



Fakultet for helse og sosialvitenskap

Campus Elverum

Julie K. Arnestuen & Nina Halvarsson

Bacheloroppgave i sykepleie:

Seksualitet:

Mellom sykepleierens oppfatning og pasientens forventning.

Sexuality:

Between the nurses' perception and the patients' expectation.

BASY 2015

2018

Veileder: Merete Furnes

Antall ord: 12559

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA NEI

SAMMENDRAG

Tittel:

“Seksualitet: Mellom sykepleierens oppfatning og pasientens forventning”.

"Sexuality: Between the nurses' perception and the patients' expectation".

Problemstilling:

“Sykepleiere snakker ikke med hjertesyke pasienter i sykehus om seksualitet”.

Hensikt:

Hjerte- og karsykdommer samlet sett innebærer flest dødsfall i alle aldersgrupper. På tross av dette er dødeligheten tilknyttet disse sykdommene kraftig redusert. Dette medfører at flere pasienter overlever og lever lenger med sin hjertesykdom. Seksuell helse er i større grad integrert i den generelle helsen. Dette stiller krav om imøtekommelse fra helsepersonell. Vi ønsker derfor å utforske om sykepleiere snakker med hjertesyke pasienter om seksualitet.

Metode:

Oppgaven er en litteraturstudie, basert på selvvalgt litteratur, fag- og forskningsartikler samt pensumlitteratur fra vår treårige sykepleierutdanning.

Funn:

Vi har funnet forskningsartikler som både belyser sykepleierens oppfatninger og pasientens forventninger til en samtale om seksualitet. Artikkelen belyser også hva som vanskeliggjør denne samtalen og hvordan pasientene opplever seksualitet i forbindelse med hjertesykdom.

Konklusjon:

Om sykepleieren snakker med pasienten om seksualitet synes å være avhengig av opplevd ansvarsfølelse for å ta opp temaet, samt egne holdninger i møtet med pasienten. Pasientene forventer klar, tydelig og individuell informasjon om seksualitet fra helsepersonell. Ulike opplevde barrierer blant sykepleiere og pasienter står likevel i veien for en slik samtale. På bakgrunn av dette kan det virke som om seksualitet ligger i området mellom sykepleierens oppfatning og pasientens forventning.

Snakk om kraft!

Du har kjent den hele livet.

Kraften som får blodet til å bruse og suse.

Kraften som får huden til å rødme eller blekne.

Du kjente den som barn. Da du fantaserte om å la hånda stryke over den nydelige nakken til han som satt på pulten foran deg.

Du kjente den som ungdom. Da du tegnet forte og forbudte tegninger på naboens husvegg i høstmørket.

Du kjente den da du for aller første gang lå hud mot hud og pust mot pust med et annet menneske, og var veldig lykkelig og veldig engstelig på samme tid.

Vi kjenner den gjennom hele livet.

Kraften vi kaller seksualitet.

Bent Høie i *strategi for seksuell helse*,
Helse- og omsorgsdepartementet, 2016

Innholdsfortegnelse

Sammendrag

1. Innledning	5
1.1 Bakgrunn og formål	5
1.2 Problemstilling	6
1.3 Avgrensing	6
1.4 Begrepsavklaring	7
1.5 Disposisjon	7
2. Teori	8
2.1 Sykepleieteori	8
2.2 Sykepleiefunksjon	9
2.3 Hjertesykdom og seksualitet	9
2.3.1 Hjerte og hjertesykdom	9
2.3.2 Seksualitet	10
2.4 Kommunikasjon	11
3. Metode	12
3.1 Søkestrategi	12
3.2 Kildekritikk	14
3.2.1 Analyse	16
4. Funn	17
5. Drøfting	24
5.1 Sykepleierens oppfatning	24
5.2 Pasientenes forventninger og opplevelser	29
5.3 Barrierer	33
6. Konklusjon	38

Referanseliste

<i>Vedlegg 1: Søkehistorikk</i>	1-4
<i>Vedlegg 2: Samleskjema</i>	1-7

1. Innledning

I dagens samfunn er seksuell helse i større grad integrert i folks generelle helse, dette innebærer for oss som arbeider i helse- og omsorgstjenesten også krav om at vi imøtekommer dette. I sin strategi for seksuell helse, påpeker Helse- og omsorgsdepartementet (2016, s. 10) at tilgang til informasjon og veiledning knyttet til seksuelle problemer ofte er mangelfull, noe de anser som en viktig utfordring. Seksualitet er ansett som privat og vanskelig å snakke om. Hvordan forholder vi oss som sykepleiere til pasientens seksualitet og vil hyppigere tematisering bidra til at det blir lettere å snakke om? I etterkant av en rekke sykdommer, deriblant hjerte- og karsykdom, er seksualitet et relevant tema som berøres (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 45).

I 2012 ble 66 029 pasienter i Norge diagnostisert med iskemisk hjertesykdom, hvilket inkluderer hjerteinfarkt eller hjertekrampe. Av disse var det 26 102 pasienter som fikk dette som hoveddiagnose (Sakshaug, Selmer & Graff-Iversen, 2015). Sakshaug et al. (2015) påpeker at overvekten av de som rammes er menn frem til 80 års alderen, først da utjevnes forskjellen og kvinnene dominerer fra 90-årene og oppover. I 2013 var det 5975 menn og 7035 kvinner som døde av hjerte- og karsykdom i Norge. Det er en betraktelig nedgang i antall dødsfall fra år 2000 hvor 8659 menn og 9532 kvinner døde. Samlet sett er det likevel denne sykdomsgruppen som fører til flest dødsfall når man inkluderer alle aldre. Dødeligheten er kraftig redusert i løpet av de siste 40 årene og antallet overlevende ligger på 99 prosent for pasienter under 50 år og 97 prosent for pasienter mellom 50-70 år (Sakshaug et al., 2015).

1.1 Bakgrunn og formål

Vi ønsker med denne oppgaven å utforske om sykepleiere snakker med hjertesyke pasienter om seksualitet og hva som eventuelt vanskeliggjør samtalen. Vi ønsker å utforske dette på bakgrunn av at den teoretiske delen av utdanningen har hatt lite fokus på seksualitet, samt egen praksiserfaring hvor dette fikk lite fokus. Vi opplevde at pasienter ikke fikk svar på sine bekymringer knyttet til seksualitet. Mens sykepleieren ga legen ansvaret for å besvare slike spørsmål ga legen det tilbake til sykepleier. På tross av at seksualitet er et eget punkt i kartleggingen, har vi sett at dokumentasjon på dette punktet er fraværende. Vi har et håp om

at oppgaven kan bidra til at hjertesyke pasienters seksualitet får økt fokus. I tillegg ønsker vi å belyse hvilke hindringer som ligger til grunn, og på denne måten bidra til en økt forståelse.

1.2 Problemstilling

Vi har ikke valgt en tradisjonell problemstilling, men en påstand med bakgrunn i egen praksiserfaring. Vi er oppmerksomme på at en påstand kan fremstå som noe forutinntatt, men vårt ønske er å utforske hva som faktisk er realiteten. Med utgangspunkt i dette ønsker vi å undersøke påstanden:

“Sykepleiere snakker ikke med hjertesyke pasienter i sykehus om seksualitet”

1.3 Avgrensning

På bakgrunn av funn i forskningen og egne praksiserfaringer har vi valgt å avgrense oppgaven til å omhandle sykepleie, seksualitet, hjertesykdom og kommunikasjon. I søk etter relevante forskningsartikler har vi ikke satt noen begrensninger i forhold til sykepleierne. Dette innebærer at studiene som er benyttet inkluderer helsepersonell, sykepleiere og spesialsykepleiere med ulik arbeidserfaring og arbeidsplass. I forhold til pasienter, har vi valgt å inkludere begge kjønn i alle aldre. Pasientene er diagnostisert med koronar hjertesykdom, kardiovaskulær sykdom, kronisk hjertesvikt, hjerteinfarkt og iskemisk hjertesykdom. Vi har valgt å ekskludere pårørendes rolle og behov, samt andre påvirkningsfaktorer, selv om dette kan være viktige faktorer for hjertesykes seksualitet. Blant påvirkningsfaktorer har vi ikke valgt å ta med eventuelle medikamentelle bivirkninger, påvirkninger av behandling eller tilstedeværelsen av andre sykdommer. I oppgaven blir seksuell rådgivning vekselvis omtalt som informasjon, veiledning og rådgivning.

1.4 Begrepsavklaring

Egenomsorgskrav defineres som “konkrete handlinger som til enhver tid må utføres for å møte egenomsorgsbehovene...” (Kristoffersen, 2011a, s. 232).

Egenomsorgskapasitet defineres som “... personens egen evne til å identifisere terapeutiske egenomsorgskrav, ta beslutninger om handlinger og utføre handlingene” (Kristoffersen, 2011a, s. 234).

