon, og dette i takt med sykdomsprogresjonen. Hvilken type MS en har er av betydning, og det er gjennomgående at de med RRMS har minst seksuelle dysfunksjoner og at de med SPMS og PPMS har mest dysfunksjoner (Demikrian et.al 2006; Fragála et.al. 2014; Sahay et.al. 2012). Progressive former for MS har flere symptomer på primær seksuell dysfunksjon, som blant annet lengre tid for opphisselse, nedsatt lubrikasjon og ereksjonsproblemer (Celik et.al. 2012).

3.1.4 Blære-og tarmproblemer

Blære- og tarmproblemer påvirker seksualiteten (Celik et.al. 2012; Fragála et.al. 2014; Lew-Starowicz et.al. 2014; Nortvedt et.al. 2007; Zorzon et.al. 2001; Sahay et.al. 2012) og er assosiert med dårligere livskvalitet (Nortvedt et.al. 2007). Underaktiv blære er et hyppig problem hos både kvinner og menn (Fragála et.al. 2014) og hjelpemidler som kateter, gjør seksuell aktivitet vanskelig (Gagliardi, 2003). De med blære –og tarmproblemer har seksuelle dysfunksjoner som det at det tar lengre tid for å bli opphisset, nedsatt lubrikasjon og erektilproblemer (Celik et.al. 2012). Over halvparten av menn og kvinner har moderate eller alvorlig problemer med blæren (Fragála et.al. 2014; Nortvedt et.al. 2007), som viser seg i form av urinveisinfeksjon, urininkontinens, problemer med å tømme blæren og hyppig vannlatning (Sahay et.al. 2012). Mange har også tarmproblemer som flatus, forstoppelse, diare og avføringsinkontinens, men ikke i like stor grad som blæreproblematikk (Nortvedt et.al. 2007). Nevrologiske utfall og overaktiv blære sammen har en betydelig avgjørende rolle for seksuelle dysfunksjoner (Lew-Starowicz & Rola, 2014; McCabe, 2002).

3.2 Psykiske og mentale prosesser

3.2.1 Depresjon og angst

Flere MS-rammede utvikler depresjon og angst, som er assosiert med seksuelle dysfunksjoner (Mohammadi et.al. 2013; Tepavcevic et.al. 2008). Seksualitet ses på som en viktig del av ens identitet som menneske, uavhengig av sykdom og førlighet (Gagliardi, 2003). Over halvparten av de med MS har symptomer på depresjon og mer enn en femtedel har tidligere i sykdomsforløpet fått diagnosen depresjon (Lew-Starowicz & Rola 2014). Nedsatt nevrologisk førlighet er særlig et utfallet ved MS som forverrer symptomene på angst og depresjon (Fragála et.al. 2014), men også blære- og tarmproblematikk. (Lew-Starowicz & Rola, 2014). Indirekte faktorer som påvirker depressive symptomer og seksualiteten er romantiske tv-serier, kjærlighetsscener eller det å se andre par og hvordan deres forhold fungerer. Dette gir en dårlig følelse, lengsel etter nærhet og savn (Gagliardi, 2003). Hvilken type MS en har, har en forbindelse med graden av seksuell dysfunksjon, fatigue, depresjon og angst. I forhold til mental funksjon og depresjon er det ingen betydelig forskjell på menn og kvinner, men angst forekommer oftere hos kvinner (Tepavcevic et.al. 2008).

3.2.2 Emosjonelle endringer og livskvalitet

Flere føler seg ikke lengre attraktiv etter å ha fått påvist MS, og de tenker mye på hvordan andre ser på deres kropp. De fysiske endringene som kommer av sykdommen, som overvekt grunnet inaktivitet og en annerledes gange har innvirkning i hvordan følelsene er i forhold til seksualiteten. Flere har manglende selvtillit, noen føler seg triste, ensomme, utslitt og vil helst være alene mens andre har negative tanker om det å være sammen med andre mennesker. I tillegg kommer det frem at hvis en ikke kan jobbe grunnet sykdommen, oppleves det som tap av ens selvfølelse. Det oppleves også som at en mister kontrollen på livet og hva som skjer med kroppen, og menn forteller at de noen ganger går på badet for å masturbere og at de gjør det for å føle et ansvar ovenfor deres seksualitet (Gagliardi, 2003). De fysiske symptomene og plagene som kommer av sykdommen fører til dårligere livskvalitet, som igjen påvirker seksualiteten og gir seksuelle dysfunksjoner (Schairer et. al 2013). Dessuten blir symptomer på seksuelle dysfunksjoner blir ofte ignorert, men disse symptomene har en innvirkning på alle aspekter av livskvaliteten (Tepavcevic et.al. 2008).

3.3 Psykososiale forhold

3.3.1 Psykososialt miljø

Yrke, utdanning, sivilstatus og inntekt har en innvirkning på seksuallivet (Mohammadi et.al. 2013; Nortvedt et.al. 2007; Tepavcevic et.al. 2008), og det er betydelig flere av de som ikke er i jobb som har seksuelle dysfunksjoner enn de som er i jobb. De som har fagbrev eller lavere utdanning har flere symptomer på seksuelle dysfunksjoner enn de som har høyere utdanning (Mohammadi et.al. 2013). Fysiske symptomer ved MS som fatigue gjør det også vanskelig å være i jobb, og dette er noe som reduserer den sosiale sirkelen og gjør det vanskelig å møte potensielle sexpartnere. (Gagliardi, 2003). For de som ikke er i mye sosial aktivitet og som er avhengig av hjelpemidler og omsorgshjelp er livskvaliteten lavere (Akkus & Duru, 2011; Schairer et.al. 2013).

3.3.2 Relasjon i forhold

Flere opplever spenning med partneren grunnet sykdommen, og kommuniserer heller ikke med partneren om seksuelle problemer (Akkus & Duru, 2011; Gagliardi, 2003). Noen har så negative følelser om seksualitet at det skaper en distanse mellom seg selv og deres partner som gjør at de kan bo i samme hus, men likevel føle at de bor helt separat. (Gagliardi, 2003). Frykt for å bli seksuelt avvist og frykt for å ikke kunne tilfredsstille partneren sin er noe som kommer frem (Celik et.al. 2012), og det er menn som føler seg minst selvsikker når det gjelder å tilfredsstille partneren seksuelt. (Orasanu, et.al. 2013) Seksualitet blir ikke kun sett på som noe fysisk, men det blir også sett på som en måte å leve sammen med andre (Gagliardi, 2003) og i forhold der partneren er forståelsesfull ovenfor sykdommen, er parene intime (Akkus & Duru, 2011). Noen klarer å finne nye muligheter for å utrykke sin seksualitet i forholdet. Valg av klær som er tiltrekkende for det motsatte kjønn blir foretrukket, samt det å opprettholde et attraktivt utseende på tross av fysiske begrensinger er viktig for å kunne føle seg vel og se bra ut for partneren (Gagliardi, 2003). Hos menn er det en assosiasjon mellom seksuell tilfredsstillelse og hvordan forholdet fungerer, men hos kvinner ses det en betydelig sammenheng mellom seksuelle utfordringer, seksuell tilfredsstillelse og mellom seksuelle utfordringer og hvordan forholdet fungerer (McCabe, 2002). I tillegg uttrykker MS-rammede misnøye med det seksuelle funksjonsnivået, samt at de ikke er tilfreds med hvor ofte de har samleie med deres partner (Sahay et.al. 2012).

3.3.3 Kommunikasjon

For å få flest MS-rammede til å svare på intime og personlige spørsmål er anonymitet en avgjørende faktor for å få flest mulig til å gjennomføre spørreskjema, men selv om personene er anonymisert er det ikke alle som vil svare på spørsmål angående seksualiteten. (Sahay et.al. 2012) Svært få rapporterer at de bruker rådgivning eller terapeutiske midler for å få hjelp til deres seksuelle dysfunksjoner (Orasanu et.al. 2013). I en 2-års oppfølgingsstudie av Zorzon et.al. (2001) var deltagerne ved starten av studien ikke interessert i å snakke med lege eller helsepersonell om seksuelle problemer, men i slutten av studien var det flere som ønsket dette. Det er i tillegg svært få som rapporterer at de blir spurt av helsepersonell om deres seksualitet i forhold til sykdommen (Orasanu et.al. 2013).

4. Diskusjon

4.1 Metodediskusjon

I studien ble det brukt artikler funnet på databasene Medline og Cinahl, som er godkjente bibliografiske databaser som inneholder referanser til tidsskriftsartikler innen sykepleie og annet helsefag (Nord Universitet, u.å.), og er dermed svært relevante å bruke. Artikkelsøk ble gjort på andre databaser, men da de ikke ga relevante treff ble kun Medline og Cinahl brukt. Forskjellige søkeord er blitt anvendt under artikkelsøkningen for å få variasjon, men det var allikevel gjennomgående søkeord som ga funn etter anseelsen av relevansen. På grunn av lite utvalg av artikler, er det brukt få avgrensninger under artikkelsøkningen.

En svakhet ved en allmenn litteraturstudie er ifølge Forsberg & Wengström (2013) at det ofte mangler kvalitetsvurderinger i de ulike studiene som er inkludert, noe som gjør at det kan bli feilaktige konklusjoner. Derfor er artiklene i oppgaven gransket nøyaktig ved å bruke artikkelgranskingsskjema av Sjöblom & Rygg (2012), slik at studien får en høyst mulig kvalitet.

