



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum

Avdeling for folkehelse

Eksamenskode: 4DBACH

Mia Lundgren og Tommy Svensson

Veileder: Bjørg Eli Bøe

Bachelor i sykepleie

Samtalet om seksualitet etter hjärtinfarkt

Talk about sexuality after myocardial
infarction

Antal ord 11996

BASYD 2012

2015

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage JA NEI

Innehåll

1.0 Inledning.....	1
1.1 Bakgrund till val av temat och presentation av problemformuleringen	2
1.2 Problemformulering.....	2
1.3 Avgränsning av uppsats.....	3
1.4 Uppbyggnaden av uppsats.	3
2.0 Metodkapitel.....	4
2.1 Vad är en metod.....	4
2.2 Litteratursök.....	5
2.3 Forskning som vi har funnit och ansett vara relevant för uppgiften.....	6
2.4 Literatur som vi anser vara relevant till uppgiften	8
2.5 Källkritik.....	8
3.0 Teori	9
3.1 Hjärtinfarkt	9
3.2 Krissituation.....	10
3.3 Sexualitet.	12
3.4 Sexueldysfunktion	13
3.5 Sjuksköterskans teori Travelbees	13
3.5.1 Joyce Travelbee människa till människa förhållande.	15
3.5.2 Hopp och Lidande.....	17
3.6 Fysiska och psykiska faktorer som kan påverka patientens sexualitet.....	18

3.7 Fysiska förändringar i Sexualiteten hos män/kvinnor med hjärtsjukdom	18
3.8 Oro/rädsla	18
3.9 Sexualiteten med partner	19
3.10 Mediciner påverkan	20
3.11 Risker med sexuell aktivitet efter hjärtinfarkt	21
3.11.1 MET - Metabolic equivalent of oxygen	21
4.0 Sjuksköterskans informerande roll och barriärer	22
4.1 Sjuksköterskans kunskap och erfarenhet om sexuellt rådgivning	23
4.2 Sjuksköterskans attityder	23
5.0 Hur ska sjuksköterskan bemöta patienten och ge god rådgivning och vägledning om sexualitet efter en hjärtinfarkt?	24
5.1. Patientens behov för information	24
5.2 Patientens rättigheter	24
5.2.1 Pasient og brukarrettighetsloven	24
5.2.2 Helsepersonalloven	25
5.2.3 Yrkesetiske retningslinjer	25
5.3 Sexuellt rådgivning	25
5.4 Tillgång till litteratur och material	26
5.5 Att möta patienten Travelbees människa till människa	28
5.6 Hopp, mening og mestring (Behärsknings)	29
5.7 Kartläggning för att samtala om sexualitet	30

6.0 Slutsats	32
Literatur	36
Svensk sammanfattning.....	41
Engelsk sammanfattning	41
Pico bilaga 1	42

1.0 Inledning

Trots de sjunkande siffrorna är hjärtinfarkt tillsammans med cancer en av den vanligaste dödsorsaken i Norge. År 2012 dog 3091 av hjärtinfarkt (statistisk sentralbyrå, 2012). I Norge är det ca 15 000 som får en akut hjärtinfarkt varje år och hälften av dessa är under 76 år. Dessutom är det ett antal som får angina pectoris, eller andra hjärtsjukdomar (Folkhelseinstituttet, 2015).

Alla människor har rätt till information vad de än lider av för sjukdomar (pasient- og brukerrettighetsloven §3-2). Patienter som läggs in på sjukhuset för en akut hjärtinfarkt får snabbt behandling och tiden på sjukhuset blir kort om det inte sker några komplikationer. Risken för återfall är stor och det är därför viktigt med förebyggande arbete. (Folkhelseinstituttet, 2015).

”Hjärtinfarkt och andra hjärte och kärl sjukdomar förebyggs med hjälp av tilltag riktat mot hela befolkningen och individuella tilltag” (Folkhelseinstituttet, 2015).

Många av hjärtpatienter är rädda för fysisk aktivitet och vågar inte ens tänka tanken på att utöva sex. Detta är en feluppfattning. Patienter som är rädda för att anstränga sig fysiskt ska inte vara det utan man bör uppmana de till att utöva fysisk aktivitet (LHL, 2014). De ska ha god information om att de faktiskt får lov att pressa sig till toleransgränsen, men att de samtidigt bör vara observanta på symtom som uttalad trötthet, andfåddhet och kärlekskramp.

Detta är varningssignaler som patienten ska ta på alvar och lyssna till genom att veta åtgärden som att vila en stund (Mårtensson, Fridlund & Jaarsma, 2014). En stor andel av patienterna vågar inte diskutera sex och de anser att ämnet som tabubelagt trots att sex har stor psykologisk betydelse för många och därför är ett väldigt viktigt ämne att diskutera (Persson & Stagmo, 2008). Att se patienten som en sexuellt aktiv individ är en viktig iakttagelse att göra för sjuksköterskan. Det är först då kan de göra skillnad i patientens hälsa genom att ge god råd och vägledning angående sexualitet som hjälper patientens tillfrisknad (Westgren, 2010). Hjärtinfarkt, sexuell motivation, negativ kroppsuppfattning och oro för kroppsfunktioner var faktorer som inverka på sexualiteten (Träen, 2007).

1.1 Bakgrund till val av temat och presentation av problemformuleringen

Varför har vi valt detta tema? Det är många som drabbas av hjärtinfarkt, vi möter de som nyligen haft det och det som redan har varit igenom det. Vi har sett på vår praktik tid att de är väldigt kort ligg tid för dessa patienter och det är svårt att få tid att informera patienten om allt som den funderar över och är väsentlig information att få.

Många upplever att de inte får den informationen de vill ha, eller inte får information alls. Vi har sett att det är en del bachelor skrivna om det ämnet, så därför vill vi ta upp en fråga som inte blir diskuterat överhuvudtaget och det är sexualitet efter en hjärtinfarkt. Detta är centralt för patienternas livskvalité och är något som påverkar hälsan i stor grad (WHO, 2015). Vi vill se närmre på hur vi inom sjukvården kan bemöta dessa frågor angående sexualiteten efter en hjärtinfarkt på ett professionellt sätt.

Vi tror också att det finns en hel del frågor när det gäller sexualiteten hos patienter som drabbats av hjärtinfarkt, men att de kanske tycker att det är pinsamt att prata om det ämnet. Information till patienten är en av våra plikter och står skrivet i helsepersonalloven kapitel 2 § 10 (Helse -og omsorgsbepartementet, 1999).

1.2 Problemformulering

När man drabbas av en hjärtinfarkt leder det oftast till starkt känslomässig upplevelse och kan många gånger innebära en stor förändring i den drabbades liv. Patienten vill då få stort behov av mera kunskap om sjukdomen och om hur den kan påverka livssituationen. Denna kunskap kan underlätta för patienten till att göra livsstilsförändringar. Patienten behöver stöd i omställningen och hjälp med att göra dessa förändringar. Personer som drabbats av hjärtsjukdom kan få problem med sexuellt samliv som en följd av sjukdomen. Under vår tid på praktik har vi fått uppleva att dessa patienter inte får den informationen som de behöver för att kunna återgå till sexuell samvaro. Får inte patienten den information de behöver kan detta leda till andra hälsoproblem så som ångest och depression. Vi vill gärna se mera på hur stort problemet är och hur stort behov patienterna har av den informationen och vad det är som hindrar sjuksköterskan till att ta upp dessa frågor. Vi tror att många av dessa patienten känner en stor oro när det gäller detta med sex efter en hjärtinfarkt, och vi vill ta tag i detta ämne för att kunna belysa problemet och finna svar på det.

Detta kan bli både spännande och ett svårt ämne. Vi vill också se om det är ett problem och om patienterna har ett behov av information angående sexualitet. Vi tycker att sjuksköterskan har en viktig funktion som rådgivare/vägledare till den här patienten kategorin. Vi vet inte hur mycket forskning det finns i detta område men vi tycker ändå att det är viktigt att belysa denna fråga.

Vår problemformulering blir utifrån detta:

”Hur ska sjuksköterskan bemöta patienten och ge god rådgivning/vägledning om sexualitet efter en hjärtinfarkt”.

1.3 Avgränsning av uppsats.

Vi har valt att ha med bägge könen då det faktiskt är både kvinnor och män som drabbas av hjärtinfarkt även om män är majoriteten så börjar siffrorna att bli jämnare mellan könen. När det gäller ålder har vi inte satt någon begränsning varken uppåt eller neråt. Vi kommer att fokusera på de som fått en hjärtinfarkt för första gången och är inlagda på sjukhus. Även om detta är ett ämne som partnern också bör involveras i så har vi valt att inte ta upp den frågan i vår uppsats. Men vi kommer att se på hur den som drabbats av hjärtinfarkt påverkas i sitt parförhållande. Vi har också valt att ta med sjuksköterskans åsikter i ämnet för att se hur vi kan ska kunna ge god information. Vi har bestämt att patienten skall benämnas med både hon/han då de artiklar vi valt innefattas av både kvinnor och män.

1.4 Uppbyggnaden av uppsats.

Uppsatsen är uppdelad i sex huvudkapitel med ett antal underkapitel.

Kapitel 1: Är uppdelad i inledning, bakgrund till temat, problemformuleringen och avgränsning.

Kapitel 2: Beskriver vi metoden vi använt oss av, hur vi gått till väga vilken litteratursök som gjorts och vad vi har funnit för forskning och källkritik och relevant litteratur.

Kapitel 3: Vi skriva om vad hjärtinfarkt är och grundläggande om sexualitetens betydelse för människa, och vad sexuell dysfunktion är. De fysiska och psykiska faktorer som inverkar på patientens sexualitet. Detta för att vi ska få en förståelse av vad patienten går igenom och vilken betydelse sexualitet och sexuell dysfunktion har för livskvaliteten till människan.

Kapitel 4: Sjuksköterskans informera roll, barriärer och kunskap.

Kapitel 5: Här ska vi ha diskussionsdelen som vi valt att dela in i olika under kapitel.

Kapitel 6: Slutligen har vi sammanfattning där vi tar fram våra egna åsikter om vad vi kommit fram till.

Uppsatsen handlar om informationsbehov och rådgivning/vägledning. Vad det är patienten sliter med efter hjärtinfarkt. Hur sjuksköterskan ska bemöta dessa patienter för att kunna det måste man veta vad de vill ha för information och hur man kan tillgodose det på ett bra sätt. Hur sjuksköterskan ska kunna ta upp ämnet och vilka tillvägagångs sätt hon/han kan använda.

2.0 Metodkapitel

I det här kapitlet beskriver vi vad en metod är, och hur vi har gått till väg för att finna den literatur vi önskar att använda. Här presenterar vi också våra forskningsartiklar som vi har funnit och valt att ta med i vårt arbete. I slutet presentera vi källkriterier.

2.1 Vad är en metod

En metod används för att man ska kunna finna fram relevant litteratur och kunskap till det temat man vill skriva om. Den valda litteraturen ska vara relevant för att kunna svara på den frågeställning som man har i sitt arbete (Dalland, 2012).

Orsaken till att man använder sig av en metod är för att finna ett bra sätt att jobba på så att man kan svara på den problemformuleringen man har valt (Dalland, 2012).

Vår uppsats är en litteraturstudie som följer de rättningslinjer som Högskolan i Hedmark har som krav vid skrivning av bachelor. Då det är en litteraturstudie är det viktigt att vi kritiserar och granskar de källor vi har funnit och har gjort det under hela vägen i vårt skrivande.

Vi har skrivit den i APA-standard som är den referens som Högskolan i Hedmark använder som standard.

Vi är nu tredje år studenter och har praktikerfarenheter från fem olika ställen, och även erfarenhet från tidigare arbeten inom vården som vi kommer att använda oss av i diskussions del.