Krisereaksjoner defineres som “...livssituasjoner hvor grunnlaget for vårt liv rystes og vakler” (Cullberg, 1994, s. 128).

1.5 Disposisjon

Vi har valgt å dele oppgaven inn i seks kapitler: Innledning, teori, metode, funn, drøfting og konklusjon, med tilhørende underkapitler. Drøftingen blir oppgavens hovedfokus. Denne har vi valgt å dele inn i tre underkapitler på bakgrunn av hovedfunn fra forskning og for å gjøre drøftingen mer oversiktlig. Når vi velger å trekke inn egne praksiserfaringer er vi også bevisste på at pasient og praksissted anonymiseres. Vi har ikke foretatt egne undersøkelser i denne bacheloroppgaven og vi har benyttet APA-standardten etter Høgskolen i Innlandets retningslinjer for referansehenvisning.

2. Teori

Vi har i dette kapittelet valgt å først presentere sykepleieteori og sykepleierens funksjoner. Deretter presenteres hjertesykdom og seksualitet, samt viktigheten av god kommunikasjon som verktøy. Dette for å gi leseren en bakgrunnsforståelse for det som presenteres og drøftes senere i oppgaven.

2.1 Sykepleieteori

Vi har i vår oppgave valgt å støtte oss på Dorothea Orem's sykepleieteori. Sykepleie beskrives av Orem som en profesjon og hun understreker viktigheten av utdanning. Målet med sykepleien er fremming av normal funksjon, utvikling, helse og velvære. Hun betrakter mennesket som unikt, med særegne evner, og med et ønske om å ivareta seg selv. Videre har hun stor tiltro til menneskets ressurser og muligheter for utvikling, hvor læringsevne og bruk av kunnskap er sentralt i gjennomførelsen av egenomsorg (Kristoffersen, 2011a, s. 228-229). Kristoffersen (2011a) definerer Orem's egenomsorg som "...de handlinger som et menneske tar initiativ til og utfører på egne vegne for å opprettholde liv, helse og velvære" (s. 228).

For at egenomsorg skal opprettholdes viser Orem til ulike typer egenomsorgsbehov, hvor alle stiller ulike krav til handling. Hun anser egenomsorgsbehovene som mål. Disse målene stiller krav til konkrete handlinger og kapasitet for gjennomførelse. Ved ubalanse mellom egenomsorgskapasitet og egenomsorgskrav oppstår behovet for sykepleie. Sykepleieren vil da ha en erstattende rolle i vurderinger og handlinger for å dekke pasientens egenomsorgsbehov. I følge Orem må et menneske-til-menneske forhold her være tilstede mellom pasient og sykepleier for at sykepleieren skal kunne hjelpe. Dette kontakt forholdet er ikke et mål, men rettet mot ivaretagelsen av egenomsorgsbehovene (Kristoffersen, 2011a, s. 235).

For å hjelpe pasienten i møtet med egenomsorgskravene benytter sykepleieren seg av sin egen sykepleierkapasitet. Denne omhandler ferdigheter, kunnskaper og verdier som sykepleier benytter til pasientens fordel (Kristoffersen, 2011a, s. 235). Sykepleieren benytter også ulike sykepleiesystemer. Graden av svikt avgjør hjelpebehovet og systemet velges ut fra det helt eller delvis kompenserende, eller det støttende og undervisende. I tillegg kan sykepleieren ifølge Orem møte pasientenes egenomsorgskrav ved å benytte fem generelle hjelpemetoder. Disse omhandler å gjøre noe for en annen, veiledning og rettledning, fysisk og psykisk støtte,

samt fremming av omgivelser for utvikling og undervisning. Hvilke metoder som er aktuelle avhenger av pasientens egenomsorgskapasitet (Kristoffersen, 2011a, s. 236-239).

2.2 Sykepleiefunksjon

Ledende for sykepleien som utøves er de ulike funksjonsområdene det arbeides innenfor. Hvilke av de ulike sykepleiefunksjonene som vil gjøre seg gjeldende avhenger blant annet av tid og ulike situasjoner. I tillegg til dette avhenger også sykepleiefunksjonen av hvilken målgruppe det arbeides med (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011, s. 28).

I følge Kristoffersen et al. (2011, s. 17) identifiseres ulike funksjonsområder innen sykepleien. Områdene som nevnes er helsefremming og forebygging, behandling, lindring, rehabilitering og habilitering, undervisning og veiledning, administrering og organisering, samt fagutvikling og kvalitetssikring (Kristoffersen et al., 2011, s. 17). Selv om de ulike funksjonene kan fremstå som avgrenset fra hverandre er det viktig at de sees som en helhet (Kristoffersen et al., 2011, s. 28).

2.3 Hjertesykdom og seksualitet

I dette kapittelet har vi valgt å først beskrive hjertets normale funksjon før vi gir en generell beskrivelse av hjerte- og karsykdommer. Vi vil deretter ta for oss seksualitet og hvordan hjertesykdom påvirkes av dette.

2.3.1 Hjerte og hjertesykdom

Hjertet avhenger av et nøye samspill mellom høyre og venstre hjertehalvdel, og er det organet som pumper oksygenrikt blod ut i åresystemet (Nicolaysen, Leergaard, Berg & Inngjerdingen, 2014, s. 160-161). Hvor fort hjertet slår, også kalt hjertefrekvensen, avhenger av flere faktorer. Kvinner har normalt en høyere frekvens enn menn, men den påvirkes også av alder og fysisk belastning (Sand, Sjaastad, Haug & Bjålie, 2006, s. 281).

Hovedandelen av hjerteveggen består av hjertemuskulatur. Denne muskulaturen er tykkere på venstre side av hjertet, som også er den siden som forsyner kroppen med oksygenrikt blod

(Sand et al., 2006, s. 272-274). Den totale mengden blod som pumpes ut i løpet av ett minutt kalles hjertets minuttvolum. Voksne mennesker har et blodvolum på omtrent 5 liter. Denne mengden bruker omkring ett minutt på å sirkulere i åresystemet ved hvile, men ved fysisk aktivitet kan mengden økes til 25-30 liter per minutt (Sand et al., 2006, s. 281).

Hjertemuskulaturen jobber uavbrutt gjennom livet og intensiteten tilpasses etter aktiviteten. Som andre organer har hjertet også behov for blodtilførsel. Den får dette gjennom kransårer som forsyner hjertemuskulaturen med blod. Ved økt aktivitet, øker også hjertets etterspørsel etter oksygenrikt blod (Nicolaysen et al., 2014, s. 165-166). Dersom oksygentilførselen til hjertemuskulaturen opphører i 30 sekunder, vil dette kunne medføre at muskulaturen slutter å trekke seg sammen, slik at pumpefunksjonen blir redusert (Sand et al., 2006, s. 252).

Mange av dagens hjertesykdommer skyldes iskemi hvilket innebærer utilstrekkelig oksygentilførsel til hjertets muskulatur. Dette kan gi trykkende smerter i brystregionen som kan stråle ut i venstre arm og skulder. Iskemi oppstår ved at årene som forsyner hjertet gradvis tilstoppes av plakk. Løser plakket vil dette kunne tilstoppe åren helt og oksygentilførselen opphører. Vedvarende oksygenmangel vil kunne medføre at hjertemuskulatur dør og pasienten får et hjerteinfarkt (Nicolaysen et al., 2014, s. 165-168). Dersom mye hjertemuskulatur dør eller skades etter et eller flere hjerteinfarkt vil det kunne medføre hjertesvikt (Kjeldsen, Ingvaldsen, Buanes & Røise, 2009, s. 47).

2.3.2 Seksualitet

I følge Helse- og omsorgsdepartementet (2016) defineres seksuell helse som "...fysisk, mental og sosial velvære relatert til seksualitet. God seksuell helse er en ressurs og beskyttelsesfaktor som fremmer livskvalitet og mestringsferdigheter. Seksualitet omfatter følelser, tanker og handlinger, i tillegg til det fysiologiske og fysiske" (s. 7). Seksualitet er som nevnt et bredspektret begrep som blant annet omhandler følelser, tanker og handlinger. I tillegg omhandler det samleie, kyssing og onanering, men også det å flørte, kle seg forførende, samt dating (Gamnes, 2011, s. 72). Seksualitet er en grunnleggende del av vårt selvbilde og å få bekreftet sin seksualitet er et allmennmenneskelig behov (Jerpseth, 2010, s. 24)

Det å definere et så sammensatt begrep kan i dag være vanskelig. Seksualitet kan derfor innebære konflikt for mange. I tillegg til intimitet og identitet opplever mange også skam og skyld (Jerpseth, 2010, s. 24). Ifølge Gamnes (2011, s. 73) kan vi snakke om seksualitetens

seks R-er. Disse omfatter relasjon, respekt, relaksasjon, rekreasjon, rehabilitering og reproduksjon. Seksualiteten forandrer seg gjennom hele livet og er en viktig del av en persons identitet. Dette medfører derfor store individuelle forskjeller hos den enkelte (Gamnes, 2011, s. 74-75). I følge Helse- og omsorgsdepartementet er også seksualitet og generell helsetilstand nært forbundet med hverandre, hvor påvirkningen enten kan være positiv eller negativ (2016, s. 7).