Studien baseres på kvalitative- og kvantitative studier. De kvantitative studiene gir et bredt spekter av omfanget av seksuelle dysfunksjoner blant de MS-rammede og gir overordnet oversikt på hvilke symptomer som forekommer oftest, mens de kvalitative studiene gir en dypere innsikt og forståelse av faktorer som påvirker seksualiteten. Det å bruke begge typer studier øker kvaliteten på resultatet da det gir en større helhetsforståelse, men det kan også på en annen side være en svakhet det å anvende kvantitative studier, fordi det er både vanskelig og tidskrevende å tolke de. På grunn av at samme spørreskjema blir anvendt i flere av de kvantitative studiene, er det enklere og sikrere å tolke dataen.

Det er tilstrebet å bruke artikler som ikke er eldre enn 10 år. De artiklene som er eldre enn 10 år er svært relevante for studien og derfor inkludert. Det å bruke nyere forskning er en styrke, fordi det kan utvikles bedre metoder som spørreskjema som kan påvirke resultatet fra nyere til eldre forskning. Det kan i tillegg skje en utvikling på hjelpemidler, medisiner og strategier for å bedre den seksuelle helsen.

Forskningsartiklene er fra forskjellige land, så en kan sette spørsmåltegn til om det er overførbart hos MS-rammede i Norge. Både MS og seksualitet er globalt og det sees en sammenheng mellom resultatene i artiklene, og således kan de tenkes at det er overførbart. Alle artiklene som er inkludert er på engelsk og har blitt oversatt ved hjelp av ordnett.no. Det er en mulighet at kvaliteten på resultatet blir påvirket, da ikke alle ord og begreper kan direkte oversettes, og setningene mister dermed sin originale betydning. Siden det ikke er tatt hensyn til medisinerbruk hos deltagere i de inkluderte artiklene, kan det føre til misvisende resultat da flere medikamenter som blir anvendt ved MS kan gi bivirkninger som seksuelle dysfunksjoner (Espeset et.al. 2013).

4.2 Resultatdiskusjon

Hensikten med litteraturstudien var å belyse faktorer som påvirker seksualiteten til MS-rammede pasienter. Resultatet viser at det er flere faktorer som påvirker seksualiteten som overordnet skilles mellom biologiske mekanismer, psykiske og mentale prosesser og psykososiale forhold. Hovedkategoriene i resultatet blir brukt som utgangspunkt i diskusjonen for å få en overordnet oversikt, men disse kategoriene påvirker hverandre og diskusjonen bør ses på som en helhet.

4.2.1 Biologiske mekanismer

Resultatet viser at biologiske mekanismer som forandringer nedentil, nevrologiske utfall, sykdomsprogresjon og type MS samt blære- og tarmproblematikk er faktorer som påvirker seksualiteten.

De biologiske mekanismene styres av sentralnervesystemet, som er sammensatt av mulig 100 milliarder nerveceller. Disse nervecellene er svært sammensatte og velorganisert i et nettverk som er forbundet med hverandre (Helgesen, 2011). For å kunne bli seksuelt stimulert, kreves det intakte motoriske og sensoriske nerver i sentralnervesystemet, i tillegg til intakte nervebaner i det autonome nervesystemet. Siden de med MS ikke har disse intakte nervebanene som kreves, er det følgelig at det blir vanskelig å bli seksuelt stimulert. (Vildalen, 2004)

Når menn med MS ikke har de intakte nervebanene som skal til for å bli seksuelt stimulert, vil de to mekanismene som styrer ereksjonen bli påvirket. Det er da symptomer på seksuelle dysfunksjoner som det å få ereksjon og holde ereksjonen tilstrekkelig oppstår (Aars, 2014) og i resultatet kommer det frem at disse dysfunksjonene forekommer hos menn med MS. Den ene av de to mekanismene er den psykiske ereksjonsmekanismen, som styres via den cerebrale funksjonen. Hjernen er det viktigste seksuelle organet og koordinerer ereksjonen via sentralnervesystemet. Det er forskjellige faktorer som kan tenne den seksuelle lysten, blant annet syn, hørsel, lukt og berøring. Selve ereksjonen styres fra nervekjerner i den fremre veggen av hjernen, og derfra går signaler via nervebaner, direkte til nerveceller i ryggmargen og videre via parasympatiske nerver til penis (Aars, 2014). Siden MS-pasienter har nerveskader som kan føre til at signaler ikke når frem eller går i stå, kan dette påvirke den cerebrale funksjonen ved at signalene ikke blir sendt (Bertelsen, 2012).

Videre er det den andre mekanismen, som er den reflektoriske perifere mekanismen som direkte styrer ereksjonen og påvirker ereksjon ved direkte stimulering eller ved stimulering av andre erogene soner² på kroppen. Denne stimuleringen går via afferente nervebaner som formidler sensoriske nerveimpulser til ryggmargen. Herfra går så de efferente impulsene tilbake til penis. Denne mekanismen kan hindres av signaler fra hjernen gjennom det inhiberende systemet³, som ved stress og negative tanker (Aars, 2014). Resultatet viser at flere har negative tanker og følelser og blir påvirket av indirekte faktorer som romantiske tv-serier og kjærlighetsscener, som er en faktor som kan påvirke det inhiberende systemet, i tillegg til stressreaksjoner som ofte kan oppstå ved kronisk sykdom (Nordgreen, Fjerstad & Havik, 2014). Da kvinners seksualitet er mer myteomspunnet enn mannens (Gamnes, 2012), er det usikkert hvor overførbart mekanismene som styrer menns ereksjon er, men ifølge Gamnes er det antatt at ereksjonen er prinsipielt likt hos både kvinner og menn.

Selv om kvinners seksualitet er mer myteoppfunnet, så er det klart at skader på nervevev påvirker kvinners seksualitet (Espeset et.al. 2013). Funn fra resultatet viser særlig at kvinner med MS opplever smerte under samleie. Hos de med MS oppstår det ofte nevrologiske smerter grunnet skade på nervevev. Smertene kan være spontane og uavhengige, vedvarende, anfallsvis eller utløst av stimuli som vanligvis ikke er smertefulle, som berøring av huden

²Områder som ved fysisk berøring skaper seksuell lystfølelse (Elstad, 2013).

³ Hemmende (Chaudry, 2013).

(Trydal & Borchgrevink, 2014). Enda et plagsomt og usynlig symptom som kan påvirke smerte ved MS er følesesforstyrrelser der en kan oppleve ubehag ved røring og overfølsomhet, men på den andre siden kan det også gi opphevet følelse (Espeset et.al. 2013) i tillegg til nummenhet (Bertelsen, 2012). Studien til Gruenwald et.al. (2007) har tatt for seg kvinner med MS sine reaksjoner på sensorisk stimuli i underlivet, som viser det at kvinner stort sett kjenner stimuli som varme, kulde og vibrering dårlig. Dette samsvarer med resultatet, der kvinner også opplever dårlig følelse og nummenhet nedentil.

Det kan oppleves både tungt og skjemmende for menn og kvinner når ting ikke fungerer som de skal nedentil, men det finnes flere seksualtekniske hjelpemidler for slike problemer, som penisring, vibrator og glidemiddel (Gannes, 2012). I følge Vildalen (2004) skal sykepleiere ha kunnskap om disse hjelpemidlene og det kan tenkes at disse hjelpemidlene kan hjelpe pasienter til å få et bedre seksualliv, i tillegg til å få mer kontroll. Seksualtekniske hjelpemidler gis med hjemmel i Folketrygdloven § 10-6 for å bedre funksjonsevne i dagliglivet til de med vesentlig og varig nedsatt funksjonsevne grunnet sykdom. Fordi seksualtekniske hjelpemidler er svært personlig og har med intime forhold å gjøre, fås hjelpemidlene ved en rekvisisjonsordning (Folketrygdloven, 1997). Dermed kan det være en mulighet for sykepleiere å kontakte lege hvis tekniske hjelpemidler anses som nødvendig for å kunne opprettholde pasientens seksualitet, eller å informere pasienten om at slike muligheter finnes.

Et av flere symptomer ved MS som kvinner og menn har til felles er fatigue (Aars, 2014). Resultatet viser at fatigue er en faktor som påvirker seksualiteten, men i tillegg reduserer den i stor grad livskvaliteten (Johnson, 2008). Fatigue beskrives som en følelse av utmattelse og tretthet som ikke kan forklares med de normale årsakene til at man føler seg sliten. Siden seksuell lyst er et overskuddsfenomen (Aars, 2014), kan personer med fatigue miste denne lysten. Det er ingen forklaring på hvorfor fatigue oppstår hos de med MS (Espeset et.al. 2013), men forskning viser at det er ved flere somatiske sykdommer fatigue forekommer (Johnson, 2008). For å kunne hjelpe pasientene som er rammet av fatigue, sier Loge (2014) at det er viktig å ikke bruke mer krefter enn nødvendig, og en mest mulig regelmessig livsførsel når det gjelder aktivitet, hvile og søvn er nødvendig. Her kan sykepleieren være behjelpelig ved å gi informasjon som kan bidra til at den energien pasienten har blir brukt på det som styrker livskvaliteten, men i tillegg bør sykepleieren være løsningsorientert og se etter løsninger som ikke tar unødvendige krefter fra pasienten. Også Braley & Chervin (2010)

støtter opp om at strategier for å spare på energien hjelper de som har fatigue. I en nyere studie som tar for seg virkningen av et støttende sykepleiepedagogiskprogram sett i sammenheng med fatigue og livskvalitet, fremkommer det at deltagere i intervensjonsgruppen viste en betydelig reduksjon i nivået av tretthet og forbedring av livskvaliteten etter 12 uker, mens kontrollgruppen viste ingen vesentlige endringer (Wang, Huang, Ho & Chiou, 2016). Med dette kan det forstås at sykepleiere spiller en vesentlig rolle når det gjelder å hjelpe pasienter med fatigue.