2.2 Litteratursök

Att göra litteratursök handlar om att finna och söka fram litteratur som är relevant för uppsatsen. Detta ska sedan användas i teoridelen och diskussions del (Dalland, 2012).

Vi kommer att använda oss av kvantitativ och kvalitativ forskning Dalland (2012) beskriver skillnaden mellan dessa genom att när forskningen baserar sig på tankar, känslor och meningar så är det en kvalitativ studie, medan en kvantitativ studie är baserad på statistik och är mätbart, då vi har valt att använda oss av en litteraturstudie som metod i uppsatsen. Kommer vi att använda en kvalitativ metod där vi har som avsikt att vi ska läsa oss in i på djupet av det ämnet som vi valt. I en litteraturstudie bygger man på relevant forskning och teori (Dalland, 2012).

Orsaken till att vi har valt denna metod är för det finns mycket litteratur och forskning att läsa om ämnet. När man söker i litteratur som redan finns får man en bättre översikt av den kunskapen som redan är funnen (Dalland, 2012).

Vi har använt oss av pensumlitteratur som vi fått under vår tid på skolan samt egen valda böcker och artiklar vi funnit fram på biblioteket, som vi ansåg var relevanta för vår problemformulering. För att finna fram det har vi använt oss av olika sökmotorer. Det första vi ville se på var gamla bacheloruppgave för att få en bild av hur det var uppbyggt, då vi inte har någon erfarenhet av att skriva bacheloruppgave. Vi sökte i Oria efter böcker som kunde vara användbar i temat sökord var hjärtinfarkt, hjärtsjukdomar och sexualitet.

Därefter började vi med att skriv ett PICO schema med vår problemformulering (se bilaga 1). Detta gjorde så att det blev lättare att finna fram forsknings artiklar. Vi har sökt i olika databaser så som cinahl, pubmed, swemed+, Google scholar och sykepleien.no. för att finna MECH ord Myocardial infarction, Sexueal dysfunction, Sex life, Heart disease, sexuality,education, nursing, attitudes, Sexual problems,quality of life, information och coexistence använde vi oss av SveMed+. Det har varit svårt att hitta norska studier men vi har funnit en på norska och en på svenska och hoppas att det kommer att räcka som nordiska studier.

Det är svårt att hitta litteratur i bokform i detta tema men vi har funnit mycket forskningsrapporter så vi kommer att lita oss mycket till det. Vi har även gjort fria sök i Goole Scholar för att se om det fanns något användbart där, då har vi också använt oss av MECH orden. Vi fann mesta del av våra artiklar på cinahl som berörde vårt tema bra nog.

2.3 Forskning som vi har funnit och ansett vara relevant för uppgiften

Här är de forskningsartiklarna vi funnit och anser vara relevanta för vår uppgift.

Womens experiences of sexual health after first-time myocardial infarction, Danmark.

Denna artikel fann vi på Pubmed och det är använt en kvalitativ metod i forskningen där man i artikel intervjuade 11 deltagare. Syftet var att ta reda på om kvinnor upplevde någon form av sexuella problem efter att haft en hjärtinfarkt. Det kom fram att många upplevde oro och rädsla för att utöva sexuella aktiviteter. (Söderberg, L. Johansen, P. Herning, M & Berg, S, 2013).

Sexual dysfunction and sexual well-being in people with heart disease, Norway.

Denna artikel fann vi på Chinahl och är två jämförda kvalitativa forskningar syftet var att undersöka sexuellt otillfredsställande generellt bland den norska befolkningen som hade någon typ av hjärtsjukdom. Resultatet visa att det förekom sexuella problem och att det var dubbelt så höga bland människor med hjärtsjukdomar jämfört med den generella befolkningen. Man fann att sexuell otillfredsställelse påverkades av många olika faktorer beroende på kön och vilken typ av hjärtsjukdom (Bente Træen & Samara Olsen, 2007).

Effect of sexual function on health-related quality of life mediated by depressive symptoms in cardiac rehabilitation, Tyskland.

Denna artikel fann vi på Google scholar och det är en kvantitativ forskning som vill uppskatta förekomsten av sexuella störningar och depressiva symtom. Samt se vad som påverkar livskvaliten när det gäller sexuell dysfunktion och depression. 493 Patienterna som deltog var de som hade rehabilitering efter en hjärtkärlsjukdom.

Fyndet var att det var en hög förekomst av depressiva symtom hos dessa patienter, och att då det fanns ett samband mellan depression, sexueldysfunktion och livskvalitet så bör man rutin mässigt screena patienter med hjärtkärlsjukdomar (Levente Kriston, Cindy Gunzer, Anja Agyemang, Jurgen Bengel, Michael M. Berner, 2010).

Helth professionsals views on sexual information following MI, Sverige.

Denna artikel fann vi på cinahl och det är en kvantitativ forskning där syftet var att belysa sjukvårdspersonalens inställning till att informera om sex och samlevnad till patienterna och partnern. Deltagarna var sjukvårdspersonal på 18 kranskärlsmottagningar i Sverige. Resultatet visar att sjukvårdspersonal ansåg det finns många svårigheter och utmaningar i att ge information kring dessa frågor. Det var sällan de gav någon information till patienterna eller partner om sex och samlevnad efter en hjärtinfarkt (Ivarsson, B., Fridlund, B. & Sjöberg, T., 2010).

Opinions of individuals who have had myocardial infarction about sex, Turkiet.

Denna artikel fann vi också på cinahl och det är en kvalitativ forskning. Syftet var att se om individen hade några påverkningar på sexualiteten, sexlivet och deras behov för information efter en hjärtinfarkt. Det var individuella intervjuer med 32 stycken. Det visade sig att sex betyder allt för många och att hjärtsjukdomen påverkar sexlivet negativt. Man var rädd att få en ny infarkt om man hade sex. Kvinnor hade problem med brist av sexlust. Rapporten visar också att de ville ha sex men att de inte fick den informationen av vårdpersonalen, man ansåg att sex var svårt att prata om och var en privatsak (Altıok, M. & Yılmaz, M., 2011).

Discussing sexuality with patients: nurses attitudes and beliefs, Sverige.

Denna fann vi på pubmed och det är en kvantitativ forskning och syftet var att få fram sjuksköterskans åsikter kring det med att diskutera sexualitet med sin patient.

Det var sammanlagt 100 sjuksköterskor som deltog. De förstod att behandling och sjukdom kunde påverka patientens sexualitet. Men ändå tog inte sjuksköterskan upp en diskussion om temat med patienten. De förstod att det hörde till deras uppgift att diskutera. De få som tog upp en diskussion hade lång yrkeserfarenhet och var vidareutbildade (Saunamäki, N., Andersson, M. & Engström, M., 2010).

Sexual activity in patients with cardiovascular disease.

Denna fann vi på Up To Date. Det är en review artikel som är uppsummerad forskning. Dessa finns för att hälsopersonalen ska kunna uppdatera sig snabbt i exemplet patient möten eller ge nya värderingar. Denna artikel är sammanställd efter den senaste forskningen i ämnet. Den uppdateras också vartefter ny forskning publiceras. I artikeln konstateras att sexuell aktivitet medför måttlig hemodynamisk stress som i sin tur ökar risken för hjärtinfarkt. Den totala risken är dock mycket liten och kan ytterligare minskas genom fysisk aktivitet och möjligen också med läkemedel som till exempel Acetylsalicylsyra och beta-blockad (Sauer, W.H, Kimmel, S.E, Kaski, J.C & Saperia, G.M, 2014).

2.4 Literatur som vi anser vara relevant till uppgiften.

De böcker som blivit nämnda i uppgiften anser vi vara relevanta i vårt sökande efter svar på vår problemställning. Några av böckerna är pensumliteratur medan andra är valda av oss.

2.5 Källkritik

Källkritik är en metod som man ska använda för att kunna avgöra om källan är sann. Det gjorde vi genom att bedöma om våra källor var relevanta för den uppgift vi ställts inför och kritiskt granskat de källor vi använt oss av (Dalland, 2013).

Vidare skriver Dalland (2013) att avsikten med källkritik är att visa att man klarar att förhålla sig kritisk till det källtema man använder sig av. Läsaren skall förstå de tankar och reflektioner författaren till uppgiften har gjort, samt varför man valt just den litteraturen. De artiklar vi har använt oss av är uppbyggda efter IMRAD principen och är en förkortning av Metod, Resultat och diskussion. De har också oftast ett sammandrag eller som det kallas på engelska abstract (Nortvedt, M., Jamtvedt, G., Nordheim, L, V. & Reinart, L, M, 2013).

Vi har även använt oss av Check lista för Kvalitativ metod och check lista för tvärsnittlig studie hämtade ur boken ” Jobba kunnskapsbaserat ” (Nortvedt, M. et al., 2013).

De artiklar vi valt passar bra med vår problemformulering vi har valt en norsk och två svenska men de är skrivna på engelska, de tre sista är från Tyskland, Danmark och Turkiet och skrivna på engelska. Det har varit svårt att läsa på engelska men vi har använt oss av Google översätt och engelsk/svensk ordbok. Den vi fann på sykepleie.no var på norska. Vi har säkert förstått vissa ord fel men vi har fått en god helhetsbild av vad de har skrivit i de olika artiklarna.

Vi begränsade våra sök till högst 10 år gamla då vi inte visste hur mycket forskning som fanns inom detta tema. Vi vet att forskningen inte ska vara äldre än 5 år. Men vi har valt att ta med två artiklar som är äldre detta då vi inte har kunnat finna någon forskning som är gjord i Norge mer än denna.

Den andra är från Sverige och den tar upp temat angående sjuksköterskor och vi anser att vi i Norden har ett lite annat förhållningssätt när det gäller detta med sexualitet och vi vill gärna se på forskning som är närmst våra värderingar och tillvägagångssätt.

3.0 Teori

I detta kapitel skriver vi mer fakta om hjärtinfarkt och att det kan leda till kris i livet, varför sexualitet är viktig del av hälsan och vad sexueldysfunktion är.

3.1 Hjärtinfarkt

En akut hjärtinfarkt är ett allvarligt sjukdomstillstånd, och det uppstår då det blir tillflödesstopp i hjärtats kranskärl på grund av en trombos eller plackruptur (Mäländ, 2006). Då det blir stopp i tillförseln av blod till hjärtat medför det till att det blir för lite syre till musklerna. Väven i muskulaturen blir då ödelagda på en mycket kort tid (Ericsson & Ericsson, 2012). Från 2 till 4 dagar efter en hjärtinfarkt börjar det att utvecklas en nekros vid det drabbade området i hjärtat. Först efter 10 dagar upp till 6 veckor börjar det att utvecklas en ärrvävnad vid nekrosen. Muskelvävnaden har då utvecklat sig till bindväv. Bindväv är starkt men kan inte delta i pumparbetet.

Hur mycket av hjärtat som försvagar beror på hur mycket muskelvävnad som är skadad. Oftast kan pumpa effekten hämta sig igen, men med större infarkter bli arbetskraften reducerat för resten av livet (Haugland, Hansen & Areklett 2005).

Det som bestämmer storleken på infarkten är vart trombosen inträffar, och hur mycket av kranskärlet som täpps igen (Mäland, 2006). Att dö av hjärtinfarkt ökar med åldern och ett av problemen är de som dör hinner oftast inte komma till sjukhuset för att få behandling. Den vanligaste dödsorsaken är arytmier (Persson, 2008). Av de som överlever en hjärtinfarkt är det ca 70 -80 procent som kan återgå till normal livsstil och arbete efter en tids sjukskrivning. Men det krävs noggrann information och rådgivning och den bör individ anpassas (Persson, 2008). Faktorer som ökar till att man drabbas av hjärtinfarkt som till exempel konsumtion av tobak, högt blodtryck, högt kolesterol, fetma och övervikt (Mäland, 2006). Då det är en stor livsförändring som sker för patienten är viktigt att vi sjuksköterskor är medvetna om att patienter reagerar på olika sätt när de drabbas av en sjukdom, många kan känna en stor sårbarhet och en känsla av att inte ha kontroll (Eide & Eide, 2008).