Hjertesykdom vil kunne påvirke seksualiteten på bakgrunn av frykt, stress og manglende kunnskap hos pasienten (Eikeland, Haugland & Stubberud, 2010, s. 233). Å gjenoppta seksuell aktivitet etter gjennomgått hjertesykdom anses ofte som mer bekymringsfullt i forhold til andre aktiviteter (Gamnes, 2011, s. 95). Seksuell aktivitet medfører en økt hjertefrekvens på omkring 140-180 slag per minutt, samt en økning i blodtrykk og respirasjonsfrekvens. Dette innebærer en moderat og kortvarig økning i oksygenbehov (Sauer & Kimmel, 2018, avsnitt 1). På grunn av dette bekymrer mange seg for å gjenoppta seksuell aktivitet. Det er derfor ikke uvanlig at disse bekymringene forårsaker forstyrrelser i seksuell funksjon (Sauer & Kimmel, 2018, avsnitt 4).

2.4 Kommunikasjon

Kommunikasjon foregår ved at to eller flere involverte parter utveksler tegn og signaler som senere fortolkes til informasjon (Eide & Eide, 2007, s. 17). Dette foregår enten via ordlyd, som er den verbale kommunikasjonen, eller via kroppsspråk som er den nonverbale (Eide & Eide, 2007, s. 17). Fortolkningen av informasjon vil være individuell (Eide & Eide, 2007, s. 18). I sykepleierrollen kommuniserer vi som yrkesutøvere, ikke som privatpersoner. Dette innebærer forventninger fra mottakeren om at en har en faglig kompetanse som kan være til hjelp i gitte situasjoner. I tillegg er formålet med profesjonell kommunikasjon å fremme og å gjenopprette helse, forebygge sykdom og lindre lidelse (Eide & Eide, 2007, s. 18).

Sykepleiere møter gjerne pasienter i forbindelse med en eller annen endring i livssituasjonen og ofte ved sykdom. Slike endringer oppfattes gjerne av den rammede som en krise og de opplever omverdenen som utrygg, lite forutsigbar og annerledes (Eide & Eide, 2007, s. 166). Det er viktig å merke seg at pasienter med krisereaksjoner ofte har behov for gjentagende informasjon fordi tankeevnen er redusert slik at informasjon som blir gitt bare oppfattes halvveis (Eide & Eide, 2007, s. 178). Når man kommuniserer med pasienter i en

krisesituasjon er det viktig å vite at god kommunikasjon kan bidra til at pasienten mestrer sykdom bedre. Informasjon om sykdom og behandling kan bidra til at pasienten opplever situasjonen som mer forståelig og forutsigbar (Eide & Eide, 2007, s. 166).

Eide & Eide (2007, s. 21) trekker frem noen punkter som de mener kan bidra til god kommunikasjon. Disse omfatter blant annet å lytte, å observere og fortolke signaler, å skape relasjoner, å formidle tydelig informasjon, å møte andres behov og ønsker, å stimulere ressurser og muligheter, å strukturere samtalen, å skape alternative perspektiver og handlingsvalg, samt å være åpen for vanskelige spørsmål. Dette i tillegg til å samarbeide om gode løsninger (Eide & Eide, 2007, s. 21).

3. Metode

I følge Dalland (2012, s. 112) er metoden det redskapet som hjelper oss i innsamlingen av informasjonen vi trenger. I henhold til retningslinjene fra Høgskolen i Innlandet er metodevalget for oppgaven allerede satt til å være en litteraturstudie. Dette innebærer at vi i oppgaven har systematisk søkt etter og fortløpende vurdert relevant litteratur for å besvare problemstillingen. Vi har også valgt å benytte faglitteratur fra tidligere pensumlister. Metodekapittelet har som hensikt å vise hvordan vi har arbeidet og hvordan vi har vurdert inkluderte kilder (Dalland, 2012, s. 111). Det skilles i hovedsak mellom to ulike metoder: Kvalitative og kvantitative. De kvalitative metodene har som hensikt å beskrive opplevelser eller meninger som ikke kan måles med tall. På den andre siden har de kvantitative metodene som mål å presentere data som målbare enheter (Dalland, 2012, s. 112).

3.1 Søkestrategi

I forkant av litteratursøket ønsket vi å finne ut hvilket kjernesporsmål vår problemstilling omhandlet. På bakgrunn av dette fant vi ut at kunnskapen vi søker hovedsakelig dreier seg om erfaringer og holdninger. Dersom man skal søke og finne relevant litteratur til dette er kvalitative metoder foretrukket som studiedesign (Helsebiblioteket, 2016a).

Vi har i vår oppgave valgt å ta utgangspunkt i anbefalte databaser fra Høgskolen i Innlandet som Oria og Cochrane. Vi har også gjennomført søk i Cinahl og SveMed+, men fikk ingen treff som var relevante for vår problemstilling.

Med bakgrunn i problemstillingen, fant vi i forkant av litteratursøket relevante søkeord ved hjelp av et pico-skjema. Dette medførte at vi kom frem til søkeord som vi benyttet i kombinasjon med hjelp av den boolske operatoren “AND”. Hvordan vi kom frem til de ulike artiklene er presentert i vedlegg 1, hvor vi har satt opp søkehistorikken. Under begrensninger valgte vi hvilke emner treffene skulle være relatert til, noe vi gjorde opp til tre ganger per søk i Oria. Etter noen søk benyttet vi også trunkering (*) ved flere anledninger da dette muliggjorde flere søketreff (Helsebiblioteket, 2016b). Søkeordene som ble brukt var; nurs*, heart*, sex*, information, sexuality, (nursing care) og (sexual counseling). I benyttelsen av pico-skjemaet har vi kun benyttet oss av P (population) og I (intervention). Dette fordi vi ikke ønsker å sammenligne ulike typer tiltak (C - comparison) eller hvilke utfall (O - outcome) disse vil medføre (Helsebiblioteket, 2016d). Vi fant en lenke til terminologidatabasen for mesh termer på helsebiblioteket som vi benyttet oss av i pico-skjemaet (Helsebiblioteket, 2018).

P (Population)	I (Intervention)	C (Comparison)	O (Outcome)
Sykepleiere Hjertesyke pasienter	Informasjon om seksualitet Seksuell rådgivning		
<u>Mesh:</u> Nurses Nursing care (Sykepleiere) Heart diseases (Hjertesykdommer) Nursing (sykepleie)	<u>Mesh:</u> Information (Informasjon) Sexuality (Seksualitet) Sexual counseling (Seksuell rådgivning)		

For å velge ut litteratur leste vi gjennom artiklenes overskrifter og abstrakt for å bedømme relevans i forhold til problemstillingen. I utvelgelsen av aktuell litteratur har vi satt noen

inklusions- og eksklusjonskriterier. Inklusjonskriteriene stiller krav om at artikkelen har et bestemt innhold, i dette tilfellet relevans for problemstillingen (Malt, 2014). Vi begynte med å inkludere artikler som var maksimalt fem år gamle, 2012-2018. Etter å ha gjennomgått aktuell litteratur innenfor denne begrensningen så vi oss nødt til å utvide søket til artikler som var opptil åtte år gamle, 2010-2018. Dette grunnet manglende eller lite aktuelle treff. Vi har kun inkludert fagfellevurderte artikler, da vi i hovedsak har funnet enkeltstudier. Fagfellevurderte artikler er kvalitetssikret av eksperter innenfor et bestemt fag i forkant av publisering (Svartdal, 2014). Siden bruk av enkeltstudier stiller høyere krav til kritisk vurdering, blir dette omtalt senere. Vi har kun inkludert artikler med aktuelle ord fra pico-skjema. Vi har også valgt å kun inkludere artikler fra vest-europeiske land for at disse skal være mest mulig representative for vår oppgave. Artikkelen som er inkludert er enten skrevet på engelsk eller norsk, samt at de har relevans for sykepleiefaget. På bakgrunn av dette har vi valgt å utelate alle artikler som ikke samsvarer med inklusjonskriteriene.