En annen faktor som påvirker seksualiteten og som fremkommer i resultatet er blære- og tarmproblemer. Siden sentrene for seksuallfunksjon er nær knyttet til sentrene for urinblære og tarm (Espeset et.al. 2013), kan det forklare hvorfor seksuelle dysfunksjoner ofte opptrer samtidig med blære – og tarmproblemer. Det kan også tenkes at ukontrollert blære- og tarmfunksjon kan virke forstyrrende under samleie da det kan komme både urin, luft og avføring som kan være ubehagelig for begge parter. I tillegg, for kvinner, kan muskelsvakhet i bekkenet føre til at det blir vanskeligere å holde på urin under samleie (Gamnes, 2012). Det kommer dessuten frem i resultatet at blære- og tarmproblemer medfører at kateter er nødvendig, som igjen gjør det vanskelig å utføre samleie. Smith (2006) påpeker at det automatisk tenkes at det ikke lenger er mulig å ha et seksualliv, fordi det rent praktisk er vanskelig å forestille seg hvordan samleie skal være mulig med kateter. Her er informasjon og kunnskap nødvendig for at sykepleieren skal kunne hjelpe pasienten. Smith foreslår at sykepleieren kan være behjelpelig med å ta ut kateter før samleie, i tillegg til å informere om praktiske løsninger – som det å tape kateter på magen for kvinner og legge kateter langs penis og ta kondom over hos menn. Det er også ulike stillinger som kan være bedre egnet.

At det fremgår i resultatet at andre symptomer ved MS som spasmer og muskelsvakhet påvirker seksualiteten, er det ikke noe litteratur direkte støtter opp om. Muskelsvakhet i bekkenbunnen kan ha en betydning for seksualiteten hos kvinner, da bekkenbunnmuskulaturen har en lukke- og knipefunksjon som gir sammentrekninger (Gamnes, 2012). Spasmer derimot, kan kjennes ut som spenning i muskler, men også som smertefulle, ukontrollerbare kramper som ofte forekommer med lammelser (Espeset et.al. 2013). Det er da forståelig at det å være seksuelt aktiv når en har spasmer kan være ubehagelig, men også siden spasmer ofte forekommer hos de med lammelser, kan det tenkes at lammelsene i seg selv kan gjøre seksuell aktivitet problematisk. Fysisk aktivitet blir

anbefalt i slike situasjoner som kan forbedre muskelfunksjonen, forflytningsevnen og spasmer. Dette krever at aktivitetene tilpasses sykdommens stadier (Espeset et.al. 2013). Sykepleiere kan derfor samarbeide med andre profesjoner som fysioterapeut for å få et tilrettelagt treningsprogram. Orvik (2015) støtter opp om at slikt samarbeid er viktig for et helhetlig pasientforløp, og siden sykepleieren ofte er den som er nærmest og mest tilgjengelig for pasienten, skal sykepleieren ha evne til å bidra til tverrfaglig samarbeid.

Det er i tillegg tydelig i resultatet at hvilken type MS en har, er av betydning for seksualiteten og at RRMS er den typen som gir minst seksuelle dysfunksjoner. Det kan forstås med at RRMS gir angrep som etter hvert går helt eller delvis tilbake. De andre typene derimot, gir angrep og neurologiske utfall som ikke går over (Bertelsen, 2012). Det kan være hensiktsmessig at sykepleiere har denne kunnskapen, og vet at de personene med de typene som gir mest seksuelle dysfunksjoner kan ha et større behov for å snakke om sine seksuelle dysfunksjoner. Det er også sannsynlig at de andre typene MS gjør at pasienter har mer behov for pleie og omsorg, noe som Espeset et.al. (2013) støtter opp, og sier at pasientens behov for sykepleie varierer med sykdommens omfang.

4.2.2 Psykiske og mentale prosesser

Resultatet viser at psykiske og mentale prosesser som depresjon, angst og emosjonelle endringer påvirker seksualiteten til MS-rammede.

Depresjon kjennetegnes som en form for nedtrykthet med symptomer som tristhet, pessimisme og lav selvaktelse (Hummelvoll, 2014). Det fremkommer i resultatet at depressive symptomer kan sees hos over halvparten av de med MS, noe som litteratur støtter opp om. I studien til Askari et.al. (2014) har også halvparten av deltagerne depressive symptomer, men Nakken & Beiske (2014) derimot, hevder at det er opp mot 80% av de med MS som har depressive symptomer og at 50% av de har alvorlig depresjon.

Det at depresjon har så høy forekomst er det ingen eksakt forklaring på, men det er antydning flere faktorer (Askari et.al. 2014). Hjernens ubevisste områder har en sentral betydning for flere psykologiske funksjoner, som aktivering av emosjoner. Alle mentale prosesser springer ut fra nevrofysiologisk aktivitet i hjernen (Helgesen, 2011), og dermed kan det forstås at tanker, opplevelser og adferd har forankring i nevrofysiologiske prosesser. Således er det

sannsynlig at sykdommen MS kan forårsake depresjon, fordi den skader immun- og nervesystemet. Det kan i tillegg støttes opp av det at den psykiske dimensjonen kan både påvirke og bli påvirket av sykdommer og feilfunksjoner i de øvrige dimensjonene, derav den fysiske dimensjonen (Odland, 2012). Imidlertid, så er det ikke kun skade på nervevev som forårsaker depresjon, men også det å må leve med en kronisk sykdom som er degenerativ (Askari et.al. 2014). Somatisk sykdom kan også gi mange tapsopplevelser som fører til depresjon, som å bli mindre selvhjelpen, miste sin gode helse og få endret kroppsfunksjoner (Aarre, 2014). Det å miste sine kroppsfunksjoner fører til at det fysiske selvet blir berørt og selvbildet kan da slå alvorlige sprekker. Dette medfører at pasienter må reorientere seg og finne andre måter å erstatte den tapte funksjonen på, denne erstatningsperioden er ofte etterfulgt av depresjon (Hummelvoll, 2014).

Noe som er nært forbundet med depresjon, er angst (Dahl & Aarre, 2012). Det kommer frem i resultatet at angst forekommer ofte hos MS-rammede, men ikke i like stor grad som depresjon. Angst er et fenomen som har mange former og grader, som kan karakteriseres med at det dreier seg om en trussel – enten ”innbilt” eller reel (Hummelvoll, 2014). Hos de med MS sees det at angst i større grad forekommer hos de med funksjonsnedsettelse (Askari et.al. 2014), som kan ha en sammenheng med at funksjonsnedsettelse virker stigmatiserende (Ingstad, 2013) og som det fremkommer i resultatet, har MS-rammede et stort fokus på hvordan andre ser på deres kropp. I tillegg kan personer frykte en større forverring når sykdom gir symptomer (Dahl, 2014). Det kan også tenkes det at siden MS ikke har en kurativ behandling og utviklingen av sykdommen varierer (Bertelsen, 2012) kan dette påvirke de psykiske aspektene da fremtiden for de som er rammet av sykdommen er uforutsigbar, i tillegg til at de med kroniske sykdommer kjenner på frykten for forverring eller tilbakefall av sykdommen (Dahl, 2014). Espeset et.al. (2013) sier at i slike situasjoner, der pasienten får forverring eller tilbakefall av symptomer er det viktig at sykepleieren er tilgjengelig, gir støtte og håp, samt deltar i den behandlingen som blir iverksatt.

Psykiske faktorer som angst og depresjon kan påvirke seksualiteten fordi personer med disse sykdommene opplever å må sette seksuallivet på vent, i tillegg til å oppleve seg maktesløse til å kunne utføre noen form for seksuell aktivitet (Ösman, 2008). Videre skriver Östman at flere med alvorlig psykisk sykdom tar avstand fra deres partner grunnet frykt, sinne, hjelpsløshet

og misnøye, men også fordi det er vanskelig å forholde seg til seksualiteten når de har en psykisk sykdom. Følgelig kan det forstås slik at depresjon ikke bare påvirker seksualiteten direkte, men også indirekte ved at parforholdet blir negativt påvirket.

I tillegg er det ofte slik at fysiske sykdommer blir ofte oppfattet svært alvorlige og dramatiske, og blir derfor prioritert slik at det psykiske blir glemt (Aarre, 2014). Det samsvarer ikke med den holistiske tenkningen der hele mennesket skal tilgodesees og ikke en sum av dets enkelte bestanddeler (Odland, 2012). Aarre (2014) sier for å være komfortabel nok til å diagnostisere og behandle psykiske lidelser, bør sykepleiere ha kunnskap og erfaring til å kunne kjenne igjen symptomer. Imidlertid, påpeker Aarre videre at sykepleiere ofte ikke har denne kunnskapen, som fører til at viktig behandling ikke blir gjennomført. Det kan dermed forstås slik at sykepleiere bør skaffe seg mer kunnskap om psykiske lidelser, både ved klinisk erfaring og teori.