3.2 Krissituation

Att man drabbas av en hjärtinfarkt är skrämmande och en nära döden upplevelse för många. När en patient drabbas av en hjärtinfarkt genomgår hon/han en rad psykiska krisreaktioner (Cullberg, 2006). Dessa är viktiga för sjuksköterskan att ha kunskap om under krissituationer kan patienten ha svårt för att ta till sig information men det är ändå viktigt att börja ge information och ge den hellre upprepade gånger (Eide & Eide, 2008).

Krisen delas upp i fyra faser, chockfasen, reaktionsfasen, bearbetningsfasen och nyorienteringsfasen. Krisen uppstår oftast i samband med en förlust av någon eller något. Som till exempel en sjukdom som medför livsförändringar. Patienten kan i krisen bli aptitlös depression och hopplöshet (Cullberg, 2006).

Chockfasen:

Normalt ser man inte så lätt att en patient är i chock utan är ganska så lugn och vanlig. Det man kan observera är däremot att personen kan vara frånvarande och berättar om att de upplever en känsla av överklighet (Eide & Eide, 2008).

Denna varar bara några dagar och då är oftast inte patienten mottaglig för någon information många gånger är det så att hon/han inte har förstått alvaret i situationen. Därför ska man inte ge så mycket information i denna fas. Det är inte alltid patienten utvecklar en chock fas (Cullberg, 2006).

Reaktionsfasen:

Reaktionsfasen börjar så snart patienten har förstått vad som har hänt. Patienten har i chock fasen förnekat men nu har fått insikt i att detta är något hon/han får leva med och där med försöker finna en mening i sin situation. Det är oftast frågor som varför just jag dyker upp och att livet är orättvist (Cullberg, 2006). Genom att man börjar förstå sanningen i det som hänt kommer också olika reaktioner och känslor fram. Tankar bilder och känslor kommer på en utan att man har kontroll över dem (Eide & Eide, 2008).

Bearbetningsfasen:

Det är nu patienten börjar se en ljushet i framtiden hon/han har börjat få en förståelse för sin sjukdom och kan acceptera den. De kan börja återgå till sitt vanliga liv. Denna kan vara ett halvt till ett år (Cullberg, 2006). När patienten reser hem så kommer de att stötta på nya utfodringar som de ska hantera många kan tycka att det är tryggt att vara på sjukhuset där det finns personer att fråga. Att ta upp sexuallivet igen kan skapa ångest och svårigheter dessa känslor måste också kunna bearbetas (Eide & Eide, 2008).

Nyorienteringsfasen:

I denna fas har smärtan och sorgen över det man förlorat blivit borta eller att man har det under kontroll. Hur en kris löses har i stor grad betydning av yttre situationer så som tillgång till praktisk hjälp och allmän stöd (Cullberg, 2006). Hur livet kommer att gå vidare är mycket avhängande av viljan att bearbeta och finna nya vägar (Eide & Eide, 2008).

3.3 Sexualitet.

Sex avser de biologiska egenskaper som definierar människan som kvinna eller man. Medan dessa uppsättningar av biologiska egenskaper inte utesluter varandra, eftersom det finns individer som besitter båda, I allmänhet används på många språk, termen kön ofta i betydelsen "sexuell aktivitet", men för tekniska ändamål i samband med sexualitet och diskussioner av sexuell hälsa, är ovanstående definition att föredra (WHO, 2010). WHO (2010) beskriver det sexuella som en central sak att vara människa, detta är något alla människor bär med sig genom hela livet.

Den fungerande definitionen av sexualitet är enligt WHO:

«Ett tillstånd av fysiskt, emotionellt, mentalt och socialt välbefinnande i relation till sexualitet; Det är inte bara frånvaro av sjukdom, dysfunktion eller funktionshinder. Sexuell hälsa kräver ett positivt och respektfull inställning till sexualitet och sexuella relationer, liksom möjligheten att njuta och ha säkra sexuella erfarenheter, fria från tvång, diskriminering och våld. För sexuell hälsa ska uppnås och upprätthållas, måste de sexuella rättigheterna för alla människor respekteras, skyddas och uppfyllas.» (WHO, 2006 egen översättning från engelska).

Enligt Altiok och Yilmaz (2011) är sexualiteten ett av människans grundläggande behov och är en viktig del i deras liv. Det gäller även för deras hälsa och välbefinnande. Redan 1954 gjorde Maslow oss uppmärksamma på att behovet för fysisk närhet, uppmärksamhet, sexualitet, kärlek, vänskap och omsorg hör till människans grundläggande behov. Därför bör vi se det så att individer som inte får behoven för närhet och kärlek täckt kan vara frustrerande och leda till att otillfredsställelse (Idehen, 2013)

Enligt Helsodirektoratet(2015) är ett bra sexuellt samliv viktigt för individens välmående, och att etablera och bevara nära relationer. Det finns stora samband mellan sexualitet och det allmänna hälsotillståndet, som båda kan påverka varandra i en positiv eller negativ riktning. God sexuell hälsa är en resurs och en skyddsfaktor som främja livskvalitet.

Sexualiteten har betydelse under hela livet, från barndomen, genom tonåren, vuxenliv och ålderdom (Helsodirektoratet, 2015).

3.4 Sexueldysfunktion

Enligt Tæen & Olsen, (2007) finns det sexuella problem i olika åldersgrupper av många olika slag. Det kan vara problem med den sexuella lusten, orgasm som minskar med åldern, men som minskad det sexuella intresset och upphetsningen. Månnen sexuella problem var mest relaterat till deras ålder och fysiska bekymmer. Det var inte någon större skillnad hos könen när det gällde sexuella problem (Træen & Olsen, 2007). Att lida av sexueldysfunktion innebär svårigheter att genomföra samlag hos så väl kvinnor som män. Den kan vara både fysisk och psykisk (Fugl-Meyer & Fugl-Meyer, 2010). Fugl-Meyer & Fugl-Meyer menar att det är stor skillnad på kvinnor och mäns lust och upphetsning. Hos kvinnor kan utebliven lust bero på att de är stressade eller har problem i partnerskapet. Problemet anses många gånger vara psykologiskt men kan också bero på kärleksjukdomar eller nervskador (Fugl-Meyer & Fugl-Meyer, 2010). Mannens sexuella dysfunktion är synlig till skillnad från kvinnan. Erektionen är beroende av att blodflödet ökar i atrierna och minskar venöst. Sjukdomar kan göra så att blodflödet minskar till könsorganet och därmed leda till minskad erektion (Fugl-Meyer & Fugl-Meyer, 2010).

3.5 Sjuksköterskans teori Travelbees

Vi har valt att använda oss av Joyce Travelbees sjuksköterskefilosofi omvårdnad ser Travelbee (2011) som en mellanmänsklig process där sjuksköterskan hjälper patienten i lidandet, att finna en mening, att kunna bära och att kunna hantera sina erfarenheter (Kristofferson, Nortvedt & Skaug, 2012). Det innebär att sjuksköterskan först måste förstå vad som händer i mötet mellan patient och sjuksköterska.

De viktigaste begreppen i teorin är människan, kommunikationen, mening med livet, lidande och mänskliga relationer. Teorin grundar sig på att den mänskliga individen är en alldeles speciell, unik person, som inte går att byta ut och som bara lever en enda gång på jorden. Sjukdomserfarenheter och lidande kan upplevas olika från individ till individ (Travelbee, 2011). Det mänskliga lidande är enligt Travelbee ett grundläggande mänskligt fenomen. I omvårdnadsarbetet är det viktigt att sjuksköterskan bryr sig om och förstår patientens lidande (Kristofferson et al., 2012).

I relationer mellan människor till människa menar Travelbee att sjuksköterskan ska möta patienten som en likvärdig människa. Därför är det viktigt att vårdpersonalen inte bildar sig en fel uppfattning i förhand, utan ska se patienten som en unik person. För att sjuksköterskan ska kunna förstå patienten som en individ är det viktigt att först förstå patientens situation och upplevelser, så att sjuksköterskan inte drar paralleller med andra patienter hon/han tidigare har mött i sitt vårdande (Travelbee, 2011). Vi tycker att hennes filosofi och syn på människan är relevant för vår problemformulering då sexualitet är ett ömtåligt och privat område för många att prata om och bör kunna bemöta dessa på ett bra sätt. I kommunikationen förmedlar patient och sjuksköterska sina känslor och tankar. Om målet för omvårdnaden ska uppnås måste kommunikationen mellan patient och sjuksköterska fungera för att sjuksköterskan ska få en förståelse för patientens upplevelser, erfarenheter och lidande för sin sjukdom. Det är via kommunikationen som patient och sjuksköterska förstår varandra och det är först då i kommunikationen som en mellan mänsklig relation kan etableras med patienten (Travelbee, 2011).

När två människor möts pågår ständigt en språklig och icke språklig kommunikation. Vid omvårdnad bör sjuksköterskan alltid göra en individuell bedömning av patienten ser hälsa som en subjektiv bedömning utifrån patientens individuella upplevelser. Det innebär att en människa är så frisk som han eller hon känner sig trots diagnoser och symtom, men kan också uppleva ohälsa utan synbar sjukdom (Kristofferson et al., 2011). Om sjuksköterskan kan identifiera och tillgodose patientens behov, så har kommunikationen nått sitt syfte. Det är viktigt att sjuksköterskan behärskar kommunikationens teknik och finesser så som att känna av den rätta stämningen, ha fingertoppskänsla och ödmjukhet i relationen med patienten. Om mötet mellan patient och sjuksköterska störs eller sjuksköterskan inte har en förmåga att förstå och se patienten som en unik individ, kommer sjuksköterskan att missa viktig information som patienten förmedlar i sitt tal och kroppsspråk (Travelbee, 2011).

Kommunikationen och samtalet är för Travelbee av central betydelse. Där förmedlas känslor, behov och tankar. För att främja patientens hälsa eller minska ett lidande ska sjuksköterskan ha förmåga att använda sig själv terapeutiskt, vilket innebär att kunna använda sin egen personlighet på ett medvetet och ändamålsenligt sätt. Genom litteraturstudien ville vi få en ökad förståelse för de olika omvårdnadsbehov människor med samma diagnos kan ha, hur de individuellt anpassar sig och finner vardagen meningsfull. Travelbee tar också upp det med att finna hopp är för Travelbee förknippat med syftet och målet med omvårdnaden.

Hoppet är själsligt, en önskan och förväntan om uppnåeliga mål och sjuksköterskan hjälper patienten att hantera lidandet genom att understödja hoppet. Detta anser vi vara en viktig del för vår patient grupp. Att patienten finner hopp är viktigt för att främja framtids process.

3.5.1 Joyce Travelbee människa till människa förhållande.

Sjuksköterskans mål och avsikter ska enligt Travelbee främst handla om att etablera en människa till människa förhållande. Detta förhållande kan inte etableras genom roller och titlar, hon menar att det uteslutade skapas ett sådant förhållande genom individer.

Hon menar därför att det är avgörande i samspelet att komma över den fas där individerna ser varandra som sjuksköterska och patient, och i stället kommer in i ett nytt stadium där de verkligen ser varandra, och där de förhåller sig till varandra som unika personer. Människa till människa förhållandet skapas enligt Travelbee genom en interaktionsprocess som har flera olika faser (Kristoffersen et al., 2012).