Ved bruk av artikkelen har vi også foretatt et søk i Google Scholar for å se hvor mange ganger artikkelen har blitt sitert. Dette for å undersøke om artikkelen har blitt sitert i nyere tid og slik styrke artikkelens relevans på tross av alder. I søkingen etter fagstoff fant vi også to relevante artikler ved hjelp av "snowballing". Dette ble introdusert på forelesning som en supplerende søkestrategi, hvor man finner aktuelle artikler gjennom referanselisten til andre artikler.

3.2 Kildekritikk

Kildekritikk omfatter metoder som avdekker kildens sannhet. Hensikten er at leseren ser refleksjonene vi har gjort oss rundt relevansen litteraturen har for problemstillingen, samt at det viser hvordan kildene har blitt vurdert (Dalland, 2012, s. 72).

Databasen vi i hovedsak har benyttet er Oria og hovedandelen av forskningen vi har funnet er enkeltstudier. I følge kunnskapspyramiden befinner disse seg helt nederst og det må derfor stilles strenge krav til kvalitetssikring (Helsebiblioteket, 2016c). Vi har også valgt å benytte en oversiktsartikkel fra Cochrane. Denne databasen befinner seg et steg lenger opp i kunnskapspyramiden (Helsebiblioteket, 2016c). Annen litteratur som er benyttet i oppgaven omfatter blant annet pensumlitteratur, offentlige kilder og anerkjente oppslagsverk. I følge Dalland (2012, s. 71) ligger disse høyt opp i kildehierarkiet.

For å sikre at den anvendte forskningen er av tilstrekkelig kvalitet har vi hatt stort fokus på kritisk vurdering. I denne vurderingen har vi benyttet sjekklister fra folkehelseinstituttet tilpasset artikkelens studiedesign (Folkehelseinstituttet, 2014). De aktuelle sjekklisene for våre artikler var sjekklister for kvalitative artikler, prevalensstudier og oversiktsartikler. I tillegg har vi undersøkt om artiklene har benyttet IMRaD-struktur da dette er den vanligste måten å bygge opp vitenskapelige artikler på (Dalland, 2012, s. 79).

Vi har etter beste evne og nåværende kunnskapsnivå forsøkt å besvare alle punkter på sjekklisene. Vi ser allikevel at dette kan medføre noen svakheter i den kritiske vurderingen som vil kunne påvirke kvalitetssikringen når ikke alle punkter kan besvares. Spesielt utfordrende var det å svare på spørsmål relatert til standardisering av dataanalyse og om respondenter skilte seg fra ikke-respondenter. En annen svakhet i vurderingsprosessen er at alle artikler, med unntak av én, er på engelsk. Dette kan ha påvirket vår tolkning av materialet. I tillegg til dette er det kun to av de inkluderte artiklene som er fra nordiske land. I vurderingen av fagartiklene har vi ikke kunnet benytte sjekklister. Fagartiklene har heller ikke en IMRaD-struktur, noe som gjorde vurderingen av disse vanskelig. Vi ser likevel at den ene er publisert av anerkjente forfattere innenfor tematikken og at den har blitt sitert 10 ganger i Google Scholar. Den andre artikkelen er fra tidsskriftet *Sykepleien* som vi anser å være en trygg kunnskapskilde.

Siden noen punkter på sjekklisene ikke kunne besvares, har vi undersøkt hvor artiklene er publisert. Artiklene er publisert i følgende tidsskrifter: *Asian Journal of Andrology*, *European Journal of Cardiovascular Nursing*, *Journal of Cardiovascular Nursing*, *Clinical Nursing Research*, *Journal of Clinical Nursing* og *Sykepleien*. Vitenskapelige tidsskrift har streng kvalitetssikring av artikler som publiseres (Dalland, 2012, s. 78).

Alle de vitenskapelige artiklene vi har benyttet i oppgaven er enten i tråd med Helsinkideklarasjonen, blitt godkjent av en etisk komité eller ansett til å ikke trenge etisk godkjenning. Helsinkideklarasjonen har som hensikt å beskytte pasienter ved biomedisinsk forskning (Molven, 2013) og en etisk komité skal ivareta både enkeltpersonens og samfunnets interesse (Dalland, 2012, s. 98). Det fremkommer i alle artiklene at deltakelsen har blitt gjort på bakgrunn av et frivillig og informert samtykke. Pasientene i studiene har også blitt anonymisert.

Selv om vi i hovedsak var på utkikk etter kvalitativ forskning, har vi også valgt å inkludere noen kvantitative studier da dette forteller oss noe om forekomst og årsak (Helsebiblioteket, 2016a). Et av punktene på sjekklisten for prevalensstudier som vi har stilt oss kritiske til er blant annet den lave responsraten. Selv om dette kan innebære en svakhet for studiene, må det også sees i sammenheng med temaet som undersøkes. Siden dette er gjennomgående for flere av studiene, har vi derfor valgt å ikke utelukke de med lav responsrate nettopp på grunn av temaets sensitivitet.

Vi har søkt forskning som representerer sykepleiere som yrkesgruppe, samt at vi ønsket å undersøke pasientenes opplevelser. Vi er oppmerksomme på at flere av artiklene tar utgangspunkt i sykepleiere med spesialutdanning, men vi anser likevel artiklene som relevante for å besvare problemstillingen. Dette fordi kunnskapen til spesialutdannede sykepleiere vil kunne tenkes å ha overføringsverdi til sykepleiere med grunnutdanning. Dette siden kommunikasjon anses som en grunnleggende ferdighet sykepleieren bør inneha ved endt 3-årig utdanning (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 26). Vi har i løpet av prosessen gått fra 15 til 9 artikler. Alle artiklene gikk gjennom den kritiske vurderingen, men seks artikler ble likevel utelukket på bakgrunn av svak eller uklar relevans for problemstillingen.

3.2.1 Analyse

I følge Dalland (2012) er en analyse "... et granskningsarbeid der utfordringen ligger i å finne ut hva materialet har å fortelle" (s. 144). I gjennomgangen av datamaterialet har begge forfatterne lest alle artiklene. Vi anser dette som en styrke siden begge på denne måten sitter på samme informasjon og at tolkningen blir mest mulig korrekt. I tillegg til dette har materialet blitt analysert i fellesskap hvor vi fant tre ulike temaer som gikk igjen. Måten vi kom frem til disse på var å lese hva de ulike artiklene handlet om, for så å se om dette gikk igjen i andre artikler. Vi har på bakgrunn av dette sammenfattet og kategorisert artiklene etter relevans for problemstilling. De tre kategoriene er 1: sykepleierens oppfatning, 2: pasientens forventning og opplevelse og 3: barrierer. Dette fremkommer i samleskjema, vedlegg nummer 2. Siden samleskjemaet er et hjelpemiddel for å få bedre oversikt for oss som forfattere, er utvalg, hensikt, funn og konklusjon direkte oversatt.

4. Funn

I dette kapittelet presenterer vi funn fra de artiklene vi mener kan bidra til å belyse problemstillingen vår. De er presentert i samme rekkefølge her som i samleskjema og i søkehistorikken (vedlegg 1 og 2). Vi har valgt å gjengi sitater fra artiklene i drøftingskapittelet, så her er det utelukkende funn som presenteres.

Sexual Counseling and cardiovascular disease: Practical approaches

Fagartikkelen til Steinke og Jaarsma (2014) fremkommer blant annet viktigheten av at helsepersonell tar opp seksualitet med hjertepasientene. De påpeker at innsikt i sykdomstilstand og ulike rådgivningsstrategier kan være hjelpelig når temaet skal tas opp. Rådgivningen burde forekomme gjentatte ganger. Steinke og Jaarsma (2014) mener at pasientene forventer at helsepersonell skal spør om seksualitet slik at de ikke trenger å gjøre dette selv, dette forutsetter at helsepersonell er komfortable med temaet. Ansvaret for å ta opp seksualitet inkluderer sykepleiere, likevel påpekes helsepersonells vegring for å ta opp tema. Tilnærming til tema avhenger blant annet av personlighet, profesjon og situasjon. Steinke og Jaarsma (2014) trekker frem at seksualitet både kan oppfattes som privat og tabu. Arbeidsmiljøet kan også påvirke helsepersonells trygghet for å snakke om seksualitet og mangel på retningslinjer forekommer ofte. Forfatterens erfaring er at god kommunikasjon kan redusere angst og frykt for seksuell aktivitet. Informasjonen bør inneholde hvordan pasientene skal gå frem i tillegg til når de kan gjenoppta seksuell aktivitet (Steinke & Jaarsma, 2014).