Det ses også i resultatet at emosjonelle endringer påvirker seksualiteten, som det at flere ikke lengre føler seg attraktiv. Hummelvoll (2014) påpeker at det er via kroppen og utseende seksualiteten kommer til uttrykk, så på grunn av fysiske forandringer og det å ikke føle seg attraktiv lengre, er det vanskelig å uttrykke sin seksualitet. Solvoll (2012) hevder at hvordan mennesker forholder seg til sin kropp er med til å gjenspeile viktige sider ved identiteten, i tillegg kan følelsen av at kroppen enten er for stor, liten, sterk eller svak si noe om opplevelsen av seg selv. I resultatet fremkommer det at seksualitet blir sett på som en viktig del av identiteten til mennesket, uavhengig av sykdom og førlighet. Dette bekreftes av Laursen (2008) som sier at seksualiteten er nært knyttet til identiteten som menneske, samt at identiteten og seksualiteten ikke kun har en fysisk dimensjon men også en personlig og relasjonell dimensjon. Videre sier Laursen at disse tre dimensjonene er nært forbundet med hverandre og påvirker hverandre. Derfor vil det ikke kun være relasjonen til partneren som blir påvirket ved kronisk sykdom, men også det at den med kronisk sykdom må forholde seg til et nytt selvbilde. I tilfeller der pasienters identitet og selvbilde blir satt på prøve, kan pasienten trenge hjelp til å reorientere seg selv og lære seg selv å kjenne (Gamnes, 2012). Gamnes sier videre at en sykepleier bør vite at et velpleiet og ordentlig ytre har mye å si for selvfølelsen og følelsen av å være attraktiv. Derfor bør sykepleieren være behjelpelig med å ivareta pasientens hygiene og anerkjenne pasienten for den han er.

4.2.3 Psykososiale forhold

Resultatet viser at psykososiale forhold, som relasjoner og kommunikasjon med partner og andre mennesker påvirker seksualiteten til MS-rammede.

Som nevnt tidligere er seksualiteten et viktig aspekt ved identiteten. I løpet av voksenlivet vil mange oppleve utviklingskriser som påvirker identiteten og dermed også seksualiteten. Kriser i livet som kronisk sykdom påvirker parforhold og deres identitetsoppfatning og kan dermed sette forholdet på prøve (Laursen, 2008). Dette gjenspeiles i resultatdelen som viser at flere grunnet sykdommen opplever spenning i forholdet og kommunisere ikke med hverandre om seksuelle problemer. Negative følelser om seksualitet kan dominere forholdet slik at det skapes en distanse som gjør det mulig å bo i samme hus, men fortsatt ha en følelse av å bo helt separat. Gamnes (2012) understreker at i slike situasjoner er det viktig å støtte hverandre for å bevare intimiteten og samhøringen, hvis ikke vil negative følelser og opplevelser dominere og påvirke både samlivet og seksualiteten i forholdet. Sykepleieren har her en viktig rolle med å identifisere om det er behov for samtale med både pasient og partner om seksualitet og samhøring, men da bør sykepleieren være trygg på dette. Eventuelt kan sykepleieren henvise videre til noen som kan hjelpe, som sexolog, lege eller psykolog. Siden resultatet viser at i forhold der parteren er forståelsesfull ovenfor sykdommen er parene intime og klarer å finne nye muligheter på å utrykke sin seksualitet, kan det forstås slik at parteren til den sykdomsrammede har behov for informasjon og undervisning om både sykdom i tillegg til seksuelle problemer som kan oppstå. Det kan også tenkes at det vil gjøre det lettere for personer å kommunisere innad i forholdet, i tillegg til at parteren blir tryggere og får en større forståelse.

Det fremkommer også frem i resultatet at andres måte og se på deres kropp på, påvirker følelsene i forhold til seksualiteten. Hvordan mennesker skal se ut og hvordan kroppen skal fungere er knyttet til kroppsbildet og kroppsidealet reflekterer et sett av internasjonale normer knyttet til hvordan samfunnet generelt oppfatter at vi skal se ut, og hvordan kroppen skal fungere (Hummelvoll, 2014). I tillegg sier Ingstad (2013) at de med sykdom, særlig de med endringer i motorikk og utseende, opplever å bli stigmatisert fordi omgivelsene vil møte den sykdomsrammede med forutinntatte oppfatninger og forventinger uten å se de personlige

egenskapene. Også Solvoll (2012) bekrefter at mennesker som lever med synlig funksjonshemming møter ofte folk som reagerer på deres annerledeshet.

Følgen av stigmatisering og det å oppleve at andre reagerer på deres annerledeshet, kan støtte opp hvorfor det kommer frem i resultatet at det å være sammen med andre mennesker er assosiert med negative tanker og at det heller blir foretrukket å være i ensomhet enn å være sammen med andre. I den nyere studien til Abolhassani, Ahmadriza, Taleghani & Zamani (2014) som omhandler MS og stigmatisering viser det seg at deltakerne påpeker at folk fra den generelle befolkningen viste unødvendig sympati og medlidenhet for dem, noe som fikk deltakerne til å føle seg svake og ulykkelige. Derfor valgte deltagerne fortielse og ensomhet for å unngå stigmatisering. For sykepleiere kan det være naturlig det at pasienter skal sosialiseres, være sammen med andre og oppmuntre til dette. Imidlertid, bør sykepleieren forstå hvorfor noen ikke ønsker det, og herunder respektere pasientens ønske om å være alene.

Det bør også påpekes det at psykososiale forhold, som partnerskap og jobbmiljø kan påvirke biologiske mekanismer som hormon- og immunsystemet og kan enten styrke eller svekke motstandskraften. Med svekket motstandskraft blir en mer mottakelig for somatiske helseplager og psykiske problemer (Smebye & Helgesen, 2011). Blant annet sier Abolhassani, et.al. (2014) at bekymringer i forhold til jobb var en av de sosiale dimensjonene som påvirket sykdommen i stor grad, så det kan tenkes at slike bekymringer kan påvirke blant annet depresjon og angst, som igjen er assosiert med seksuelle dysfunksjoner. Videre sier Abolhassani et.al. at det kan være vanskelig å få seg jobb på grunn av MS, som fører til at den sosiale sirkelen blir mindre. Følgen av å ha en liten sosial sirkel kommer frem i resultatet, der den sosiale sirkelen er viktig for å kunne møte potensielle sexpartnere.

Det kommer også frem i resultatet at det å ha en sosial sirkel og være i sosial aktivitet er også viktig for livskvaliteten. Resultatet viser i tillegg at de som er avhengig av omsorgshjelp og hjelpemidler har en dårlig livskvalitet, samt at opplevelse av livskvalitet påvirker seksualiteten. Selv om det tidligere står at flere ønsker å være alene og at dette skal respekteres, betyr funnene i resultatet at sosialisering er viktig for seksualiteten. Det kan derfor være hensiktsmessig for sykepleiere å henvise til støttegrupper, der Solvoll (2012)

påpeker at den enkelte ikke vil oppleve stigmatisering, men støtte, hjelp og sosial tilhørighet. Solvoll sier også at for mange kan påkjenninger om å ha en kronisk sykdom føles enklere om en har noen å dele den med, og i slike grupper kan pasienter få det. For MS-pasienter kan en slik støttegruppe være gjennom MS-forbundet (MS-forbundet, u.å.). Videre sier Solvoll (2012) at mennesker med helsesvikt og sykdom ikke kan være selvstendige i sitt eget liv som tidligere, som også kan resultere i tap av mulighet til sosialisering. Selvstendighet er et behov som ligger dypt forankret i mennesket, så det å ikke klare seg selv oppleves derfor som negativt fordi normene og idealene vektlegger selvstendighet.

At selvstendighet er et behov som ligger dypt forankret i mennesket er også gjenkjennbart i helsevesenet hvor retten til autonomi, som betyr selvstyring, er respektert både juridisk og etisk (Brinchmann, 2012). For at sykepleieren skal få personer til å kunne ta selvstendige valg, sier Brinchmann at det er viktig med god og objektiv informasjon, noe som også er implementert i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere hvor det står at «sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått» (Norsk sykepleierforbund [NSF], 2011, s. 8). På den måten, kan det dermed forstås slik at når sykepleien gir tilstrekkelig informasjon til pasientene om deres seksualitet, kan det føre til at de blir mer selvstendig og får mer kontroll over deres situasjon. Det støttes opp av Vildalen (2004), som påstår at god informasjon om hvilke påvirkninger nevrologiske lidelser kan ha på seksuallivet, er viktig for å forebygge utvikling av seksuelle dysfunksjoner. Hun sier i tillegg hvis at pasienter får tidlig informasjon om hvilke seksuelle dysfunksjoner som kan oppstå ved sykdom, klarer pasientene å håndtere de bedre. Derfor er det hensiktsmessig at sykepleiere har kunnskap om hvilke faktorer som påvirker seksualiteten ved sykdom og hvorfor seksuelle dysfunksjoner oppstår, for å så kunne formidler dette videre.

Viktigheten av informasjon kommer også frem innledningsvis, der det står at informasjon og rådgivning bør inngå som en naturlig del når det oppstår seksuelle dysfunksjoner ved kronisk sykdom. Det fremgår allikevel i resultatet at flere har bruk for å snakke med helsepersonell i forhold til sin seksualitet, i tillegg blir få spurt om deres seksualitet og få bruker terapeutiske hjelpemidler. Aars (2014) påpeker at det kan oppstå mange spørsmål og bekymringer rundt seksualiteten ved sykdom, og Gamnes (2012) er klar på at det er sykepleierens ansvar å sette

seksualiteten på dagsordenen. Det kan derfor settes spørsmålstegn til hvorfor det er slik at pasienter ikke blir spurt om deres seksualitet og hvorfor det er så få som bruker terapeutiske hjelpemidler? Det kan være fordi både pasienter og sykepleiere sliter med å finne de riktige og gode ordene når de skal snakke om kjønnsorganer, men også fordi seksualitet er et tabubelagt område, som gjør temaet vanskelig å snakke om (Aars, 2014). Det at det er tabubelagt kan også ses i sammenheng med resultatet, som sier noe om viktigheten med anonymisering for å få flest mulig til å svare på intime spørsmål. På tross av anonymisering er det allikevel flere som ikke vil svare, som viser hvor sårt tema seksualitet faktisk er.