- Framväxten av identiteter
- Empati
- Sympati
- Etableringen av ömsesidig förståelse och kontakt

Travelbee säger att kommunikation är en process som ses som ett medel för att uppnå målen med omvårdnaden. När parterna möts så utspelar det sig en kontinuerlig kommunikation, där parterna kommunicerar både med hjälp av ord, men också non-verbalt genom kroppsspråk, mimik, tonfall, rörelser och beröring (Kristoffersen et al., 2012).

Den mellanmänniska relationen ses i sin tur som den ram, den arena, inom vilken omvårdnaden äger rum och genom vilken omvårdnads målen kan nås. I denna relation mellan sjuksköterska och patient, där alla erfarenheter sker, är patienten beroende av sjuksköterskans kunskap och handlingar.

Den interaktion som sker mellan sjuksköterskan och patienten ser Travelbee som olika steg i formandet av en vårdrelation. Processen har som slutmål att leda till ömsesidig förståelse och kontakt och den består av fyra faser (Kristoffersen et al., 2012).

1. Den första fasen avser det inledande mötet då sjuksköterskan och patienten bildar en uppfattning om varandra. Båda utgår från tidigare erfarenheter av liknande situationer och använder schabloner och stereotyper i sin kategorisering av den andre. Sjuksköterskans uppgift är att se bortom dessa schabloner och att se den unika människan i individen. Först då kan den andre, patienten, reagera och processen gå vidare till nästa fas (Kristoffersen et al., 2012).
2. I nästa fas utvecklas identiteterna. Både sjuksköterskan och patienten börjar se den unika personen bortom rollen som patient eller sjuksköterska. Förståelsen för den andre fördjupas och en grund för empati skapas. När sjuksköterskan kan se likheter och skillnader mellan sig själv och den andre har hon ett stöd för att kunna utveckla empati. För att kunna gå vidare in i nästa fas av relationsskapandet måste sjuksköterskan kunna tänja sina gränser och se bortom sig själv och det hon identifierar sig med i patienten. Övergången till nästa fas sker enligt Travelbee när sjuksköterska och patient känner en samhörighet (Kristoffersen et al., 2012).
3. Den tredje fasen kallas empatifasen. Att känna empati är att förstå och dela en annan individs psykologiska tillstånd, utan att sugas in i den andres känslor och tankar. Med empatin följer också värderingar av den andre, något som är svårt att undvika.

Så länge sjuksköterskan dock är medveten om sina värderingar kan hon ta ställning till dessa och förhålla sig därefter. Som ett resultat kan den empatiska sjuksköterskan förutse beteenden och reaktioner hos patienten (Kristoffersen et al., 2012).
4. Den slutliga fasen kallas sympatifasen. Enligt Travelbee är inte empati ett tillräckligt incitament för att företa omvårdnadshandlingar. För detta krävs även sympati, vilket definieras som en förmåga att förstå en annan människas lidande samt en önskan om att lindra detta lidande. Det handlar om ett genuint engagemang och intresse för patienten. Detta menar Travelbee inte finns i empatin.

Sjuksköterskan måste inte bara vilja hjälpa, hon måste också veta hur och ha de kunskaper och färdigheter som krävs för att hjälpa patienten. Sympatifasen leder till att ett förtroende upprättas mellan sjuksköterskan och patienten (Kristoffersen et al., 2012).

Dessa fyra faser leder fram till att den mellanmännsliga relationen etableras och till att ett tillstånd där ömsesidig förståelse och kontakt inträder. Travelbee och det definieras av henne som en process, en händelse och en erfarenhet, som upplevs gemensamt av både sjuksköterskan och patienten, men ändå på ett unikt sätt utifrån den egna livsvärlden.

I denna relation är patienten och sjuksköterskan inte bara en patient och en sjuksköterska, utan även tänkande, kännande, erfaraande männsliga individer med både fysiska och psykiska behov som inte helt kan särskiljas från varandra.

De är två personer som känner en kontakt och en förståelse för varandra. I detta tillstånd finns mer än bara förtroende för varandra, det finns en fullständig säkerhet och trygghet i relationen där patienten också verkligen känner att sjuksköterskan genom sina kunskaper och sin genuina vilja att genom handling visat att denne är någon som patienten kan lita på (Kristoffersen et al., 2012). Travelbee beskriver att man ska ha en form av målinriktat intellektuellt sätt för sjuksköterskan att närma sig patienten för att kunna hjälpa den sjuka eller lidande att kunna göra sin situation hanterbar, och eventuellt också få den drabbade att också se en mening med den (Kristoffersen, 2002).

3.5.2 Hopp och Lidande

Travelbee (2011) menar att lidande är en subjektiv upplevelse som kategoriseras som plågor smärta, förlust, nöd eller skada. Människan känner lidande när det uppstår smärftulla problem det kan vara allt från fysisk smärta, sjukdom, psykiska smärtor eller förluster. Att mista någon kroppsfunction eller till exempel en kroppsdel kan leda till depression (Travelbee,2011).

Hoppet är enligt Travelbee (2011) det som är drivkraften för att kunna skapa förändringar och förbereda sig. För att nå sina mål är hoppet en viktig egenskap den som inte har hopp er inga utvägar eller lösningar på sina problem.

Hopp är många gånger avhängande av andra och när man godtagit det och tillåter sig att ta i mot hjälp för att lösa problemet, är det ett tecken på att man fortsatt har hoppet kvar. För att vi som sjuksköterskor ska kunna hjälpa patienten är det viktigt att de har kvar hoppet (Travelbee, 2011).

3.6 Fysiska och psykiska faktorer som kan påverka patientens sexualitet

Här vill vi samla upp de som vi funnit vara relevant och viktigt när det gäller patienter som drabbats av hjärtinfarkt så som känslor tankar och medicinska faktorer.

3.7 Fysiska förändringar i Sexualiteten hos män/kvinnor med hjärtsjukdom

Det visar sig att de flesta av patienterna som haft en hjärtinfarkt kvinnor som män har upplevt att det påverkat deras sexualitet negativt t.ex., genom sexuellfunktion, depression, och förändrad livskvalité (Kriston et al.,2010). En av de största faktorerna var den fysiska förändringarna som påverkade sexualiteten efter att ha drabbats av en hjärtinfarkt.

Man upplevde att den fysiska kapaciteten hade minskat och orkeslöshet, ökad trötthet och att man blev andfådd vid fysiska aktiviteter. Dessa var de faktorer som hämmade patienterna mest för att återgå till sexuella aktiviteter (Ivarsson et al., 2010). I den norska studien visade det sig att de sexuella problemen var cirka dubbelt så höga hos patienter med hjärtsjukdom jämfört med resten av den norska befolkningen (Träen & Olsen, 2007). Både män och kvinnor kunde under den fysiska ansträngningen som uppstår under sexuella aktiviteter känna av infarktliknande symtomer som ex andnöd och bröstsmärtor (Altiok &Yilmaz, 2011).Söderberg skriver att många inte upplevde lika stor njutning i den sexuella aktiviteten som de hade upplevt innan hjärtinfarkten des utom hade de svårigheter med att få orgasm. Förutom att patienten upplever en överlägsen hög sexuell dysfunktion är det många av hjärt-kärlsjuka som också har en sviktande mental hälsa (Söderberg et al., 2013).

3.8 Oro/rädsla

Många patienter upplevde en stor oro över att ha sexuellt umgänge då det var rädda att det kunde påverka deras hälsotillstånd (Träen, 2007). Många gav uttryck för att de var på väg att bli deprimerade (Kriston et al., 2010). Kvinnor upplevde många gånger en stor osäkerhet över sin kropp och hur den skulle bete sig efter hjärtinfarkten. Detta kom till att spegla sig under sexuella aktiviteter.

De kände sig klumpiga och visste inte riktigt hur de skulle bete sig. Oro över att återuppta sex medförde till att de hade svårt för att känna sexuell tillfredställelse och det resulterade i minskad självkänsla (Söderberg et al., 2013). Män upplevde oftast oro över att inte kunna prestera i en sexuell aktivitet och det i sin tur påverkade deras sexuella funktion. De hade en oro över att inte kunna leva upp till deras partners förväntningar och det i sin tur lede till att relation blev förstörd (Altiok & Yilmaz, 2011). De upplevde en stor rädsla och ansåg att deras hjärta var svaga och ömtåliga och att de kanske skulle kunna drabbas av ännu en hjärtinfarkt (Altiok & Yilmaz, 2011). Många upplevde stor oro på grund av att de inte hade någon kunskap om hur vida det var bra att återgå till sexuella aktiviteter och vågade inte ta upp frågan (Söderberg et al., 2013). Endast ett få tall av de intervjuade patienterna i artikeln skriven av Altiok och Yilmaz (2011) gav uttryck för att deras oro minskade då de hade sexuella aktiviteter. Då den tillfredställelsen de kände fick dom att slappna av och inte tänka på alla bekymmer som de upplevde att sjukdomen förde med sig (Altiok & Yilmaz, 2011).

3.9 Sexualiteten med partner

Relationen med sin partner var något som patienterna upplevde gav dem lycka, styrka och välmående och mena att den sexuella relationen efter en hjärtinfarkt är en viktig faktor för att skapa kärlek och glädje (Söderberg et al., 2013). WHO (2010) menar att alla har rätt till bästa möjliga hälsa i relation till sin sexualitet, genomrätten till en god sexuell och reproduktiv vård och sexuelltupplysning. WHO (2010). Att inte uppleva fysisk kontakt som är en del av det intima spelet kan många gånger skapa klyftor i relationen och det i sin tur lede till minskad sexualitet. Även det att man var orolig för att inte kunna uppnå partners förväntningar lede många gånger till osämja i relationen vilket resulterade i minskad sexuell lust. Men minskad sexuell aktivitet lede inte alltid till negativitet en del kompenserade det med att visa mera ömhet och närhet till sin partner och genom det upplevde de att de kom sin partner närmre i relationen (Söderberg et al., 2013). Det visar sig i artikeln skriven i Läkartidningen att de som drabbas av en ny hjärtinfarkt på grund av sexuellt umgänge är de som har det med en ny partner och att även faktorer som alkohol har en inverkan. Det är mycket tryggare att ha sexuellt umgänge med en livslång partner som man känner sig trygg med och att man befinner sig i en trygg miljö (Mårtensson, Fridlund & Jaarsma, 2014).

3.10 Mediciner påverkan

Att drabbas av en hjärtinfarkt innebär oftast att man måste medicineras. De flesta läkemedel har olika biverkningar som man bör vara vaksam på men det är inte ofta man ser att impotens är en biverkning. Läkemedels grupper som där i mot kan ha en påverkan på den sexuella funktionen är ACE-hämmare, betablockare, diuretiska, angiotensin II-antagonister, kalciumkanalblockerare och lipidsänkande alla dessa har impotens som en biverkning (Felleskatalogen,2015). Det är viktigt att vårdpersonalen förstår den skillnaden mellan vad som är sjukdomsrelaterade funktionsnedsättning och vad som är en farmalogisk orsak till biverkning. Det kan även vara andra livsfaktorer som påverkar sexualiteten, genom att vårdpersonalen är lyhörd och ha ett öppet sinne kan vi påverka och göra en skillnad för patientens samliv genom god information och vägledning (Lundberg, 2010).

Även antidepressiva läkemedel kan ha en påverkan på det sexuella intresset. Antidepressiva läkemedel står för den flesta inrapportering av sexuella biverkningar. Det finns många olika sorter men de som blir vanligast använda är selektiva serotoninåterupptagshämmarna (SSRI).