Sexuality of patient with cronic heart failure and their spouses and the need for infomation regarding sexuality

Hovedfunnene i studien til Geert van Driel, Jef de Hosson og Gamel (2014) er *hvordan seksualiteten påvirkes og behovet for informasjon*. De fant i sin studie at 76 prosent av pasientene hadde få eller ingen problemer knyttet til intimitet. Likevel følte 22 prosent seg mindre nær sin partner. Etter diagnostisering av hjertesvikt oppga 61 prosent liten til ingen forstyrrelse i sin seksuelle interesse, mens 27 prosent opplevde et betydelig tap. Kun 12 prosent opplevde et fravær av seksuell interesse. I undersøkelsen av seksuell aktivitet oppga 65 prosent en stor nedgang, mens 35 prosent oppga ingen endring. I forhold til tilfredshet og

nyttelse opplevde 55 prosent liten forandring, mens 27 prosent følte et betydelig tap og 18 prosent opplevde ikke nytelse. Hjertesvikt hadde ifølge 61 prosent av pasientene ikke påvirket deres evne til å ha sex, hos 31 prosent ga det betydelige problemer og 8 prosent klarte ikke lenger å gjennomføre. Pasientene oppga størst informasjonsbehov rundt parforhold, etterfulgt av symptomer og avslapning. De foretrakk at informasjonen ble formidlet via en samtale og skriftlig informasjon - helst fra hjertesykepleieren, så fastlegen og kardiologen til slutt. De fleste pasientene ville ha med seg partneren ved seksuell rådgivning (Geert van Driel et al., 2014).

Sexual Counseling in Patients With Heart Failure A Silent Phenomenon: Results From a Convergent Parallel Mixed Method Study

Hovedfunnene i studien til Kolbe, Kugler, Schnepf og Jaarsma (2014) er *hvilke barrierer og faktorer som påvirker samtalen om seksualitet, at det er et stille fenomen og hvilken rolle sykepleieren har i samtalen*. De fant i sin studie at 54 av 211 sykepleiere opplevde lite ansvar i forhold til å diskutere seksuelle utfordringer med sine pasienter, mens bare 46 følte seg ansvarlige. Hovedandelen tok sjelden eller aldri opp seksualitet med pasientene. 50 prosent svarte sjeldent på pasientens bekymring knyttet til seksualitet. De fleste sykepleierne følte seg ikke ansvarlige i å diskutere dette med pasienten. 50 prosent svarte at de ville diskutere seksualitet dersom pasienten selv tok initiativet. 75 prosent oppga at en samtale om seksualitet ville medføre ubehag, noe de trodde at også pasientene ville oppleve. Kun 8 prosent følte seg sikre nok til å diskutere temaet med pasientene (Kolbe et al., 2014).

Kolbe et al. (2014) beskriver seksualitet som et tema ingen snakker om. Initiativ til en samtale om seksualitet ble ifølge sykepleierne ikke tatt av dem eller pasientene. De beskrev rollen sin både som ansvarlig og ikke ansvarlig. Seksualitet oppfattes som veldig privat og av noen et tabu som medfører flauhet, skam og usikkerhet. Dette forhindrer sykepleiere og pasienter fra å snakke om det. Sykepleierne var redde for at det å ta opp temaet kunne lede til en ubehagelig situasjon. Utilstrekkelig trening er ifølge sykepleierne selv et hinder for å ta opp tema. Oppfattet sykepleierne pasientene som for gamle, syke eller uinteresserte tok de heller ikke opp temaet. Dersom pasienten var i en akutt situasjon mente de også at andre problemer var viktigere. Sykepleiere som følte lite ansvar mente at informasjon heller aldri ble etterspurt av pasientene. Kolbe et al. (2014) kom også frem til andre barrierer som forhindret samtaler om seksualitet. Dette omfattet organisasjonens struktur, mangel på tid og rom, kjønn og alder,

samt korte sykehusopphold. Sykepleierne mente også at seksuelle problemer burde tas opp under rehabilitering eller ved oppfølging hos fastlegen. De anså også mannlige leger som bedre egnet til å ta opp temaet enn seg selv. Sykepleiernes opplevde ansvar for å diskutere seksualitet var preget av mangel på kunnskap og kommunikasjonsevner. Sykepleierne som følte seg ansvarlige benyttet en helhetlig tilnærming til pasientene. De understrekte et behov for utvikling av ferdigheter, slik at undervisningen til pasientene kunne bli bedre (Kolbe et al., 2014).

Patients' Experiences of Sexual Activity Following Myocardial Ischemia

Hovedfunnene i studien til López-Medina, Gil-García, Sánchez-Criado og Pancorbo-Hidalgo (2016) er *reduisert hyppighet og mindre lyst, at seksuell aktivitet forandres, avgjørende faktorer for å gjenoppta seksuell aktivitet, hvordan seksuell aktivitet burde være og hvilken seksuell informasjon som er mottatt*. Rett etter et hjerteinfarkt opplevdes den seksuelle aktiviteten annerledes. Deltakerne i studien beskrev en fysisk påvirkning og frykt for negativ innvirkning på sykdommen. Pasienter med ett gjennomgått hjerteinfarkt opplevde større påvirkning på seksualiteten enn de som hadde hatt flere. Det var hovedsakelig pasientene under 60 år som opplevde disse forandringene. De oppfattet ikke at de var ute av stand til å gjennomføre seksuell aktivitet, men lysten var ikke tilstede noe som førte til redusert hyppighet (López-Medina et al., 2016).

López-Medina et al. (2016) avdekker at frykt, partners påvirkning og seksuell informasjon er med og påvirker forandring i seksuelt mønster. Hovedandelen av deltakerne hadde på et tidspunkt vært redde for å gjennomføre seksuell aktivitet på grunn av frykt for å utløse et nytt infarkt. Likevel uttrykte hovedandelen at de ikke anså seksuell aktivitet som en helserisiko. En forutsetning for dette var at pasienten måtte ønske seksuell aktivitet selv. Studien påpeker at seksualiteten påvirkes av informasjon som mottas fra helsepersonell og at de opplevde denne som mangelfull. Enkelte pasienter tok selv initiativ til å ta opp seksualitet med helsepersonell, noe som medførte at de fikk informasjon. Pasienter som, på bakgrunn av skam, ikke tok opp tema, fikk ikke informasjon. Informasjonen pasientene fikk var at de kunne gå tilbake til gamle vaner, men de ble anbefalt å ikke overdrive. Menn fikk generelt mer informasjon enn kvinner og informasjonen de mottok var i form av brosjyrer (López-Medina et al., 2016).

Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears

Hovedfunnene i studien til Saunamäki og Engström (2013) omhandler å *gjøre det riktige og gjøre det bra, burde - ville - skulle: en sykepleiers konfliktfylte følelser og jeg snakker bare ikke om det: seksualitet som et ikke-emne*. De fant at noen sykepleierne var klar over sitt ansvar og at disse mente en diskusjon ville medføre positive opplevelser. Sykepleierne mente de hadde nok kunnskap og forsto hvordan dette kunne gagne pasientene. Humor, søkeord i dokumentasjonssystemet og rutiner ble trukket frem som hjelpelig for å ta opp temaet. Sykepleierne så humoristiske utsagn fra pasientene som en invitasjon til samtale. De anså seksualitet som viktig og de fleste mente det var deres ansvar å ta opp. Sykepleierne følte også at noen av pasientene hadde et håp om å bli spurt, de trodde også dette var pasientenes forventning. Sykepleierne var bevisste på sammenhengen mellom sykdom, behandling og påvirkningen av seksualiteten. For noen ble seksualitet behandlet på lik linje med andre tema (Saunamäki & Engström, 2013).

Saunamäki og Engström (2013) fant at på tross av sykepleiernes ansvarsfølelse, gjorde andre følelser det vanskelig, noen ganger umulig, å snakke om seksualitet. De opplevde en indre konflikt mellom å være profesjonell og egne følelser tilknyttet tema. Barrierer som hindret sykepleierne var et stressende arbeidsmiljø, mangel på tid, mangel enkeltrom, mangel på kunnskap og trening, samt en mangel på skriftlige rutiner. Barrierene medførte usikkerhet og følelsen av at det var ute av deres hender. Sykepleierne innrømmet at de hadde fordommer til pasientens seksualitet knyttet til alder og sykdomsbilde. Seksualitet ble ansett som et delikat tema som tilhørte pasientens privatliv. Samtalen kunne medføre ubehag for pasienten, noe sykepleierne ville spare dem for. Viktigheten av temaet ble trukket frem, men i praksis var andre temaer lettere å ta opp (Saunamäki & Engström, 2013).

Saunamäki og Engström (2013) fant at en del av sykepleierne følte seg åpne, men behandlet temaet med stillhet. De forskjøv ansvaret til pasientene og mente at andre sykepleiere var bedre kvalifisert enn seg selv til å ta opp seksualitet. De fleste diskuterte ikke temaet verken med kolleger eller pasienter. Temaet ble sett som for privat og tabubelagt. Selv om seksualitet var et punkt i dokumentasjonssystemet, var tradisjonen for å ikke diskutere seksualitet styrende.