Det er usikkert om det er sykepleieren som unnlater å snakke om seksualitet i møte med den MS-rammede, eller om det er sykepleieren som blir avvist. I en dansk studie som omhandler seksualitet som et tabubelagt tema i sykepleien kommer det frem at 10 ut av 15 sykepleiere som jobber på sengepost mente at det var legens ansvar å åpne opp samtalen om seksualitet (Nilsson, 2012). Dette står ikke i tråd med de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere som sier: «sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg» (NSF, 2011). I tillegg mener pasienter at det er sykepleierne det er lettest å snakke med når det gjelder seksualitet (Sykepleien, 2011), som betyr at sykepleiere bør være på tilbudssiden når det gjelder det å snakke om seksualitet.

For å kunne se hvilke behov pasienten har er det ulike sykepleieteorier som er med på å danne grunnlaget for sykepleierens profesjonsutøvelse (Nortvedt, 2008). Travelbee's teoretiske grunnlag er relevant å bruke når det gjelder å identifisere hvilke behov pasienten har. I følge Travelbee (1999) er ethvert menneske unikt, og for å få kjennskap til mennesket er kommunikasjon er et viktig redskap. Hun støtter seg til det å skape et menneske-til-menneske forhold, som kjennetegnes ved at den syke får sine behov ivaretatt av en sykepleier som har evne til intellektuell problemløsning i kombinasjon med det å bruke seg selv terapeutisk. Travelbee påpeker i tillegg at det er viktig at sykepleieren har kjennskap til pasientens subjektive opplevelse av situasjonen og vite meningen som legges frem for å forholde seg til selve diagnosen. Således er det ikke nok å ha kunnskap om de biologiske mekanismene som påvirker seksualiteten til den MS-rammede, men også det å bli kjent med pasienten som person for å kunne identifisere dets særegne behov.

I følge Travelbee (1999) er kommunikasjon et viktig redskap for å identifisere pasientens behov, men som nevnt tidligere er det å kommunisere med pasienter om seksualitet vanskelig. Laursen (2008) sier at en sykepleiers oppgave er å gi informasjon, råd og veiledning, men samtidig vite hvor pasienten kan få videre hjelp. Det å ta i bruk kommunikasjonsmodeller for seksualitet kan derfor være nyttig for å kommunisere om seksualitet, herunder PLISSITT-modellen (Gamnes, 2012). Gamnes beskriver PLISSITT-modellen er en modell med fire faser, og kjennetegnes som en omvendt trekant. Trekanten symboliserer det at for hver fase blir det mindre pasienter. Den første fasen er for *alle* pasienter, og heter «tillatelse». Her vil sykepleieren anerkjenne og vise seg villig til å snakke om pasientens seksualitet. Fasen er nødvendig for at pasienten skal kunne forstå at det faktisk er greit å snakke om det, og at sykepleieren er interessert (Gamnes, 2012). I denne fasen er det viktig at sykepleieren lytter for å få kjennskap til pasientens problemer og bekymringer knyttet til seksuallivet (Laursen, 2008).

Den andre fasen i PLISSITT-modellen er «begrenset informasjon», og er for *mange* pasienter. Her gir sykepleieren begrenset informasjon til pasienten på bakgrunn av sin kompetanse (Gamnes, 2012). For å kunne snakke om seksualitet med pasienten trenger ikke sykepleieren nødvendigvis å ha spesialisert kunnskap innen sexologi (Laursen, 2008), men det er viktig å ta hensyn til pasientens behov, som Travelbee (1999) støtter opp om. Den tredje fasen i modellen er for *noen* pasienter, og heter «spesifikke forslag» Her går sykepleieren mer i dybden og kommuniserer med pasienten, og informasjonen er mer detaljert (Gamnes, 2012). Den siste fasen, «intensiv terapi», er for *få* pasienter og krever tid og spesialkunnskap. Denne fasen er derfor ikke egnet for sykepleiere (Gamnes, 2012).

PLISSITT-modellen viser hvordan enkle tiltak kan være med på å redusere antall pasienter som har behov for å kommunisere- og få informasjon om seksualitet. Forskning støtter opp om dette, og i en studie av Christopherson, Moore, Foley & Warren (2006) viste det seg at relative enkle tiltak som ble tilbydd av en sykepleier hjalp kvinner å takle symptomer på seksuell dysfunksjon assosiert med MS. Videre skriver Christopherson et.al. at de kvinnene som ikke hadde nytte av hjelp fra sykepleiere ble henvist til eksperter og fikk hjelp derfra. Siden noen pasienter trenger mer spesialisert hjelp, er det derfor hensiktsmessig at sykepleieren jobber tverrfaglig for å imøtekomme pasientens behov og for å oppnå helhetlig

omsorg (Orvik, 2015). Det står i tillegg i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere at sykepleieren skal fremme åpenhet og gode tverrfaglige samarbeidsforhold i alle deler av helsetjenesten (NSF, 2011). Således betyr det at sykepleiere må samhandle med andre profesjoner, blant annet leger og spesialister for å sikre pasienten et helhetlig forløp.

5. Konklusjon

Hensikten med litteraturstudien var å belyse faktorer som påvirker seksualiteten til MS-rammede. Det viser seg at det er flere faktorer som påvirker seksualiteten og at disse faktorene påvirker hverandre.

De seksuelle problemene som kan oppstå ved MS påvirker alle menneskets dimensjoner og for at sykepleieren skal fremme seksualiteten til pasientene, er et helhetlig menneskesyn og pasientforløp nødvendig. Tverrfaglighet er et begrep som gjentar seg og for å sikre den MS-rammede et helhetlig pasientforløp er det viktig med samhandling preget av dagens profesjonelle kunnskap. Sykepleieren har som oppgave å sette pasienters seksualitet på dagsordenen og siden seksualitet har en stor betydning for livskvaliteten, er det et viktig tema som bør tas alvorlig. Kommunikasjon viser seg å være et essensielt verktøy for å ivareta pasientens seksualitet, og god kommunikasjon og informasjon er nødvendig for at pasienten skal oppleve kontroll på sin seksualitet. For å kunne kommunisere og gi informasjon om seksualitet, er kompetanse på temaet viktig. Derfor er videre forskning på hvordan kronisk sykdom påvirker seksualiteten og herunder eventuelle tiltak nødvendig.

6. Referanseliste

- Aars, H. (2014). Menns seksualitet ved somatisk sykdom I: Aarre, F., T., Dahl, A., A. & Loge, H., J. (Red.) *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom*, (s. 588-601), Oslo: Cappelen Damm Akademisk AS
- Aarre, T. (2014). Depresjon. I Aarre, F. T., Dahl, A. A. & Loge, H. J. (Red.) *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom*, (s. 135-152), Oslo: Cappelen Damm Akademisk AS
- Akkus, Y., Duru, G. (2011). Problems and Factors Affecting the Sexual Lives of Patients with Multiple Sclerosis Living in Turkey. *Sex Disabil*, 11(29), 55-63. doi: 10.1007/s11195-010-9191-3
- Askari, F., Ghajarzadeh, M., Mohammadifar, M., Azimi, A., Sahraian M.A. & Owji, M. (2014). Anxiety in patients with Multiple Sclerosis: Association with Disability, Depression, Disease Type and Sex. *Acta Medica Iranica*, 52(12), 889-892. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Anxiety+in+patients+with+Multiple+Sclerosis%3A+Association+with+Disability%2C+Depression%2C+Disease+Type+and+Sex>.
- Abolhassani, S., Ahmadreza, Y., Taleghani, F. & Zamani, A. (2014). Social aspects of multiple sclerosis for Iranian individuals. *Disability and Rehabilitation*, 37(4), 319-326, doi: 10.3109/09638288.2014.918192
- Almås, E. (2006). *Sex og sexologi*. Oslo: Universitetsforlaget
- Bertelsen, K., A. (2012). Sykdommer i nervesystemet. I Ørn, S., Mjell, J. & Bach-Gansmo, E. *Sykdom og behandling*, s. 315, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Braley, T. & Chervin, R., D. (2010). Fatigue in Multiple Sclerosis: Mechanisms, Evaluation, and Treatment. *SLEEP*, 33(8), 1061-1067. Hentet fra: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2910465/>
- Brinchmann, B. S. (2012). De fire prinsippers etikk – velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet. I Brinchmann, B. S. (Red). *Etikk i sykepleien* (3.utg.). (s. 81-96), Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