Dessa påverkar framförallt orgasmen hos bägge könen (Lundberg, 2010). Statistiken i Norge visar att år 2014 såldes det ca 258 dygnsdoser per 1000 invånare per dag av antidepressiva läkemedel från ålder 10 – 90+. Statistiken är beräknad på vad som blivit sålda så man ska ta i beräkning att det är kanske inte alla som börjar bruka läkemedlet ändå (Folkehelseinstituttet, 2015). En del män kan ha använt potenshöjande läkemedel redan innan hjärtinfarkten som exempelvis Viagra och Levitra men i samband med hjärtsjukdom är det viktigt att tänka på att man absolut inte får kombinera potenshöjande läkemedel med nitroglycerin. Detta kan orsaka ett kraftigt blodtrycksfall med risk för hjärtinfarkt. Skulle man ha tagit någon typ av potenshöjande läkemedel ska man vänta ett dygn innan man kan ta nitromex eller nitroglycerin recip. Det gäller även långtidsverkande nitroglycerin preparat. Det finns däremot inga hinder att ta potenshöjande läkemedel efter att hjärtat har läkt (Nordin, 2006).

3.11 Risker med sexuell aktivitet efter hjärtinfarkt

Patienter som har blivit kategoriserade med låg risk bör av sjukvårdspersonal uppmuntras till att återuppta sexuell aktivitet (Mårtensson, Jaarsma & Fridlund, 2014).

Patienter med instabil angina, okontrollerad hypertension eller de som upplever kardiovaskulära symtom i samband med sexuell aktivitet klassas som hög risk och bör vänta med sexuell aktivitet tills deras tillstånd stabiliserats (Mårtensson et al., 2014). De intermediära patienterna bör vidare undersökas så att de också kan kategoriseras som hög eller låg risk innan man kan ge dem rekommendationer om hur mycket de kan klara av angående fysiska aktiviteter (Sauer, H, Kimmel, S, Kaski, J, Saperia, G, 2014).

3.11.1 MET - Metabolic equivalent of oxygen

När man ska kategorisera patienten som låg eller hög risk använd oftast ett mätt system som kallas MET - Metabolic equivalent of oxygen. Det bästa värdet är att få direkta mått på oxygenupptag. För att kunna göra det krävs speciella instrument. Bästa sättet att få fram ett korrekt värde är att mäta milliliter upptaget oxygen per kilo kroppsvikt (ml O₂/kg/min). 1 MET definieras att vara lika med 3,5 ml O₂/kg/min. 2 MET motsvarar lätt arbete i sittande ställning, 4 MET är lätt till moderat ansträngning, medan 6 MET motsvarar fysisk aktivitet där svett och snabb respirationsfrekvens uppnås (Mæland, 2006). Sexuell aktivitet (i detta fall samlag) kan ofta jämföras med en ansträngning på 2-3 MET i det pre-orgasmiska läget vilket ses som låg intensitet, och under orgasm 3-4 MET, måttlig intensitet. Detta kan enligt (Sauer et al., 2014) jämföras med att gå 5-6 km/tim på plan mark. Patienter med kardiovaskulär sjukdom som inte klarar ett gångtest i 6 minuter eller en förbrukning av 3-5 MET kanske inte heller klarar av den ansträngning som krävs vid sexuell aktivitet.

4.0 Sjuksköterskans informande roll och barriärer

I samband med patienträttighets loven och helsepersonal loven och den snabba utvecklingen av tillgång till information via Net är sjuksköterskans pedagogiska roll viktigare än någonsin då patienten har rätt till information och rätt till medverka detta ställer stora krav på sjuksköterskans pedagogiska kompetens.

Sjuksköterskan skall kunna vägleda, undervisa, informera, illustrera och lägga till rätta så att patienten är medverkande och kan utveckla sin kompetens på eget sätt. Patientens rätt till att medverka innebär att patienten ska ha möjlighet till det och för att hon/han skall kunna ha möjlighet att medverka behöver patienten få god information (Tveiten, 2008).

Nu är oftast vårdtiden kort för patienter med som drabbats av hjärtinfarkt och tiden till att ge information är liten. De flesta som blev utskrivna ansåg att de fått väldigt lite information om eventuella livsförändringar under sin tid på sjukhuset. Sexuella och äktenskapsproblem var ett problem som man sällan samtala om mellan vårdpersonal och patient. Det ansågs vara viktigare att diskutera och ge information angående mediciner då tiden var så sparsam (Ivarsson et al., 2010). Det är ofta så att man förenar sexuella svårigheter med skamkänslor och misslyckande en känsla av ”onormal”. Att kommunicera om ämnet kan vara besvärligt för både patienten och vårdpersonalen. Men genom att arbeta med sina attityder till sexualia uttryck kan man som personal hantera dem. När man är seriös, respektfull och visar ett allvarligt yrkesmässigt intresse så har oftast inte människor problem med att samtala om sina erfarenheter (Brattberg & Hulter, 2010). Forskningen av Ivarsson et al., (2010) säger att det borde finnas metoder eller guidelines för sexuell rådgivning som sjuksköterskorna kan ta hjälp av. För många är hjärtinfarkten en påminnelse om att livet inte vara för evigt och det kan leda till en kris som kan ge psykosomatiska symtom var av sexueldysfunktion kan vara en. En kris är något som tar olika lång tid att genomgå. Patienten behöver ventilera, bearbeta sina tankar och att få gott stöd under vägen kan vara till stor hjälp. Det är viktigt att sjuksköterskan lyssnar med intresse och accepterar det som blir sagt så att patienten känner att det inte finns några ämnen som är tabubelagda. Målet är att patienten kommer ur sin kris och kan gå vidare i livet. Det finns hjälp att få och det är sjuksköterskans uppgift att ge den information och inte bortse från problemen som kan ha en påverkan på patientens livskvalité och hälsa (Cullberg, 2006).

4.1 Sjuksköterskans kunskap och erfarenhet om sexuellrådgivning

Det visar sig att sjuksköterskor borde i sin grundutbildning få en bättre upplärning i konsten att samtala om sexualitet med sina patienter då man har en helhetlig syn på omvårdnaden som inkluderar sexualiteten. Att få möjlighet till vidareutbildning i ämnet är något som man bör beakta på varje arbetsplats (Saunamäki et al., 2010).

De sjuksköterskor som erbjöd rådgivning och hade kunskap om sexualitetens betydelse var de som var vidareutbildade och det var även de som inkluderade partnern i samtalet angående sexualitet. Det är väldigt viktigt att även partnern inkluderas i samtalen då de är ett bra stöd till patienten (Ivarsson et al., 2010).

Sjukvårds personal bör ha mera kunskap om olika psykologiska faktorer som till exempel Patientens kroppsuppfattning oron över sin sexualitet och kropp samt sexuella motivationsproblem (Träen & Olsen, 2007). Den som tar på sig ansvaret att ge information bör ha grundläggande kunskap och ett intresse för det psykologiska och filosofiska perspektiv av problematiken, det är också bra att ha en viss livserfarenhet. Detta bidrar till att man har en stadig grund att stå på vid rådgivningen (Westgren, 2010).

4.2 Sjuksköterskans attityder

Det krävs att sjuksköterskorna har en öppenhet och visar respekt för att kunna möta patienten och hantera ett känsligt ämne som exemplet sexualitet (Hulter, 2010). Det är sjuksköterskans ansvar att informera och utbilda genom samtal med patienten och att göra så att patienten är delaktig i sin vård (Patient och brukaretighetsloven kapitel 3, 1999). Man vet att sjukdomen och behandlingen kan påverka patientens sexualitet men att sjuksköterskor inte informerade om sexualitet handlar inte bara om att inte ha kunskapen utan också om att många anser att det är ett tabu belagt ämne så väl vårdpersonal som patienterna. Det är vanligt att sjuksköterskorna kände sig obekväma med att samtala om ämnet (Saunamäki et al., 2010). Det är oftast sjuksköterskans egna värderingar och erfarenheter som kan påverka sjuksköterskans svårigheter med att diskutera sexualitet (Idenen, 2013).

5.0 Hur ska sjuksköterskan bemöta patienten och ge god rådgivning och vägledning om sexualitet efter en hjärtinfarkt?

Här ska vi nu försöka sammansätta allt vi funnit fram och visa fram hur sjuksköterskan ska kunna tillmötesgå patienten angående sexuellrådgivning. Och hur sjuksköterskan kan jobba med olika metoder för att ge en god och förstålig information

5.1. Patientens behov för information

Det är viktigt att veta att ett fysiskt handikapp inte är automatiskt medför avsaknad av sexuellt behov (Idehen, 2013). När man blir sjuk eller på annat sätt hamnar i ett hjälpbehov så är kunskap och information en viktig faktor för att en patient ska känna sig trygg. Det kan gälla frågor rörande sjukdomen, prognoser, behandling, biverkningar av mediciner. Att ge information är en av hjälparens viktigaste kommunikativa uppgifter (Eide & Eide, 2008).

5.2 Patientens rättigheter

Här ska vi skriva lite om vilka lagar som är viktiga att ta hänsyn till angående vår problemställning. Vi anser att de är relevant för att visa att vi har lagar som styr oss och kräver att vi ska ge patienten god omvårdnad och information som dom vill ha nytta av.

5.2.1 Pasient og brukarrettighetsloven

Lagen är utformad för att hjälpa till att säkerställa befolkningen lika tillgång till tjänster av god kvalitet, och genom att ge patienter och brukare rättigheter mot vård och omsorg. Lagen bidrar även till att relationen mellan patient och hälsa och omsorgstjänsten ska främjas genom att till vara ta respekten för den enskilda patienten så som integritet och människovärde. Lagen gäller för alla som uppehåller sig i Norge (Pasient- og brukerrettigheter, 1999).

5.2.2 Helsepersonalloven

Lagen är utformad för att bidra till säkerhet och kvalitet i hälsa och omsorgstjänsten. Denna lag gäller för all hälsopersonal och verksamheter som använder hälsohjälp. Hälsopersonalen ska utföra sitt jobb enligt de krav som finns för yrkets professionalitet och ge den omvårdnad som förväntas av den personalens kvalifikationer (Helsepersonelloven, 1999).

5.2.3 Yrkesetiska riktlinjer

Yrkesetiska riktlinjerna säger att sjuksköterskan ska ta till vara på patienten genom att ha rätt till helhetlig omvårdnad och rätten till att vara med och bestämma angående sin vård. Sjuksköterska grundläggande uppgift är att främja hälsa, förebygga sjukdom, lindra lidande och säkerställa en värdig död. Sjuksköterskans yrkesetik ansvar omfattar människor i alla skeden av livet från början till slutet. Sjuksköterskan skyddar den enskilde patienten värdighet och integritet med stöd av helhetlig omvårdnad (NSF, 2010).

5.3 Sexualrådgivning.

Sjuksköterskorna är oftast inte villiga att diskutera eller att ta upp patientens sexualitet men patienterna har en stor önskan om att få information (Ahtiok & Yilmaz, 2011). Många av sjuksköterskorna ansåg även att det nog var mera en sak för läkaren att diskutera denna fråga med patienten. Det var inte det att sjuksköterskorna inte ansåg att det var en viktig sak att diskutera så tar de oftast inte själva initiativ till det. Patienterna räknar med att sjuksköterskan ska ta upp ämnet (Ivarsson et al., 2010). Om patienten känner att hon/han får information som ger dem kontroll. Så är det stora möjligheter att det blir lättare att känna en mestrning över sin sjukdom och sitt liv. Patienterna känner då att hon/han själv har kontrollen över sin sjukdom och sitt liv det vi kallar empowerment (Tveiten, 2012). Det kan vara så att när patienten får information får hon/han motivation för att förändra sin livsstil som i sin tur leder till att öka livskvaliteten och kan beskrivas som frånvaro av sjukdom (Mäland, 2012). Därför är det viktigt med aktivt lyssnande och ställa frågor till patienten vad de har för uppfattningar och frågor kring ämnet. Vi ska också observera patienten för att kunna förstå i vilket tillstånd patienten är i förhållande till sin sjukdom (Eide & Eide, 2008).