Ingen snakker med meg om sex

Fagartikkelen til Markhus og Fålun (2015) påpeker at seksualitet er en naturlig del av livet og forbundet med god helse. Likevel trekkes det frem at helsepersonell har begrenset kunnskap om hvordan hjertesykdom påvirker seksuell helse. Seksuell veiledning er noe som anbefales til alle hjertepasienter i artikkelen, men forfatterne ser at dette ofte oversees av helsepersonell. De mener likevel at helsepersonell bør ta utfordringen. De påpeker at pasientene savner informasjon om hvordan de kan gjenoppta seksuell aktivitet. Markhus og Fålun (2015) understreker i sin artikkel at 75 prosent av kvinner og 60 prosent av menn aldri hadde diskutert seksualitet med helsepersonell. Blant sykepleierne mente 75 prosent at pasientene hadde et behov for å diskutere seksualitet, likevel hadde 61 prosent av sykepleierne aldri gjennomført en slik diskusjon. Barrierene forfatterne nevner for å ta opp temaet var utilstrekkelig kunnskap, usikkerhet rundt tilnærming, sykdomsbilde, alder, språk og kultur. Markhus og Fålun (2015) påpeker at seksualitet kan være et ømfintlig tema og at pasientenes individuelle behov for samtale må respekteres.

Sexual counselling for sexual problems in patients with cardiovascular diseases

Hovedfunnet i artikkelen til Byrne, Doherty, Fridlund, Mårtensson, Steinke, Jaarsma og Devane (2016) er at man ikke sikkert kan si noe om effekten av rådgivningstiltak i forhold til å diskutere seksualitet. De inkluderte studiene i oversiktsartikkelen undersøker tre svært ulike tiltak og forfatterne anser bevisene til å være av lav kvalitet.

Cardiac rehabilitation staff views about discussing sexual issues with coronary heart disease patients: A national survey in Ireland

Hovedfunnene i studien til Doherty, Byrne, Murphy og McGee (2011) omhandler *rehabiliteringspersonalets synspunkter og opplevde barrierer*. Koordinatoren ble i denne studien trukket frem av personalet som den mest aktuelle for å diskutere seksualitet. Allikevel ble det ansett som sykepleierens rolle av omtrent halvparten. Egen og andres kunnskap ble ansett å være grei eller god, men personalet mente at andre kolleger hadde mer kunnskap enn dem selv. Sammenlignet med kolleger mente personalet også at de hadde dårligere selvtillit. Personalet følte seg generelt ukomfortable med å diskutere seksualitet og å gi tillatelse til å diskutere temaet var ikke deres oppgave.

Doherty et al. (2011) trekker frem at barrierene som kunne forhindre en diskusjon om seksualitet var følgende: Mangel på trening, mangel på kunnskap, at pasienten ikke er klar, kulturelle problemer, frykt for å fornærme pasienten, alder, språk og etnisitet, mangel på tid, mangel på enkeltnorm, at pasienten er for syk til å ta opp temaet, at seksualitet ikke er aktuelt for pasienten, flauhet, bekymring for å øke pasientens angst, negative holdninger, at det er noen annens jobb og kjønn. 61 prosent av personalet mente at samtaler om seksualitet forekom sjelden og halvparten ønsket mer opplæring. 95 prosent av personalet påpekte at det ikke fantes konkrete retningslinjer, mens bare 24 prosent etterlyste det (Doherty et al., 2011).

The Cardiac Health and Assessment of Relationship Management and Sexuality Study: A Qualitative Inquiry of Patient, General Practitioner, and Cardiac Rehabilitation Staff Views on Sexual Assessment and Counseling for Cardiac Patients

Hovedfunnene i studien til D'Eath, Byrne, Doherty, McGee og Murphy (2013) omfatter for pasientgruppen *timing, informasjonsbehov og barrierer*. For personalgruppen omfattet disse *timing, setting, barrierer, normalisering av tema, samt retningslinjer og trening*. Etter gjennomgått hjertesykdom befant pasientene seg i en ny situasjon hvor de trengte informasjon. Seksualitet ble aldri tatt opp. De fleste pasientene anså rehabilitering som rett sted for å diskutere seksualitet, men kunne ikke fastslå et optimalt tidspunkt for samtalen. Pasientene anså sin bedring som en prosess og mente at temaet burde tas opp gjentatte ganger slik at den enkelte kunne velge riktig tidspunkt. Dette var også med på å normalisere temaet. D'Eath et al. (2013) fant at pasientene ønsket tydelig informasjon og gjenkjente personalets forsøk, men følte at disse var rettet mot trening og stress. På bakgrunn av dette følte ikke pasientene seg trygge nok til å ta valget om når de kunne gjenoppta seksuell aktivitet. Pasientene ønsket å snakke om seksualitet med helsepersonell, men ville ha individuelt tilpasset informasjon, gjerne sammen med partner. På bakgrunn av pasientenes tolkning av personalets holdninger til deres alder, vegret noen seg for å ta opp temaet. Personalets taushet forsterket denne følelsen. På grunn av manglende evne eller skepsis ønsket pasientene å bli henvist til sikre informasjonskilder i tillegg til samtaler. Forutsetningen for en samtale var en opplevd relasjon. Kun en pasient påpekte helsepersonellens kjønn som en barriere (D'Eath et al., 2013).

I følge D'Eath et al. (2013) opplevde personalet sjeldent at pasientene tok opp seksualitet under innleggelsen. Pasientene ble ikke oppfattet som mottakelige for informasjon på dette

tidspunktet. Om seksualitet ble nevnt ved utskrivelse varierte og var avhengig av om det ble ansett som passende. I fraværet av retningslinjer er det personalet som tar avgjørelser om seksualitet er et aktuelt tema. For å unngå egne avgjørelser ønsket personalet standardiserte retningslinjer for å ta opp tema. De mente at rehabiliteringen var rett sted å drøfte seksualitet, da pasientene under innleggelsen hadde opparbeidet en relasjon til personalet. D'Eath et al. (2013) fant at de mest fremtredende barrierene personalet opplevde for å ta opp seksualitet var mangel på informasjon, flauhet og frykt for å fornærme pasienten. En deltaker var tydelig på at hun ikke ville ta opp temaet, grunnet hennes mangel på kunnskap. Hovedandelen av pasientene var menn og de behandlet gjerne temaet med humor. Det ble derimot ansett som usannsynlig at kvinner tok opp tema. Kvinnene var ofte eldre enn mennene og deres seksualitet ble beskrevet som mer komplisert. Yngre pasienter ble oppfattet annerledes, men dette varierte med arbeidssted. Normalisering av temaet ble oppfattet som viktig og opplæring i å diskutere seksualitet hang sammen med kvalitet (D'Eath et al., 2013).

5. Drøfting

For å belyse problemstillingen vil vi i denne delen av oppgaven drøfte kunnskap og funn vi har tilegnet oss gjennom artiklene som er inkludert. Problemstillingen vi ønsker å belyse er:

“Sykepleiere snakker ikke med hjertesyke pasienter i sykehus om seksualitet”

Vi vil også trekke inn relevant teori, samt egne praksiserfaringer fra studieløpet. Dette er i tråd med plikten om å jobbe kunnskapsbasert (Norsk sykepleierforbund [NSF], 2011, s. 7). Vi har understreket drøftingen med sitater fra artiklene for å bedre synliggjøre sykepleierens og pasientens egne oppfatninger. I sammenfattelsen av artiklene kom vi frem til tre temaer som var relevante for problemstillingen, disse ble deretter kategorisert på bakgrunn av innhold. Med utgangspunkt i dette ønsker vi derfor å drøfte sykepleiernes oppfatninger, pasientens forventninger og opplevelser, samt barrierer som forhindrer at seksualitet tas opp som tema.

5.1 Sykepleierens oppfatning

I følge Markhus og Fålun (2015, s. 60) beskrives seksualitet som en naturlig og viktig del av livet, på en slik måte kan det anses som et grunnleggende behov. Sykepleie omhandler å ivareta pasientens grunnleggende behov (Kristoffersen, 2011b, s. 294). Likevel er det et tema mange sykepleiere opplever som utfordrende å snakke om. Med utgangspunkt i egne praksiserfaringer ser det ut som om at seksualitet byr på flere utfordringer enn andre grunnleggende behov. Alle har vi ulik oppfatning når det kommer til hva som er viktig for oss. Som sykepleiere er det likevel pasientens behov vi skal ivareta. I følge Dorothea Orems egenomsorgsteori er sykepleierens oppgave å fremme helse, normalitet og velvære (Kristoffersen, 2011a, s. 229). Kristoffersen et al. (2011, s. 17) understreker også dette og påpeker at sykepleierens funksjoner blant annet innebærer helsefremming, forebygging, undervisning og veiledning.