- Celik, B. D., Pyraz, C. E., Bingöl, A., Indiman, E., Özakbas, S., Kaya, D. (2012). Sexual dysfunction in multiple sclerosis: gender differences. *Journal of the Neurological Sciences*, 324(1-2), 17-20. doi: 10.1016/j.jns.2012.08.019.
- Chaudry, F. (2013). Nervesystemet. I Nicolaysen, G., Holck, P. (Red.) *Kroppens funksjon og oppbygning*, (s. 55-90), Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Christopherson, J. M., Moore, K., Foley, F. W & Warren, K. G. (2006). A comparison of written materials vs. materials and counselling for women with sexual dysfunction and multiple sclerosis. *J Clin Nurs*, 15(6), 742-750.
- Dahl, A. A. (2014). Frykt, angst og angstlidelser. I Aarre, F., T., Dahl, A., A. & Loge, H., J. (Red.) *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom*, (s. 189-202), Oslo: Cappelen Damm Akademisk AS
- Dahl, A. A. & Aarre, T. F. (2012). *Praktisk psykiatri*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter: Kildebruk og kildekritikk* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2014, 23. Juni). *Generelle forskningsetiske retningslinjer*. Hentet 05.04.2016 fra [https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/](https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Generelle-forskningsetiske-retningslinjer/)
- Demikrian, M., Sarica, Y., Uguz, S., Yerdelen, D., Aslan, K. (2006). Multiple sclerosis patients with and without sexual dysfunction: are there any difference.? *Multiple sclerosis*, 12(2), 209-214. doi: 10.1191/135248506ms1253oa
- Elstad, M. (2013). Forplantning er grunnlaget for nytt liv. I Nicolaysen, G., Holck, P. (Red.) *Kroppens funksjoner og oppbygning*, (s. 257-281), Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Espeset, K., Mastad, V. & Johansen, E. (2013). Sykepleie ved nevrologiske sykdommer I Almås, H., Stubberud, D. & Grønseth, R. *Klinisk sykepleie 2*, (s. 243-247), Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Forskningsetikkloven med videre, LOV-2006-06-30-56. (2006). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2006-06-30-56?q=forskningsetikkloven>.

- Folketrygdloven med videre, LOV-1997-02-28-19. (1997). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1997-02-28-19?q=folketrygdloven>
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier - Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (3.utg). Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur & Kultur
- Fragalà, E., Privitera, S., Giardina, R., Di Rosa, A., Russo, G.I., Favilla, V., Caramma, A., Patti, F., Cimino, S., Morgia, G. (2014). Determinants of Sexual Impairment in Multiple Sclerosis in Male and Female Patients with Lower Urinary Tract Dysfunction: Results from an Italian Cross-Sectional Study. *J Sex Med*, 11(10), 2406-2413. doi: 10.1111/jsm.12635
- Gagliardi, B. A. (2003). The experience of sexuality for individuals living with multiple sclerosis. *Journal of clinical nursing* 12(4), 571-578. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=The+experience+of+sexuality+for+individuals+living+with+multiple+sclerosis>.
- Gamnes, S. (2011). Nærhet og seksualitet. I Kristoffersen, N., J., Nordtvedt, F. & Skaug, E. (Red.) *Grunnleggende sykepleie. Pasientfenomener og livsutfordringer* (2.utg.). (s. 71-95), Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Gruenwald, I., Vardi, Y., Gartman, E., Sprecher, E., Yarnitski, D. & Miller, A. (2007). Sexual Dysfunction in Females with Multiple Sclerosis: Quantitative Sensory Testing. *Mult Scler*. 13(1), 95-105 Hentet fra: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17294617>
- Hansen, P., Moen, M., Harbo, F. & Celius, E. (2014). High prevalence and no latitude gradient of multiple sclerosis in Norway. *Multiple Sclerosis*, 20(13), 1780-1782. doi: 10.1177/135245851452871
- Helgesen, L. A. (2011). *Menneskets dimensjoner, lærebok i psykologi* (2.utg). Kristiansand: Høyskoleforlaget
- Helsedirektoratet. (2016). *Seksuell helse*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/seksuell-helse>
- Hummelvoll, J. K. (2014). *Helt – ikke stykkevis og delt, psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS
- Ingstad, K. (2013). *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

- Johnson, S. L. (2008). The concept of fatigue in Multiple Sclerosis. *Journal of Neuroscience Nursing*, 40(2), 72-77. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18481736>
- Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning: Fastsatt 25. januar 2008 av Kunnskapsdepartementet* (rev.utg.). Oslo: Kunnskapsdepartementet.
- Laursen, S. B. (2008). Sykepleie knyttet til pasientens seksualitet. I Mekki, E. & T., Pedersen, S. (Red.) *sykepleieboken 1. Grunnleggende sykepleie* (3 utg.). (s. 634-646), Oslo: Akribe AS
- Lew-Starowicz, M. & Rola, R. (2014). Correlates of sexual Function in Male and Female Patients with Multiple Sclerosis. *Sex Med*, 11(9), 2172-2180. doi: 10.1111/jsm.12622
- Loge, H. J. (2014). Trøtthet og utmattelse. I Aarre, F., T., Dahl, A., A. & Loge, H., J. (Red.) *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom*, (s. 276-293), Oslo: Cappelen Damm Akademisk AS
- Schairer, L., Foley, F. W., Zemon, V., Tyry, T., Campagnolo, D., Marrie., R., Gromisch, E., S. & Schairer, D. (2013). The Impact of Sexual Dysfunction on Health-Related Quality of Life in People with Multiple Sclerosis. *Multiple sclerosis journal*, 20(5), 610-613. doi: 10.1177/1352458513503598
- Smebye, K. & Helgesen, A. K. (2011). Kontakt med andre I: Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug, E.A. *Grunnleggende sykepleie bind 3: Pasientfenomener og livsutfordringer* (2.utg). (s. 41-66), Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Smith, J. (2006). Current concepts in catheter management. I Beckley, D. D. (Red.) *Urinary & Fecal Incontinence: Current Management Concepts*, (s. 269-307), Missouri: Mosby Elsevier,
- McCabe, P. M. (2002). Relationship Functioning and Sexuality Among People With Multiple Sclerosis. *The Journal of Sex Research*, 39(4), 302-309. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12545413>
- MS-forbundet (u.å.). *Fakta om MS*. Hentet 15.04.2016 fra: <http://www.ms.no/fakta-om-ms>
- MS-forbundet (u.å.). *Samliv og seksualitet*. Hentet 15.04.2016 fra: <http://www.ms.no/leve-med-ms/samliv-og-seksualitet>

- Mohammadi, K., Rahnama, P., Mohseni, S., M., Sahraian, M., A. & Montazeri, A. (2013). Determinants of sexual dysfunction in women with multiple sclerosis. *BMC Neurology*, 13(83). doi: 10.1186/1471-2377-13-83.
- Nakken, K. O. & Beiske, A. G. (2014). Nevrologiske sykdommer. I Aarre, F., T., Dahl, A., A. & Loge, H., J. (Red.) *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom*, (s. 515-527), Oslo: Cappelen Damm Akademisk AS
- Nasjonal Samfunnsvitenskapelige Database. (2016). Hentet 12.04.2016 fra: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>.
- Nilsson, K. N. (2012). Seksualitet er tabu i sygeplejen. *Sygeplejersken*. 12(1), 86-90. Hentet fra: <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2012-1/seksualitet-er-tabu-i-sygeplejen>
- Nord Universitet (u. å.). *Bibliotek*. Hentet 24.04.2016 fra: <http://www.nord.no/no/bibliotek/finn-fagstoff/databaser-hint>
- Nordgreen, T., Fjerstad, E. & Havik, O. E. (2014). Veiledet selvhjelp. I Aarre, F. T., Dahl, A. A. & Loge, H. J. (Red.) *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom*. (s. 426-442), Oslo: Cappelen Damm Akademisk AS
- Norsk Sykepleier Forbund (2011, 9. August). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 26.04.2016 fra: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf.
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholdt, B., Nordheim, L.V. & Reinart, L., M. (2013). *Jobb Kunnskapsbasert! En arbeidsbok* (2. utg). Oslo: Akribe forlag
- Nortvedt, P. (2008). *Sykepleierens grunnlag. Historie, fag og etikk* (2. utg). Oslo: Universitetsforlaget AS
- Nortvedt, M. W., Riise, T., Frugård, J., Mohn, J., Bakke, A., Skår, A. B., Nyland, H., Glad, S. B., Myhr, K. M. (2007). Prevalence of bladder, bowel and sexual problems among multiple sclerosis patients two to five years after diagnosis. *Multiple sclerosis*, 13(1), 106-112. doi: 10.1177/1352458506071210
- Odland, L. (2012). Menneskesyn. I Brinchmann, B. S. (Red.) *Etikk i sykepleien* (3.utg.). (s. 23-40), Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

- Orasanu, B., Frasure, H., Wyman, A. & Mahajan, S., T. (2013). Sexual Dysfunction in patients with Multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 2(2), 259. doi:10.1016/j.msard.2012.10.005
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse. Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk
- Personopplysningsloven med videre, LOV-2000-04-14-31 (2000). Hentet fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-04-14-31?q=personopplysningsloven>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (9. Utg). England: Lippincott Williams and Wilkins.
- Sahay, R. D., Haynes, E. N., Rao, M. B., Pirko, I. (2012). Assessment of Sexual Satisfaction in Relationship to potential Sexual problems in Women with Multiple Sclerosis: A pilot study. *Sex Disabil*, 30(2), 227-236. doi: 10.1007/s11195-011-9242-4
- Silva, R. A., Olival, G. S., Stievano, L. P., Toller, V. B., Jordy, S. S., Eloi, M., Tilbery, C. P. (2015). Validation and cross-cultural adaptation of sexual dysfunction modified scale in multiple sclerosis for Brazilian population. *Arq Neuropsiquiatr*, 73(8):681-7. doi: 10.1590/0004-282X20150078.
- Solvoll, B. (2011). Identitet og egenverd. I Kristoffersen, N., J., Nordtvedt, F. & Skaug, E. *Grunnleggende sykepleie. Pasientfenomener og livsutfordringer* (2.utg). (s. 15-17), Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Sykepleien. (2011, 25. Mars). *Snakk om sex med pasienten*. Hentet 10.05.2016 fra <https://www.nsf.no/nyhet/630879/--snakk-om-sex-med-pasienten>
- Tepavcevic, D.K., Kostic, J., Basuroski, I.D., Stojisavljevic, N., Pekmezovic, T., Drulovic, J. (2008). The impact of sexual dysfunction on the quality of life measured by MSQoL-54 in patients with multiple sclerosis. *Multiple sclerosis*, 14(8), 1131-1136. doi: 10.1177/1352458508093619
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*, Oslo: Universitetsforlaget AS
- Trydal, H. & Borchgrevink, P. C. (2014) Smerter. I Aarre, F. T., Dahl, A. A. & Loge, H. J. (Red.) *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom*, (s. 258-273), Oslo: Cappelen Damm Akademisk AS