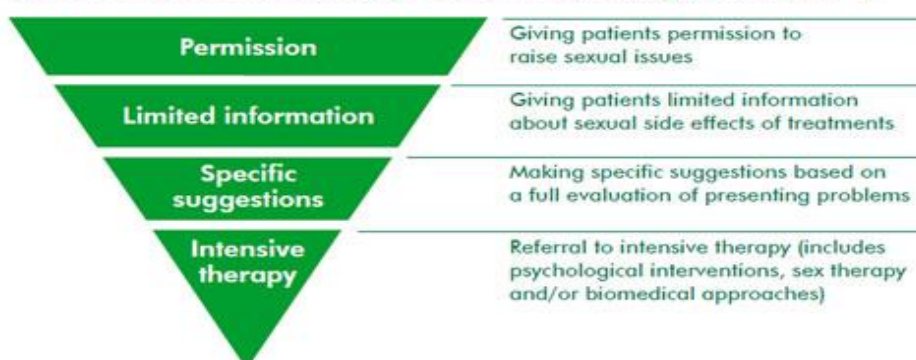
Detta så att vi ska kunna bedöma hur mottaglig patienten är för ny information. Skulle patienten befinna sig i exempelvis chockfasen är hon/han inte mottaglig för någon information (Cullberg, 2006). Vi bör ha tankar kring varför det i vår moderna tid finns ett tabu kring sexualitet. Konsekvensen av att ett tabu råder gör att samtal om sexualitet inte implementeras i rehabiliteringen i samband med hjärtsjukdom (Ivarsson et al., 2010). Sjuksköterskans attityd att sexualitet är något privat och därför inte samtalar i den utsträckning som kanske behövs inom vården (Saunamäki et al., 2010).

5.4 Tillgång till litteratur och material

För att kunna ge professionell rådgivning bör man ha kunskap i ämnet många sjuksköterskor ansåg att de inte hade någon tillgång till bra material eller litteratur i ämnet (Ivarsson et al., 2010). Det finns en pedagogisk modell som kan användas av vårdpersonalen för att fastställa i vilken nivå sexualrådgivningen ska ges utifrån verkligheten. PLISSIT är en förkortning och står för Permission, Limited Information, Specific Suggestions och Intensive Therapy.

Modellen producerades 1976 av Jack S. Annon efter som det fanns ett behov av en modell som kunde anpassas till flera olika inrättningar med olika mycket tid och kunskap till förfogande. I svensk sexologisk litteratur har PLISSIT översatts med: Tillåtande hållning, begränsad information, specifika förslag och intensiv terapi. De tre första nivåerna i modellen kan betraktas som kortvarig terapi i motsats till den fjärde nivån som innebär en längre tids terapi. För varje nivå i modellen krävs ökade kunskaper, träning och kompetens hos vårdpersonalen. Framför allt skall modellen betraktas som ett ramverk för att lättare identifiera vilka patienter som kan bli hjälpta av kortvarig terapi och vilka som behöver mer avancerad terapi (Westgren, 2010) Se figuren.

PLISSIT Model of Addressing Sexual Functioning (Annon, 1974)



www.macmillan.org.uk

Permission given (Tillåtande hållning)

Innebär att omgivningen är öppen för att kunna tala om sexualitet och besvara frågor kring detta. Personalen lyssnar och fungerar som en förtrolig samtalspartner. Det krävs ingen speciell yrkesmässig kompetens för detta och tanken är att all personal skall kunna göra detta.

Limited information (Begränsad information)

Stöd på denna nivå kan bland annat innebära: Att aktivt lyssna till tankar, problem och behov i förhållande till sexualitet och genom dialog hjälpa till att hitta möjligheter och lösningar.

Specific suggestions (Specifika förslag)

Innebär att man ger förslag på lösningar till sexuella problem, till exempel: Vägledning kring exempelvis hjälpmedel som möjliggör ett sexliv trots funktionsnedsättningen. Rådgivning kring vilka andra instanser som kan erbjuda ytterligare relevant hjälp.

Intensive therapy (Intensiv terapi)

Denna modell är framtagen i Malmö stad för att hjälpa personalen inom LSS (Lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade), detta för att personalen skulle ha en modell att kunna utgå ifrån när de skulle ha ett samtal om sexualitet. Ursprungligen är modellen utarbetad av psykologerna Annon och Robinson i USA 1974 (Samtalsunderlag kring känslor och intimitet, 2013). En del människor med funktionsnedsättning kan ha behov av särskild rådgivning från psykolog eller sexolog eller att ingå i en gruppterapi. Detta involverar externa specialister eller terapeuter. Oavsett vilket stödbehov man som personal konfronteras med bör man antingen själv kunna bistå med det, eller se till så att det tillgodoses på något annat sätt. (Samtalsunderlag kring känslor och intimitet, 2013). Detta är kanske inte den optimalaste guidelinjen men det kan vara en bra start till att man börjar diskutera ämnet mer på sin avdelning.

De informations brotyrer som vi sett på sjukhusen vi haft praktik på har bara haft ett lite stycke om sexualitet. Vi har via internet även funnit fram en bra brodyr som heter *hjerter i lust og nød* (LHL, Landsforeningen for hjerte- og lungesyke, 2014). Denna tar upp många av de problem och frågeställningar som har kommit fram i vår uppgift och kan rekommenderas. I vår undervisningsplan på skolan har vi inte haft något ämne som har tagit upp sexualitetens viktighet när det gäller hälsan. Det är ett ämne som bör lyftas upp mer då vi faktiskt lever 2015.

5.5 Att möta patienten Travelbees människa till människa

Det inledande mötet är enligt Trevelbee (2011) präglas av förstaintrycket man får av varandra och man kan från början ha många förutfattade meningar om varandra på grund av sina egna erfarenheter. Det är då viktigt för sjuksköterskan ser patienten som en unik varelse och inte kategoriserar henne/honom. Det är först när man börjar se varandra som unika individer som man kan se en framvekt av identiteten.

Man börjar nu bli känd med varandra och har möjlighet att fånga upp vad den andra tänker och känner. Det är fortsatt viktigt att inte börja jämföra den andre med personer man möt tidigare i sitt liv (Travelbee, 2011). Sjuksköterskan ska inte ta för givet att patienten känner som hon/han tror sig ha känt i fall hon/han var i patientens situation. Man ska heller inte jämföra patienten med andra patienter man möt men vi tror att det kan vara bra att ge olika exempel på vad andra hjärtinfarkter har gått igenom. Empati kan man skapa genom att värdera varandras likheter och olikheter skapa en verklig relation till varandra.

För att skapa empati behöver inte sjuksköterskan tycka och tänka som den andre men ha en önskan om att kunna förstå patienten. Tillsammans kan sjuksköterskan och patienten finna fram en lösning på de problem som de har framför sig (Travelbee, 2011). Sympati och medkänsla utgår ifrån empati och då över går det i sjuksköterskans omvårdnad av patientens plågor och lidande.

Det är en naturlig del av att vara sjuksköterska men då gäller det att inte bara känna sympati och medkänsla utan att komma med konkreta tilltag för att hjälpa patienten (Travelbee, 2011). Genom att ha dessa fyra faserna i bakhuvudet så utvecklar man ömsesidig förståelse mellan patienten och sjuksköterskan. Genom att etablera en god människa till människa förhållande blir sjuksköterskan och patienten kända med varandra som är en viktig förutsättning för att kunna samtala öppet om sexualitet och att man ska kunna komma med tilltag som är riktade till just denna patients behov.

5.6 Hopp, mening och mestring (Behärskning)

Sjuksköterskans roll är att stödja och upprätthålla en upplevelse av mening. Det kan vara svårt att finna en mening efter en svår sjukdom men för att kunna göra det möjligt krävs det att sjuksköterskan har goda insikter om hur patienten vill ha det och våga möta patienten (Travelbee, 2011). Enligt Travelbee är en av sjuksköterskans roll att hjälpa patienten att finna möjligheter och genom det återfå hoppet. När sjuksköterskan visar olika möjligheter stärker hon/han patientens självkänsla. Det är oftast känslan av okontroll som skapar oro, ångest och rädsla hos patienten (Travelbee, 2011). Det är sjuksköterskans uppgift att visa och informera patienten om hur hon/han själv kan påverka sin situation. Alla människor reagera olika på utmaningar i livet vilket leder till olika utfodringar för patienten (Eide & Eide, 2008). Det är då sjuksköterskan kan hjälpa patienten till att mästra situationen genom undervisning som ger patienten kompetansen till egen medverkan i sitt sjukdomstillstånd (Tveiten, 2012). Mestring handlar också om att klara av något på egen hand tack vare tillgången till kunskap, resurser och färdighet (Tveiten, 2012). När sjuksköterskan ska hjälpa patienten att öka sin mestringskompetanse eller vidareutveckling är det viktigt att hon/han värderar patientens behov i förhållande till alla aspekter i vad har patienten för behov att utvecklas i vilka kunskaper krävs (Tveiten, 2008). Vare sig det är sjukdom, trauma eller katastrofer som drabbat patienten så leder det oftast till att patienten går in i en kris (Eide & Eide, 2008). Människor som hamnar i kris är oftast beroende av stöd av olika slag så som medmänsklig kontakt och någon som de kan dela tankar och känslor med. Sjuksköterskan kan genom bra kommunikation hjälpa patienten att bearbeta sina reaktioner och mästra sin kris (Eide & Eide, 2008).

Vi har tidigare nämnt de fyra olika faserna i en kris. Vi alvarligare sjukdomsbild kan det uppkomma nya kriser under tiden av den processen som patienten är i och det kan komplicera situationen ytterligare (Eide & Eide, 2008). De centrala principerna i empowerment tekniken är att patienten är expert på sig själv, patient medverkan och maktomfördelning. Sjuksköterskans vägledning är en tillvägagångs sätt i empowerment processen (Tveiten, 2012). Patienter som är i en situation av de känner de inte har någon kontroll ska genom empowerment processen bygga upp känslan att de är experter på sig själva och genom det kunna ta sig ur maktlösheten (Tveiten, 2012).

5.7 Kartläggning för att samtala om sexualitet

Genom vår utbildning och praktik har vi lärt oss att kartlägga patienter utifrån sjuksköterskeprocessen. Genom att kartlägga kan man finna fram till vad patienten behöver hjälp med och vilka egna resurser hon/han har. Kartläggningen/datasamling ger oss en grund för vad vi ska fokusera oss på. Tiden som vi lägger på att kartlägga/datasamling ger oss en möjlighet till att bli mera känd med patienten och även göra kliniska observationer. Travelbee skriver om det inledande mötet som handlar mycket om att observera men man bör också ställa frågor för att få en mera utförande helhetsbild (Travelbee, 2011). I kartläggningen/datasamling finns punkten närhet och sexualitet men den är oftast inte i fylld eller så står det exemplet ”är gift” ”har två söner” m.m. något som vi upplevt under vår praktik, men det blir inte riktigt för det är just sexualiteten som skall dokumenteras så detta visar på att många upplever att detta är svårt att ta upp det ämnet. Som sjuksköterska ska man aldrig kräva att patienten ska prata om sin sexualitet utan hellre ge tillåtelse till det, man kan ge patienten erbjudande om att prata om sexualiteten vid ett senare tillfälle. När man börjar prata om sexualiteten så bör frågorna vara neutrala om inte patienten själv tar upp frågan enkel ingångs frågor kan vara om patienten är gift eller singel. Det kan uppstå svårigheter i kartläggningen/datasamling om exemplet patienten är i chock fas då det många gånger kan vara så att patienten fortfarande förnekar sin situation. Man bör då man som sjuksköterska överväga om det är rätt tidpunkt för patienten att få veta något om sin sjukdom. Sjuksköterskan bör ha kunskap om krissituationens förlopp (Cullberg, 2006) Med tiden efter det inledande mötet kommer det att växa fram en förståelse från patienten, att sjuksköterskan faktiskt förstår hur patienten reagerar, tänker och känner (Travelbee, 2011).