Er seksualitet sykepleierens ansvar? Doherty et al. (2011, s. 4) trekker frem at seksualitet ble ansett som sykepleierens rolle hos omtrent halvparten av personalet. I motsetning fant Kolbe et al. (2014, s. 3) at mindre enn halvparten av sykepleierne følte seg ansvarlige for å snakke med pasienten om seksualitet. I følge Saunamäki og Engström (2013, s. 534) er det variasjoner i sykepleiernes oppfatninger omkring seksualitet og hva som gjør dette vanskelig.

Noen sykepleiere trodde at en slik samtale var forventet fra pasientenes side og seksualitet ble ansett som viktig. I praksis opplevde de likevel at en slik samtale ble vanskeliggjort. Sykepleierne opplevde en indre konflikt mellom profesjonsrollen og egne følelser i møtet med temaet (Saunamäki & Engström, 2013, s. 535).

“It actually is [a nurse’s responsibility to address sexuality]. So now I’m giving you mixed messages. I actually think it is. But I don’t do it.../.../ It’s just that it feels like, yes, it feels odd to address it when you know they are gonna go home and be fine”.

(Saunamäki & Engström, 2013, s. 535)

Dette innebar at mange anså det som underlagt sitt ansvarsområde, men ble forhindret av egne oppfatninger, fordommer og opplevelsen av at temaet er tabubelagt. Frykt for at en slik samtale ville kunne medføre ubehag både for pasienten og sykepleieren ble trukket frem (Kolbe et al., 2014, s. 4; Saunamäki & Engström, 2013, s. 536).

På bakgrunn av funnene kan det virke som om ansvarsfølelsen for å ta opp seksualitet varierer. Dette samsvarer også med våre egne praksiserfaringer. I møtet med pasienten er det kjent at vi som sykepleiere samler data på en helhetlig måte, for så å avdekke behov for sykepleie (Dahl & Skaug, 2011, s. 23). På tross av at det ble samlet data om samtlige andre funksjonsområder, ble seksualitet bevisst utelatt av kartleggingen eller så ble opplysninger feilaktig presentert under dette området. Var det ikke sykepleiernes ansvar? Det var ikke nødvendigvis ansvarsfraskrivelse som var mest sentralt, men heller en oppfatning av at seksualitet var uaktuelt på nåværende tidspunkt for pasienten. Dette var, i sammenheng med oppfattelsen av at det var legen som måtte besvare “slike spørsmål”, gjennomgående for samtlige sykepleiere i vår praksisperiode.

Orem trekker i sin sykepleieteori frem fem hjelpemetoder som sykepleieren benytter seg av i møte med pasienten (Kristoffersen, 2011a, s. 237). Det å ta opp seksualitet med hjertesyke pasienter innebærer hjelpemetoden *å undervise*. Hun påpeker viktigheten av at pasienten er motivert og mentalt forberedt for å motta lærdom. Motivasjon henger tett sammen med egen interesse, og det er derfor viktig at vi som sykepleiere identifiserer behov og tilpasser undervisningen til den enkelte pasient (Kristoffersen, 2011a, s. 237). Det er derfor noe uklart for oss hvordan vi skal kunne identifisere pasientens behov og tilby individuell undervisning

dersom vi avskriver behovet på pasientens vegne, uten å engang spørre. Alternativt kan det muligens oppnås et bedre resultat gjennom større åpenhet og nedbygging av et tabubelagt tema.

Kan det tenkes at mangel på ansvarsfølelse har sammenheng med opplevd kunnskapsnivå? Sykepleierne i studien til Saunamäki & Engström (2013, s. 536) oppfattet andre kolleger som bedre kvalifisert til å snakke med pasientene om seksualitet. Likevel fremkom det at temaet heller ikke ble diskutert innad i personalet. I følge Doherty et al. (2011, s. 4) ble egen og andres kunnskapsnivå ansett å være grei eller god, likevel opplevde også disse sykepleierne at andre kolleger hadde mer kunnskap. Noen sykepleiere forsto hvordan deres kunnskap kunne gagne pasientene, men ansvaret for å ta opp temaet ble likevel forskjøvet til pasientene selv eller til andre kolleger (Saunamäki & Engström, 2013, s. 536). Det er nærliggende vurdere om økt tematikk og åpenhet i personalgruppen gjennom deling av kunnskap om temaet, muligens kan føre til økt kunnskapsnivå og trygghet i situasjonen med veiledning av pasienter om seksualitet.

I følge Helse - og omsorgsdepartementet (2016, s. 26) mener helsepersonell at seksualitet er et relevant tema, men at de til tross for dette ikke snakker med pasientene om det. Kolbe et al. (2014, s. 4) trekker frem at kun åtte prosent av sykepleierne følte seg sikre i en diskusjon omkring seksualitet. Sykepleierne påpekte at det var et behov for kunnskapsutvikling og trening på kommunikasjon. De opplevde også mannlige leger som bedre kvalifisert til å ta opp seksualitet (Kolbe et al., 2014, s. 5). Men er det reelt at legene står i en bedre posisjon i forhold til å diskutere temaet med pasientene? Dette er interessant med tanke på at hovedandelen av sykepleierne i studiene enten er utdannet hjertesyepleiere eller har lang arbeidserfaring. Oppfatningen om at legene har mer kunnskap står også i kontrast til opplevelsen av at sykepleiere er godt egnet i etableringen av en relasjon til pasientene (Kolbe et al., 2014, s. 5). Dette forholdet er også ifølge Dorothea Orem sentralt for at sykepleieren skal kunne hjelpe pasienten (Kristoffersen, 2011a, s. 235). På bakgrunn av dette kan det muligens tenkes at sykepleierne har et bedre forhold til pasientene, men at de på tross av dette, ikke føler seg kvalifisert til å snakke om seksualitet.

Med utgangspunkt i praksiserfaringer er begge forfatterne av den oppfatningen at en god relasjon muligens kan være til hjelp. Det kan tenkes at pasienten vil kunne være selektiv når det gjelder hvem seksualitet skal diskuteres med. På bakgrunn av dette påpeker Gamnes (2011, s. 99) at sykepleieren kan være godt egnet da de som regel vil ha mye kontakt med

hverandre. Som sykepleier forplikter man seg også til å arbeide innenfor sitt kompetanseområde, holde seg faglig oppdatert og å søke veiledning ved behov (NSF, 2011, s. 7). Sykepleieren kan derfor ikke velge å unngå vanskelige temaer, så hvordan kan unnvikelsen forsvares? På bakgrunn av sykepleiernes egne tolkninger av pasientens situasjon og tilstand, ble det foretatt selvstendige avgjørelser om seksualitet var et aktuelt samtaletema eller ikke (Kolbe et al., 2014, s. 4). Ifølge Helsepersonelloven (1999, §10) har vi som sykepleiere en informasjonsplikt overfor pasienten. Vi har også en plikt til å ivareta pasienten som en helhet (NSF, 2011, s. 8) og vi stiller oss derfor spørrende til hva avgjørelsene baseres på. I følge Gannes (2011, s. 99) har sykepleiere liten erfaring knyttet til datasamling om seksualitet. Initiativ til en samtale om seksualitet ble ifølge sykepleierne verken tatt av dem eller pasientene (Kolbe et al., 2014, s. 4; D'Eath et al., 2013, s. E6). I følge Saunamäki & Engström (2013, s. 534) var noen sykepleiere klar over hvordan seksualiteten kunne påvirkes av sykdom og behandling. På bakgrunn av denne kunnskapen ble seksualitet behandlet på lik linje med andre tema. På den andre siden påpeker D'Eath et al. (2013, s. E6) at pasientene ikke ble oppfattet som mottakelige for informasjon under innleggelsen i sykehus. Hvorvidt dette ble tatt opp ved utskrivelsen var avhengig av om personalet anså det som passende. D'Eath et al. (2013, s. E7) trekker også frem en oppfatning blant personalet om at det var usannsynlig at kvinner ville ta opp temaet. De var ofte eldre og deres seksualitet ble omtalt som komplisert i forhold til mennene. Er seksualitet så vanskelig at ansvaret gjentatte ganger forskyves til andre? I følge pensumlitteraturen og forskning kan mye tyde på dette.