- Verdens helseorganisasjon. (u.å.). *Defining sexual health*. Hentet 05.04.16 fra
http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/
- Vildalen, S. (2004). Sammenhenger mellom hjerne og seksualitet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. (41)5, 372-380 Hentet fra:
http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=397900&a=3
- Wang, T. C., Huang, J. L., Ho, W. C. & Chiou, A. F. (2016). Effects of a supportive educational nursing care programme on fatigue and quality of life in patients with heart failure: a randomised controlled trial. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 15(2), 157-167. doi: 10.1177/1474515115618567
- Zorzon, M., Zivadinov, R., Bragadin, M. L., Moretti, R., De Masi, R., Nasuelli, D., Cazzato, G. (2001). Sexual Dysfunction in multiple sclerosis: a 2-year follow-up study, *Journal of the Neurological Sciences*, 187(1-2), 1-5. Hentet fra
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11440738>
- Östman, M. (2008). Severe Depression and Relationships: The effect of Mental Illness on Sexuality. *Sexual and Relationship Therapy*, 23(4), 355-363. doi:
10.1080/146819908024192

Vedlegg 1: Tabell over søkestrategi.

Database Dato	Avgrensninger	Søkeord	Antall treff	Utvalg 1	Utvalg 2	Utvalg 3	Utvalg 4	Tittel
Medline 07.01.2016	2010-2016 Kvalitativ studie	Physiological factors/fatigue AND Sexual dysfunction, physiological AND Multiple sclerosis OR Immunology, psychology, urine	2	2	2	2	1	“Correlates of sexual dysfunction in male and female patients with multiple sclerosis.”
Medline 07.01.2016	2008-2016, Abstrakt, Kvalitativ studie	Sexual dysfunction, physiological AND Multiple sclerosis OR Immunology, psychology, urine AND Multiple sclerosis OR Affects on Multiple sclerosis OR Multiple sclerosis, relapsing remitting	9	9	4	2	1	“Sexual dysfunction In multiple sclerosis: gender differences.”
Medline 07.01.2016	2006-2016	Affect AND factors OR Immunologic factors AND Multiple sclerosis	3	3	3	2	1	“The impact of sexual dysfunction on health-related quality of life in people with multiple sclerosis.”

		AND Sexual dysfunction, psychological						
Medline 07.01.2016	Ingen	Factors OR Immunologic factors AND Multiple sclerosis AND Sexual dysfunction, psychological	10	10	6	3	2	<p>“Exacerbation of symptoms among people with multiple sclerosis: impact on sexuality and relationships over time.”</p> <p>«Prevalence of bladder, bowel and sexual problems among multiple sclerosispatients two to five years after diagnosis»</p>
Medline 23.01.2016	Ingen	Sexuality AND Multiple sclerosis AND Factors OR immunologic factors	1	1	1	1	1	<p>“Relationship functioning and sexuality among people with multiple sclerosis.”</p>
Cinahl 06.03.2016	2010-2016	Sexuality AND Multiple sclerosis	67	50	15	7	2	<p>“Problems and factors affecting the sexual lives of patients with Multiple sclerosis living in Turkey.”</p> <p>“Assessment of Sexual Satisfaction in Relation to potential Sexual Problems in Women with Multiple Sclerosis: A Pilot Study.”</p>
Pubmed 14.03.2016	2000-2016	Multiple sclerosis AND Sexual dysfunction and Bladder AND Bowel	49	40	15	5	2	<p>“Determinants of sexual impairment in multiple sclerosis in male and female patients with lower urinary tract dysfunction: Results from an Italian Cross-sectional study.”</p>

								“Multiple sclerosis patients with and without sexual dysfunction: are there any difference.”
Medline 14.03.2016	2000-2016	Multiple sclerosis AND Sexual dysfunction AND Male and female	129	105	12	6	5	<p>«Validation and cross-cultural adaptation of sexual dysfunction modified scale in multiple sclerosis for Brazilian population.»</p> <p>«Determinants of sexual dysfunction in women with multiple sclerosis»</p> <p>«The impact of sexual dysfunction on the quality of life measured by MSQoL-54 in patients with multiple sclerosis.»</p> <p>«The experience of sexuality for individuals living with multiple sclerosis.»</p> <p>“Sexual dysfunction in multiple sclerosis: a 2-year follow-up study.”</p>

Utvalg 1: lest artiklens tittel

Utvalg 2: lest artiklens abstrakt

Utvalg 3: lest artikkelen i sin helhet

Utvalg 4: artikkelen valgt ut for gransking og vurdering

Vedlegg 2: Tabell over inkluderte studier.

Forfatter Årstall Land	Tittel	Deltagere/ Bortfall	Metode	Hensikt	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Akkus, Y., Duru, G. (2011) Tyrkia	Problems and Factors Affecting the Sexual Lives of Patiens with Multiple Sclerosis Living in Turkey	59	Kvantitativ	Avdekke seksuelle problemer og faktorer hos pasienter med MS.	27,1% hadde seksuelle problemer, 28,8% opplevde spenning med deres partner, 50,8% snakket ikke med deres partner om deres seksuelle problemer og 44% hadde partnere som viste toleranse ovenfor sykdommen	Ikke etisk godkjent Nivå 1 NSD
Cellik, B, D., Pyraz, C, E., Bingöl, A., Indiman, E., Özakbas, S. & Kaya, D. (2012) Tyrkia	Sexual dysfunction in multiple sclerosis: gender differences	100/11	Kvantitativ	Vurdere hyppighet og graden av seksuell dysfunksjon samt å undersøke sammenhengen mellom seksuell	45 rapporterte seksuelle dysfunksjoner og kvinner hadde større problemer enn menn. Sekundær seksuell dysfunksjon var den hyppigeste blant, primær,-sekundær,- og	Etisk Godkjent Nivå 1 NSD Fagfellesvurdert

				dysfunksjon, og kliniske, demografiske og psykososiale faktorer.	tertiær seksuell dysfunksjon.	
Demikrian, M., Sarica, Y., Uguz, S., Yerdelen, D & Aslan, K. (2006) Tyrkia	Multiple sclerosis patients with and without sexual dysfunction: are there any differences?	51	Kvalitativ	Hensikten med studien var å forske på hvilken type MS og hyppigheten på seksuelle plager hos MS pasienter samt å analysere forholdet til sykdom, samt og se forskjellen på de med MS og uten MS.	Resultatet viser at Seksuell dysfunksjon er et stort problem hos de med MS og at det er assosiert med alder, sykdommens varighet, førlighet samt nivå på utdanning.	Godkjent av etisk komité Nivå 1 NSD Fagfellesvurdert
Fragála, E., Privitera, S., Giardina, R., Di Rosa, A., Russo, G. I., Fravilla, V., Caramma, A., Patti, F., Cimino, S., & Morgia, G. (2014) Italia	Determinants of sexual impairment in multiple sclerosis in male and female patients with lower urinary	135	Kvalitativ	Hensikten med studien var å fastsette forholdet mellom seksuell dysfunksjon og nevrologisk førlighet, angst og depresjon	Resultatet viser at underaktiv blære er et hyppig problem hos både MS rammede menn og kvinner. Når man sammenliknede med lav nevrologisk førlighet viser det seg at symptomene på	Etisk godkjent Nivå 1 NSD Fagfellesvurdert

	tract dysfunction: result from an Italian cross-sectional study.			hos MS rammede pasienter med blære problematikk, samt å forske på potensielle og forutsigbare faktorer i forbindelse med seksuelle dysfunksjoner.	angst og depresjon forverres.	
Gagliardi, B. (2003) USA	The experience of sexuality for individuals living with multiple sclerosis	8	Kvalitativ	Beskrive hvordan mennesker med MS opplever deres seksualitet.	Menn og kvinner ga forskjellige definisjoner på seksualitet, og flere følte seg ikke lengre attraktive på grunn av de fysiske endringene forårsaket av MS.	Ikke Etisk godkjent, men inneholder etiske overveielser Nivå 2 NSD Fagfellesvurdert
Lew-Starowicz, M. & Rola, F. (2014) Polen	Correlates of Sexual Function in Male and Female Patients with Multiple Sclerosis	204	Kvalitativ	Å finne sammenheng mellom MS og seksuell funksjon med fokus på nevrologiske utfall, depressive symptomer, og faktorer i forhold, i tillegg	Det var en sammenheng mellom kognitiv funksjon, problemer med utløsning og generell tilfredsstillelse hos menn, og hos kvinner var det en sammenheng mellom nevrologiske utfall og lyst. 52,1% av deltagerne hadde	Etisk godkjent Nivå 1 NSD

				til mulige kjønnsforskjeller.	symptomer på depresjon og disse viste mer seksuelle dysfunksjoner enn de uten depressive symptomer.	
Mccabe (2002) Australia	Relationship Functioning and Sexuality Among People With Multiple Sclerosis	672	Kvantitativ	Redegjøre for forskjellen på seksualiteten hos MS-rammede og den generelle befolkningen	Seksuelle dysfunksjoner forekommet oftere hos de med MS enn de i den generelle befolkningen. Hvordan man håndterte sykdommen og kognitiv funksjon var en viktig prediktor for seksuell tilfredsstillelse.	Ikke etisk godkjent Nivå 1 NSD Fagfellesvurdert
Mohammadi, K., Rahnama, P., Mohseni, S., M., Sahraian, M., A. & Montazeri, A. (2013) Iran	Determinants of Sexual Dysfunction in Woman with Multiple Sclerosis	226/101	Kvantitativ	Avdekke sykdomsrelaterte og psykologiske risikofaktorer for seksuell dysfunksjon hos kvinner rammet av MS.	Det er en betydelig sammenheng mellom seksuell dysfunksjon og alder, utdanning, ansettelsesstatus, varighet av ekteskap, lengde på sykdom, sykdomsprogresjon, symptomer på depresjon og funksjonsnedsettelse.	Etisk Godkjent Nivå 1 NSD Fagfellesvurdert