Under vår praktik har vi mött patienter som har kommit hem och endas fått lite information om sexualitet och även på sjukhusen upplevde vi att det oftast inte gavs så mycket information de fick en broschyr med sig hem. Detta medför till att patienterna blir oroliga och få ångest för de vet inte hur de ska klara av att bemästra sin situation (Eide & Eide, 2008). För att sjuksköterskan ska ha tid att göra kartläggning och samla information på ett bra sätt och genom det komma fram till bra lösningar på hur informationen ska ges till patienten är det viktigt att man har den tiden. Efter att samhandlingsreformen (2008) upprättades så har kraven på att ligg tiden på sjukhus inte får vara så lång och detta medför att effektiviteten för vårdpersonalen har blivit strängare. Det blir då ont om tid för att kunna ge patienten den information hon/han behöver och är viktig del i vården. Studier visar på att sjuksköterskorna inte tar sig den tiden (Saunamäki et al., 2010). Och i andra studier ger patienter uttryck för att de inte får tillräcklig information (Söderberg et al., 2013). Har man gjort en bra kartläggning/datasamling är det lättare för sjuksköterskan att vet vad som är viktig information till just denna patient och kan då lättare planlägga och diskutera lägga det som är patienten tycker är viktigt (Dahl & Skaug, 2011). Detta medför till att det blir lättare för sjuksköterskan att avsätta tid till det. Patienten vet då också att de kommer att få information som är viktig för dem själva. Sjuksköterskan har som uppgift att ge omsorg och vägledning då patienten inte alltid kan ge uttryck för sin önskan och så kan vi möta patienter som kan mycket om sin sjukdom och vet precis vad det vill. Många patienter är klara över vad de vill ha för behandling och vad dressa rättigheter är. Sjuksköterskan ska tänka på patientens autonomi och basera det på att tro på människans egna resurser och rätten till att själv välja det gäller även vilken information man vill ha eller inte vill ha. Man ska respektera patientens autonome val betyder att man även respekterar patientens perspektiv och upplevelse av sin sjukdom (Kristoffersen & Nortvedt, 2012).

Det är många gånger så att vi sjuksköterskor ger mycket information i olika situationer som exemplet vis morgon ställ det är inte säkert att patienten då uppfattar detta som en viktig del av information hon/han behöver eller så kanske det inte är riktig tidpunkt att ta upp det på Sjuksköterskan dokumenterar oftast att patienten fått information men det är inte säkert att patienten har fått med sig viktigheten av informationen. Trevebee (2011) skriver om människa till människa förhållande som handlar om samtalet mellan sjuksköterskan och patienten principen är att bägge ska kunna känna att de är på samma nivå. Detta är viktigt att ha med sig när man ska samtala med patienten så att det inte blir någon form av ovanför och nedanför hållning. Genom att försöka skapa ett samtal där bägge är på samma nivå kan det lättare skapa tillit och en känsla av trygghet och samtalet blir mera ett vanligt samtal mellan människa och människa (Travelbee, 2011).

6.0 Slutsats

Vårt syfte med denna litteratur studie var att se närmare på sexualiteten hos människor som genomgått en hjärtinfarkt. Vi ville också se om det fanns något behov för information och eventuella åtgärder. Vi har sett att det finns stora förhållanden mellan sexuell funktion och hjärtsjukdomar som påverkar patienten negativt både när det gäller den mentala hälsan och livskvaliten. Både kvinnor och män upplevde sexueldysfunktion mer eller mindre. Dessa i uttryck av både psykiska och fysiska så som oro och rädsla för att drabbas av en ny hjärtinfarkt. Behovet av information visade sig att vara stor. Många gånger var det så att hjärtinfarkten upptog mycket av patientens energi och fokus och det lede oftast till att samspelet mellan patienten och partnern försämrades. Många av dessa problem kan undvikas om patienterna får god rådgivning av sjuksköterskan. Vi har sett att patienter som drabbas av hjärtinfarkt upplevde att de saknade kunskap i hur de skulle förhålla sig till sexualitet efter hjärtinfarkten. Många av patienterna fick lite eller ingen information om hur det skulle förhålla sig till sexuell aktivitet och samt eventuella problem som kunde uppkomma då. Vi har genom studierna funnit fram till att patienter som fått god rådgivning och information känner sig tryggare att återuppta sexuell aktivitet och fysisk närhet.

WHO anser att varje individ oavsett kön, kultur och sexuell läggning har rätt till den högsta möjliga hälsa i relation till sin sexualitet. Även hälsodirektoratet anser att ett bra sexuellt samliv är viktigt för individens välmående. Utifrån detta tolkar vi en av sjuksköterskan uppgift är att informera och vägleda om sexualitet för att främja hälsa.

Sjukhusvistelsen har blivit kortare bland annat på grund av samhandlingsreformen och den medicinska omvårdnaden har blivit effektivare och mera avancerad. Vi upplever att det har bidragit till att sjuksköterskan måste prioritera det som är mest akut och viktigt. Vilket i sin tur leder till att sjuksköterskorna får mindre tid till varje enskild patient. Arbetsuppgifterna har också har ökat markant då vi många gånger sett att det är överbelagt på avdelningarna. Under vår tid på praktik har vi oftast hört om att det är besparingar och tidsbrist vilket leder till mycket stress på sjukhusen.

I mycket av den forskning som vi gått igenom var den information som sjuksköterskorna ansåg viktig för patienten inte nödvändigtvis ansågs vara av central betydelse för den enskilde patienten. Personalen ansåg att det var viktigare att ge information angående mediciner som de fått på grund av sin hjärtinfarkt vi har förståelse och tycker att den informationen ska prioriteras men man får inte glömma bort sexualiteten.

Vi har under vår praktiktid sett att det oftast är flerbädds rum och då är det svårt att tala om ett så pass känsligt ämne. Även när vi själva gjorde kartläggning på patienterna under vår praktiktid fråga vi inte om sexualiteten då vi var rädda för att kränka patientens integritet. Sjuksköterskorna har kunskapen om att det finns problem med sexualiteten efter hjärtinfarkt både på grund av rädslor, ångest och farmalogiska faktorer. Men man ansåg många gånger att man inte hade tillräcklig kunskap och erfarenhet i ämnet och det led till att man undvek frågan. De som ändå vågade ta upp ämnet var äldre eller vidareutbildade sjuksköterskor. I vårt utbildningsprogram har vi inte varit inom ämnet sexologi dock har vi fått en del kunskaper inom kommunikation.

Vi anser att det i grundutbildningen ska förekomma förberedande i hur man ska samtal kring sexualitet med sina patienter det helhetliga synsättet som präglar omvårdnaden inkluderar sexualiteten.

Genom forskningen har vi fått konstaterat att sexuell dysfunktion är ett stort problem hos många patienter som drabbats av hjärtinfarkt vi tycker att sjuksköterskan ska lyfta fråga och uppmuntra till sexuell aktivitet.

Men hur ska vi kunna åstadkomma detta på ett bra sätt? Man kan börja se på vad det finns för information att tillgå för som det ser ut just nu upplever vi att det är minimal åtkomst till litteratur och informationsblad på de praktiker platser som vi varit på.

Vems ansvar är det att lyfta fram frågan är det fagsykepleien, läkaren eller är det enskilde sjuksköterskans som ensam måste söka information.

Vi tror att sexualitet måste bli ett naturligt ämne i personal gruppen att arbeta med, men vi har sett att det finns många olika barriärer hos sjuksköterskan som ligger till hinder för att kunna professionellt diskutera sexualitet med sina patienter.

Ålder och generations skillnader var av stor betydelse man ansåg att de som var äldre inte hade sex och att de som var yngre patienter var mer bekväma med att tala öppet om sin sexualitet. För att vi sjuksköterskor ska kunna förbättra kvalitet på sexuallivet bland patienter med hjärtsjukdomar anser vi att man ska få mera kunskap i olika psykologiska faktorer som till exempel oro om sin sexualitet, kroppsuppfattning och sexuella motivationsproblem.

Vi har genom denna uppgift sett hur viktigt det är att vi som sjuksköterskor använder oss av bra kommunikations sätt i möten med patienterna.

Därför har vi valt att använda oss av Travelbees människa till människa metod som kan ge oss bra förutsättningar att komma närmre patientens tankar och åsikter i hennes/hans situation. Genom att man i samtal med patienten ligger på samma nivå och utgår ifrån patientens känslor och upplevelser skapar vi goda förutsättningar för att också kunna beröra känsligare ämnen så som sexualitet. Vi som sjuksköterskor ska hjälpa patienten att bemästra sin situation och finna en mening och förståelse. Det är också viktigt att vi ser att patienten har förstått den information som de får för det är ju så att ingen information är ge för än den är förstådd. Då sjukhus tiden är så kort kan det vara så att patienten fortfarande befinner sig i chock fasen och i denna fas är inte patienten mottaglig för information.

Forskningen visar även att tiden var ett hinder i att ge information men vi anser att vi genom det ledarskap undervisning och träning vi fått på praktiken ska kunna se vad vi kan delegera vidare till andre sjukvårdspersonal då det är en viktig del att kunna fördela upp arbetsuppgifterna så att rätt man gör rätt uppgifter de har kunskapen i. Många gånger under praktiken kände vi på det med att man gärna vill vara alla till lags och det sluta med att man blev stressad och inte kunde följa upp alla trådarna.

Det är ändå viktigt att vi tar oss tiden till att ge information till patienten då de många gånger kan känna stor förvirring och oro när det kommer hem och inte har fått någon information. Det kan vara så att tiden på sjukhuset inte räcker till att gå in på djupet med detta om sexualiteten men vi anser att det borde vara lika naturligt att ge patienten en speciell informations blad som tar upp problematiken som kan uppstå i sexualiteten efter hjärtinfarkt.

Landsföreningen for hjerte- og lungesyke har produserat en broschyr som vi ansåg var väldigt bra. Genom att ha en broschyr som hjälp medel kanske vi eventuellt få patienten till att börja fundera och även ställa frågor rörande sin sexualitet.

Vi anser att det är sjuksköterskans roll att ge patienterna information om sexualitet efter hjärtinfarkt vilket styrks av de lagar och yrkesetiskariktlinjer vi ska följa.

Genom denna uppsats hoppas vi på att det kan skapa en diskussion inom sjukvården och få vårdpersonalen att bli mera uppmärksam på patientens sexuella hälsa i samband med en hjärtinfarkt. Vi anser att det finns behov för mer undervisning inom ämnet och kanske denna uppsats lockar till att fler sjuksköterskor tar upp en diskussion om ämnet som i slutändan gagnar den enskilde patientens sexliv i positiv riktning.

Vidare forskning som kan vara intressant och önskvärd är där man belyser vad som krävs för att kunna öka sjuksköterskans kunskaper i sexuellt rådgivning så att sjuksköterskan också kan leva upp till de krav som ställs enligt lagar och riktlinjer.

Literatur

*Altiok,M. & Yilmaz,M.(2011). Opinions of Individuals Who have had Myocardial Infarction About Sex. Sexuality Disability, DOI 10.1007/s11195-011-9217-5

*Cullberg, J.(2006). *Kris och utveckling* (5 utg.) Stockholm: Natur och Kultur.

Dahl, K. & Skaug,E.A.(2011).Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon i sykepleie.Kristoffersen,N.J.Nortvedt, F &Skaug, E.A (red),*Grunnleggende sykepleie bind 2*(2.utg.,kapitel 9).Oslo: Gyldendal.

Dalland, O.(2013). *Metode og oppgaveskriving* (5 utg.) Oslo: Gyldendal

Eide, H. & Eide, T. (2008). *Kommunikasjon i relasjoner*(2 utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk

*Ericsson,E.& Ericsson,T. (2012). *Medicinska sjukdomar* (4 utg.) Lund: Studentlitteratur

*Felleskatalogen. (2015) *Farmasöytiske preparater markedsført i Norge*. (57 utg).Oslo:Felleskatalogen.

Folkehelseinstituttet,(2015) *Hjerteinfarkt og annen iskemisk hjertesykdom - risikofaktorer og forebyggingse* Lokalisert Den 26.03.15 <http://www.fhi.no/artikler/?id=41609>

Folkehelseinstituttet,(2015) *Hjerte- og karsykdommer - faktaark med helsestatistikk* Lokalisert Den 26.03.15 <http://www.fhi.no/artikler/?id=70806>

Folkehelseinstituttet,(2015) *Legemiddelforbruket i Norge 2010–2014* Lokalisert den 30.04.15 <http://www.fhi.no/dokumenter/ca13bff916.pdf>

*Fugl-Meyer,K & Flug-Meyer,A (2010) Definitioner och förekomst avsexuella dysfunktioner.: Lundberg,P O & Löfgren-Mårtenson,L(red) *Sexologi* (tredje upplagan).Stockholm:Liber AB.

Haugland,T, Hansen,I & Areklett, E.(2005). Sykepleie til pasienter med hjertelidelse. H. Almås, (Red.), *Klinisk sykepleie* (3.utg.,s 410-445). Oslo: Gyldendal.

Helsodirektoratet,(2015). *Seksuell helse* Lokaliserad Den 31.03.15 på:
<https://helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid-i-kommunen/veivisere-i-lokalt-folkehelsearbeid/seksuell-helse-lokalt-folkehelsearbeid-1-folkehelsearbeid>

*Helse – og omsorgsdepartementet.(2008). Samhandlingsreformen.(St.meld.nr.47,2008-2009). Oslo:Departementet.

Helsepersonelloven LOV-1999-07-02-64.(2015) Lokaliserad Den 30.03.15

På: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>

*Hulter, B &Brattberg, A. (2010). Samtalen del i utredningen av sexuella problem.P O.Lundberg, & L Löfgren-Mårtenson.(red) *Sexologi* (3.utg.,s 274-282).Stockholm:Liber AB.

*Idehen, M (2013). *Seksualitet og livskvalitet*. (1.utg.). Köpenhavn: Munksgaard.

Oslo: Universitetsforlaget

*Ivarsson, B., Fridlund, B., & Sjöberg, T. (2010). Health professionals' views on sexual information following MI. *British Journal Of Nursing*, 19(16), 1052-1054

* Kriston, L., Günzler, C., Agyemang, A., Bengel, J., Berner, M. M. and for the SPARK Study Group (2010), Effect of Sexual Function on Health-Related Quality of Life Mediated by Depressive Symptoms in Cardiac Rehabilitation. Findings of the SPARK Project in 493 Patients. *Journal of Sexual Medicine*, 7: 2044–2055. doi: 10.1111/j.1743-6109.2010.01761.x

Kristoffersen N J (red)(2004)*Generell sykepleie*.(upplaga5) Kapittel 6.Oslo Gyldendal.

*LHL, Landsforeningen for hjerte- og lungesyke,*Hjertes i nød og lust*.(2014). Lokaliserad på
<http://lhl.no/Global/LHLs%20arbeid/Informasjonsbrosjyrer/Hjertes%20i%20lyst%20og%20n%C3%B8d.pdf> Den 17.04.15

*Lundberg, P.O.(2010) Läkemedel och sexualitet.: Lundberg,P O & Löfgren-Mårtenson,L(red) *Sexologi* (tredje upplagan).Stockholm:Liber AB.

* Lundberg, P O & Löfgren-Mårtenson, L.(Red)*Sexologi*(tredje upplagan). Stockholm: Liber AB

*Mårtensson. J, Fridlund B, Jaarsma T. (2014). *Sexrådgivning viktig vid kardiovaskulär sjukdom*. Läkartidningen. 111:CZH4 lokaliserad den 21 april 2015 på:

<http://www.lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Klinisk-oversikt/2014/12/Sexradgivning-viktig-vid-kardiovaskular-sjukdom/>

*Mæland, J,G (2006). *Helhetlig hjerterehabilitering* (2.utg). Kristiansand: HøskoleForlaget.

Mæland, J. G. (2012). *Forebyggende helsearbeid-Folkehelsearbeid i teori og praksis* (3 utg.) .Oslo: Universitetsforlaget.

*Nordin E. (2006) *Hjärtan utan gränser, till patienter som genomgått hjärtinfarkt och patienter med kärlkramp. och till deras anhöriga*.Hjärtsektionen, Medicinkliniken SU/ Östra. lokaliserad den 15.04.15 på http://www.sahlgrenska.se/upload/SU/omrade_ostra/Medicin/Svensk%20information.pdf

Nortved, M .W., Jamtvedt,G., Graverholt,B., Nordheim,L.V & Reinar, L.M.(2012). *Jobba kunnskapsbasert!* (3 utg.) Oslo Akribe.

Pasient og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63.(2004) Lokaliserad den 21 april 2015 på: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient+og>

*Persson, J. & Stagmo, M. (2008) *Kardiologi.hjärtsjukdomar hos vuxna*(6 utg).Lund: Studentlitteratur.

*Saunamäki,N, Andersson, M, Engström,M.(2010) Discussing sexuality with patients: nurses' attitudes and beliefs. *J Adv Nurs*. 2010 June; 66(6): 1308–1316 doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05260.x

*Sauer,H., Kimmel,S., Kaski, J. & Saperia, G. (2015). *Sexual activity in patients with cardiovascular disease*.UpToDate. Lokalisert den 15 April 2014 på: <http://www.uptodate.com/contents/sexual-activity-in-patients-with-cardiovascular->

[disease?source=machineLearning&search=sexual+activity+in+patients+with+heart+disease&selectedTitle=1~150§ionRank=1&anchor=H9#H9](http://www.machinelearning.org/search.html?q=sexual+activity+in+patients+with+heart+disease&selectedTitle=1~150§ionRank=1&anchor=H9#H9)

* Sexuell hälsa och Habiliteringen inom Sociala resursförvaltningen Malmö stad.(2013)
lokaliserad den 30.03.15 på

<http://malmo.se/download/18.3fee55d713e363b4b2293f/1383649099785/Samtalsunderlag+4.pdf>

Statistisk sentralbyrå.no Lokaliserad den 30.03.15 på:

<https://www.ssb.no/statistikkbanken/SelectVarVal/saveelections.asp>

*Søderberg LH, Johansen PP, Herning M, Berg SK.(2013). Women's experiences of sexual health after first-time myocardial infarction. *J Clin Nurs*. Dec;22(23-24):3532-40. doi: 10.1111/jocn.12382

Travelbee,J.(2011). *Mellommenneskelig forhold i sykepleie*.Oslo:Gyldendal

Tveiten, S. (2012). Empowerment og veiledning-sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. i Å. & Gammersvik, *Helsefremmende sykepleie-Iteori og praksis* (ss. 173-193). Bergen: Fagboksforlaget.

Tveiten, S.(2008).*Pedagogikk i sykepleiepraksis* (2 utg).Bergen: Fagboksforlaget.

*Traeen, B., & Olsen, S. (2007). Sexual dysfunction and sexual well-being in people with heart disease. *Sexual & Relationship Therapy*, 22(2), 193-208

*Westgren.N.(2010)Fysiska funktionsnedsättningar och sexualitet.: Lundberg,P O & Löfgren-Mårtenson,L(red) *Sexologi* (tredje upplagan).Stockholm:Liber AB.

*World Health Organization WHO.(2015). Defining sexual health. Lokaliserad på http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/ Den26.03.15

*World Health Organization.WHO.(2015). Sexual and reproductive health. Lokaliserad på <http://www.who.int/reproductivehealth/en/> Den 15.04.15.

NSF.(2010).Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere lokalisert den 10.04.15 på:
<https://www.nsf.no/Content/2182990/seefile>

Svensk sammanfattning

Kortare vårdtider och mer potenta läkemedel har gjort att patienter inte alltid hinner diskutera alla sina funderingar med vårdpersonal under vistelsen på sjukhuset. Det finns också attityder bland sjuksköterskor att det inte är deras jobb att prata om dessa tabubelagda ämnen, andra attityder och fördomar hos sjuksköterskan kan vara att till exempel äldre inte bedriver sexuell aktivitet eller att patienter med hjärtsjukdom har annat att tänka på än sexuell kontakt.

Varje år drabbas 15000 personer av hjärtinfarkt i Norge. Hälften av de drabbade är under 76år. Att som sjuksköterska samtala om sexualitet är inte alltid så lätt och därför inte heller prioriterat. I vårt arbete har vi genom forskning och litteratur försökt finna svar på vad patienterna önskar och vad som begränsar sjuksköterskan att ta upp ett ämne som ändå är ett så naturligt ämne. Vi har under våra olika praktiker aldrig upplevt att samtal kring sexualitet blivit belyst, och frågade oss själva om det kanske inte var en så viktigt att diskutera den typen av frågor. Genom vårt arbete har vi genom gällande forskning funnit ut att det visst är en viktig fråga som absolut borde få mer fokus på norska sjukhus och därmed gynna patienterna och deras partner till att få ett rikare liv.

Engelsk sammanfattning

Shorter hospital stays and more potent drugs have resulted in patients not always having the opportunity to discuss all of their concerns with health professionals during their hospital stay. In addition, there is an attitude among some nurses that it is not their job to talk about these taboo subjects. Other attitudes and prejudices of the nurse can also prevent this topic from being discussed. A couple of these attitudes can be that older people are not engaged in sexual activity, or that patients with heart disease have other things to think about than their sexuality.

Every year 15,000 people suffer from heart attacks in Norway. Half of the victims are under 76 years old. As a nurse, talking about sexuality is not always easy and therefore not a priority. Through research and literature we have tried to find answers as to what patients want as well as what prevents nurses from discussing such a natural subject. Throughout our various clinical periods we never experienced a situation where sexuality was a topic of discussion. This caused us to wonder whether or not it was an important topic to discuss with patients. By using existing research, we have discovered that sexuality is an important issue among heart patients, and an issue we feel should get more attention in Norwegian hospitals. Doing so would benefit and enrich the lives of both the patient and their partner.

Pico bilaga 1

P Patient/problem	I Tilltag	C Jämföra tilltag	O Utfall
<p>Personer över 18 år</p> <p>Som haft hjärtinfarkt. eller en</p> <p>Hjärtsjukdom.</p> <p>Sexuell dysfunktion.</p>	<p>Alla förekommande</p> <p>Hur sjuksköterkan kan skapa en dialog vägledning</p>		<p>Hur påverkas samlevnaden och sexualiteten hos personer med hjärtsjukdomar.</p> <p>.</p>
<p>Mesh ord</p>			
<p>Myocardial infarction</p> <p>Heart disease</p> <p>Nursing</p>			<p>Sexual</p> <p>Sexual problems</p> <p>Sexuality</p> <p>Sexual dysfunction.</p> <p>Information</p> <p>Quality of life</p> <p>Attitudes</p> <p>Education</p> <p>coexistence</p>