<p>Nortvedt, MW., Riise, Frugård, J., Mohn, J., Bakke, A., Skår, AB., Nyland, H., Glad, SB. & Myhr, K-M. (2007) Norge</p>	<p>Prevalence of bladder, bowel and sexual problems among multiple sclerosis patients two to five years after diagnosis</p>	<p>56</p>	<p>Kvalitativ</p>	<p>Hensikten med studien var å finne ut av prevalensen av blære,- tarm og seksuelle dysfunksjoner hos MS rammede pasienter 2-5 år etter å ha fått diagnosen, samt å forske på tilstedeværelse og grad av seksuelle forstyrrelser, blære tarm funksjon og pasientens livskvalitet.</p>	<p>Blære-, og tarmproblemer samt seksuelle problemer forekommer hos deltakerne</p>	<p>Ikke etisk godkjent Nivå 1 NSD Fagfellesvurdert</p>
<p>Orasanu, B., Frasure, H., Wyman, A. & Mahajan, S., T. (2013) USA</p>	<p>Sexual Dysfunctions in Patients with Multiple Sclerosis</p>	<p>9861/3122</p>	<p>Kvantitativ</p>	<p>Redegjøre for prevalensen av symptomer på seksuelle dysfunksjoner, innflytelsen på seksuell aktivitet og tilfredsstillelse hos pasienter rammet av MS,</p>	<p>38,6% av menn og 34,8% kvinner hadde minst 5 symptomer på seksuell dysfunksjon. 14,8% av menn og 12,9% av kvinner hadde minst 10 symptomer som hadde effekt på deres seksuell aktivitet og tilfredsstillelse</p>	<p>Etisk godkjent Nivå 1 NSD Fagfellesvurdert</p>

				i tillegg finne hvilke symptomer som forekommer oftest og om noen bruker terapeutiske midler mot symptomene.		
Peres da Silva, R., A., Sciascia do Olival, G., Stievano, L., P., Toller, V., B., Jordy, S., S., Eloi, M. & Tilbery, C., P. (2015) Brasil	Validation and Cross-Cultural Adaption og Sexual Dysfunction Modifies Scale in Multiple Sclerosis for Brazilian Population	204	Kvantitativ	Utvikle en tverrkulturell tilpasning og validering av en spørreundersøkelse om MS og seksualitet, så den kan bli brukt som et redskap for å evaluere seksuelle dysfunksjoner hos brasilianske pasienter med MS.	Av de med MS, hadde 54,3% av menn og 71,7% av kvinner seksuelle dysfunksjoner. I kontrollgruppen rapporterte 12,5% av mennene og 19,5% av kvinnene seksuelle dysfunksjoner.	Ikke Etisk Godkjent Nivå 1 NSD
Schairer, L., Foley, F. W., Zemon, V., Tyry, T., Campagnolo, D., Marrie, R., Gromisch, E., S. & Schairer, D. (2013) USA	The Impact of Sexual Dysfunction on Health-Related Quality of Life in People	9201/2877	Kvantitativ	Undersøke påvirkningen av seksuell dysfunksjon på helse relatert livskvalitet.	Seksuell dysfunksjon har en relativ stor påvirkning på mentale aspekter av helse relatert livskvalitet	Etisk Godkjent Nivå 1 NSD

	with Multiple Sclerosis					
Sahay, R., D., Haynes, E., N., Rao, M., B. & Pirko, I. (2012) USA	Assessment og Sexual Satisfaction in Relation to Potential Sexual Problems in Women with Multiple Sclerosis: A Pilot Study	166/22	Kvantitativ	Identifisere hvordan kvinner med MS responderer på forandringer i seksualfunksjonen og avdekke hvilke aspekter av forandringen på seksualfunksjonen som påvirker disse kvinnene.	Samlet var 44% generelt fornøyd med seksuallivet, 26% var misfornøyd og 19% var ekstremt misfornøyd. 38% hadde blæreproblemer, 48% hadde tarmproblemer. Symptomer på seksuell dysfunksjon som var gjennomgående var manglende fuktighet i underlivet, vansker med å bli opphisset, manglende orgasme og hvordan forholdet med deres partner fungerte.	Etisk Godkjent Nivå 1 NSD
Tepavcevic, DK., Kostic, j., Basuroski, ID., Stojsavljevic, N., Pekmezovic, T. & Drulovi, J. (2008) Serbia	The impact of sexual dysfunction on the quality of life measured by MSQoL-54 in patients with multiple sclerosis	215/109	Kvantitativ	Hensikten med studiet var å vurdere intensiteten og hyppigheten av seksuell dysfunksjon hos Ms rammede pasienter, samt å forske på hvilken innvirkning det	85% av deltagerne hadde minst et symptom på seksuell dysfunksjon. Hos kvinner var det problemer slik som nedsatt libidodrift, vanskeligheter med å få orgasme, og nedsatt vaginal lubrikasjon. Hos menn var det nedsatt libido,	Etisk godkjent Nivå 1 NSD Fagfellesvurdert

				har på livskvaliteten.	ufullstendige ereksjoner og for tidlig utløsning.	
Zorzon M., Zivadinov, R., Bragadin M. L., Moretti, R., De Masi R., Nasuelli, D., Cazzato, G. (2001) Italia	Sexual Dysfunction in multiple sclerosis: a 2-year follow-up study	108/9	Kvantitativ	Undersøke og evaluere forandringer i seksuallivet og forhold mellom seksuell dysfunksjon og andre kliniske variabler over tid.	Opp til 44% følte at deres seksualliv var mindre aktivt ved studieslutt, og flere var interessert i å kontakte lege eller helsepersonell for å få hjelp med seksuelle dysfunksjoner.	Ikke etisk godkjent Nivå 1 NSD Fagfellesvurdert

Vedlegg 3: Artikkelgranskingskjema av Sjöblom & Rygg (2012).

Artikkelgransking/vurdering

(Sjöblom & Rygg (2012),
inspirert av Hellzén, Johanson & Pejler for urval i SBU-rapport (1999).

Database :..... Datum:.....

Tittel:.....

.....

Forfattere:.....

.....

År:..... Tidsskrift/journal:.....

Land hvor studien ble gjennomført:.....

Type studie: Original Review Andre

Kvantitativ Kvalitativ

Nøkkelord:

.....

.....

.....

.....

Kvalitetsvurdering: Høy (I) Middels (II) Lav (III)

Kommentar/begrunnelse.....

.....

.....

Fortsatt vurdering: Ja Nei

Motivering:.....

KVALITETSVURDERING

Problemstilling/hypotese:.....
.....
.....
.....

Type studie

Kvalitativ: Deskriptiv Intervensjon
 Andre

Kvantitativ: Retrospektiv Prospektiv
 Randomisert Kontrollert
 Intervention Andre

Studiens omfang: Antall forsøkspersoner (N):..... Frafall (N)

Tidspunkt for studien?..... Studiens lengde.....

Betraktes: Kjønnforskjeller? Ja Nei Aldersaspekter? Ja Nei

Kvalitative studier

Tydelig avgrensing/Problemformulering? Ja Nei

Er perspektiv/kontekst presentert? Ja Nei

Finns et etisk resonnement? Ja Nei

Er utvalget relevant? Ja Nei

Er forsøkspersonene vel beskrevet? Ja Nei

Er metoden tydelig beskrevet? Ja Nei

Kommuniserbarhet: Er resultatet klart beskrevet? Ja Nei

Gyldighet: Er resultatet logisk, forståelig, i
overensstemmelse med virkeligheten, fruktbar/nyttigt? Ja Nei

Kvantitative studier

Utvalg: Fremgangsmåten beskrevet Ja Nei

Representativt Ja Nei

Kontekst beskrevet Ja Nei

Frafall: Analysen beskrevet Ja Nei

Størrelsen beskrevet Ja Nei

Intervensjonen beskrevet Ja Nei

Adekvat statistisk metod Ja Nei

Hvilken statistisk metode ble brukt?

.....
.....

Etisk resonnement Ja Nei

Hvor troverdig er resultatet?

Er instrumentet -valide Ja Nei

-reliable Ja Nei

Er resultatet generaliserbart? Ja Nei

Hovedfunn:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....