Med utgangspunkt i praksis erfarte begge forfatterne at kartleggingen av seksualitet aldri ble gjennomført i sykehus. I det ene tilfellet hvor seksualitet ble tatt opp, var det pasienten selv som tok initiativet. Sykepleieren svarte pasienten at hun skulle ta det opp på visitt. Under visitten forsøkte sykepleieren å hinte til at pasienten hadde spørsmål om når det var trygt å gjenoppta seksuell aktivitet. Forsøket ble ikke anerkjent av legene, som gikk videre på listen over pasienter uten å besvare sykepleierens spørsmål. Hun tok ikke opp spørsmålet på nytt. Sykepleiere og leger kan tenkes å ha ulikt fokus, men er vi ikke på samme tid samarbeidende helsepersonell som jobber for pasientens beste? I møtet med seksualitet kan temaet også oppfattes som irrelevant for leger. Det kan derfor tenkes at det vil kreve en sterk og tydelig sykepleieidentitet om man skal være pasientens talsperson på området. Dette ble kommentert av en sykepleier i studien til Saunamäki og Engström (2013) som sa at "we should be the patients' spokespersons. We don't get that part [sexuality] if we don't bring it up" (s. 534).

I fraværet av konkrete retningslinjer var det personalet som tok avgjørelser om seksualitet var aktuelt for pasienten eller ikke (D'Eath et al., 2013, s. E7). Flere av studiene vi har funnet trekker frem et klart ønske om retningslinjer for å ta opp seksualitet med pasientene (D'Eath et al., 2013, s. E7; Saunamäki & Engström, 2013, s. 535; Doherty et al., 2011, s. 4). På bakgrunn av egne erfaringer har vi sett hvor mange ulike retningslinjer og rutiner sykepleiere har å forholde seg til. Er det derfor realistisk å tenke seg at det er ennå en retningslinje som må til for å sette seksualitet i fokus? Eller vil dette kunne medføre mer forvirring? I følge Doherty et al. (2011, s. 4) påpekte 95 prosent at konkrete retningslinjer for å ta opp seksualitet var fraværende. På den andre siden var det kun 24 prosent som etterlyste dette. Retningslinjer blir også trukket frem av Saunamäki og Engström (2013, s. 534) som et mulig hjelpemiddel. Det viste seg at dokumentasjonssystemet som ble brukt av sykepleierne allerede inneholdt et punkt om seksualitet. På tross av dette var praksisen om å ikke diskutere seksualitet med pasienten overstyrende for noen (Saunamäki & Engström, 2013, s. 536). Dette samsvarer med våre egne erfaringer, hvor opplevelsen av at det ikke var aktuelt var fremtredende, på tross av at seksualitet sto som eget punkt i dokumentasjonssystemet. Gamnes (2011, s. 99) påpeker også dette og sier at spørsmål blant annet knyttet til eliminasjon virker mer overkommelig enn spørsmål knyttet til seksualitet.

Personlig er vi av den oppfatningen at retningslinjer ikke er nødvendig for å snakke med pasientene. Seksualitet er et grunnleggende behov og vi stiller oss derfor undrende til om det kan være andre årsaker til at retningslinjer etterspørres. Vil det egentlig gjøre det lettere å ta opp seksualitet med pasienten? Kan det tenkes at etterspørselen om retningslinjer henger sammen med et behov for å ha en god grunn til å spørre pasienten? Ved at vi blir pålagt å spørre får vi en god grunn, samt at valgfriheten for å ta opp seksualitet blir fjernet. Helse- og omsorgsdepartementet (2016, s. 25) påpeker blant annet at dersom seksualitet ikke tematiseres vil det bli vanskeligere å ta opp når temaet gjør seg gjeldende. Foruten viktigheten av utdanning, påpeker Dorothea Orem også viktigheten av å fremme normalitet (Kristoffersen, 2011a, s. 229). Dette trekkes også frem av D'Eath et al. (2013, s. E8) som understreker at en normalisering av seksualitet er viktig og at opplæring i å ta opp temaet henger sammen med kvalitet. På bakgrunn av dette kan det muligens tenkes at opplæring og bevisstgjøring kan bidra til normalisering av temaet, samt at bruk av retningslinjer i møtet med pasientens behov blir unødvendig.

5.2 Pasientenes forventninger og opplevelser

Vi har diskutert hvordan sykepleiere opplever å snakke om seksualitet, men hvilke forventninger har egentlig pasientene? I følge Geert van Driel et al. (2014, s. 32) forventer pasientene å bli spurt om og å motta informasjon i forhold til seksualitet. Markhus og Fåln (2015, s. 60) påpeker også at pasienter savner informasjon om hvordan seksuell aktivitet kan gjenopptas. I følge dem har 75 prosent av kvinnene og 60 prosent av mennene aldri snakket med helsepersonell om seksualitet. Kan det på bakgrunn av dette tenkes at seksualitet ikke oppleves som et problem for pasientene? I følge Geert van Driel et al. (2014, s. 320) er det forskjell i opplevde problemer når det kommer til intimitet og seksuell aktivitet i forbindelse med hjertesykdom. 76 prosent av pasientene opplevde ikke intimitet som problematisk, men så mange som 65 prosent opplevde en stor nedgang i seksuell aktivitet. Endringer i seksuell aktivitet blir også trukket frem av López-Medina et al. (2016, s. 52) som fant at disse var størst rett etter et hjerteinfarkt. Endringer som reduksjon i hyppighet og ønsket om samleie påvirket likevel ikke kvaliteten. En pasient påpekte at "...I have less desire; I don't want to say that when I do go do it, it's worse quality, no, no. Now, having more or less desire...that's another thing altogether" (López-Medina et al., 2016, s. 52). Hos pasienter med hjertesvikt var det 31 prosent som oppga at dette medførte problemer i forhold til seksualitet (Geert van Driel, 2014, s. 231). López-Medina et al. (2016, s. 51) trekker også frem at pasienter med ett gjennomgått hjerteinfarkt opplevde en større påvirkning enn de som hadde hatt flere. Vi stiller oss spørrende til om dette kan ha sammenheng med erfaring. Når man rammes av akutt sykdom vil dette kunne medføre en krise for personen (Gannes, 2011, s. 95). Ved å ha gjennomgått flere hjerteinfarkt kan det muligens tenkes at pasienten har en viss erfaring med å være i situasjonen.

Hvordan kan vi egentlig vite noe om pasientenes forventning når vi ikke spør? Vi har tidligere diskutert hvordan seksualitet i mange tilfeller blir behandlet med stillhet av helsepersonell. Med utgangspunkt i egne erfaringer kan vi ikke si noe om hva som ble forventet av hjertepasientene. Dette på bakgrunn av at vi ikke spurte selv og fordi det ikke ble tatt opp av mer enn én pasient. Som sykepleiere kommuniserer vi som yrkesutøver og dette i seg selv vil kunne medføre forventninger hos mottakeren om en faglig kompetanse (Eide & Eide, 2007, s. 18). Når vi velger å behandle temaet med stillhet, kan det derfor tenkes at pasientene opplever seksualitet som uaktuelt på nåværende tidspunkt. Seksualitet har lenge vært tabubelagt og vi snakker ikke om det med hvem som helst (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 25). Det

kan derfor være vanskelig å ta opp temaet i møtet med sykepleieren, men pasientene forventer som nevnt at seksualitet skal tematiseres. Vil det kunne medføre konsekvenser at forventningene til pasientene ikke møtes av helsepersonell? Sannsynligvis kunne møtet med forventningene til pasienten medført et bedre resultat i forhold til veiledning og informasjon.

Vi har gjennom praksiserfaringer gjentatte ganger opplevd at mangel på informasjon medfører bekymringer hos pasienten. Et overordnet punkt blant Dorothea Orems egenomsorgsbehov er behovet for å motvirke farer. Dette innebærer at man fjerner det som kan true liv, funksjon og velvære (Kristoffersen, 2011a, s. 231). Å gjenoppta seksuell aktivitet etter, eller i forbindelse med hjertesykdom, er for mange pasienter forbundet med frykt (Gamnes, 2011, s. 95). Kan det på bakgrunn av dette være rimelig å tenke seg at pasienter unngår seksualitet i fraværet av informasjon? López-Medina et al. (2016, s. 50) og D'Eath et al. (2013, s. E5) påpeker blant annet at pasientene opplevde frykt i forbindelse med seksualitet og at dette ville påvirke hjertesykdommen negativt. Både manglende seksuell informasjon og frykten i seg selv medvirket til forandring i pasientenes seksuelle mønstre (López-Medina et al., 2016, s. 57). Blant pasientene var det en som påpekte at "I was scared.... Because another man who also had a heart attack was on top of his woman when he had the attack [having intercourse]" (López-Medina et al., 2016, s. 52). Med utgangspunkt i dette kan det være rimelig å tenke seg at pasientene frykter at seksuell aktivitet vil kunne utløse et nytt infarkt. Ofte ansees seksuell aktivitet også som mer anstrengende enn andre dagligdagse aktiviteter (Gamnes, 2011, s. 95).

I en studie kom det frem at pasientene på bakgrunn av manglende informasjon om seksualitet ikke turte å selv ta avgjørelsen om å gjenoppta seksuell aktivitet (D'Eath et al., 2013, s. E5). På bakgrunn av dette følte pasientene at det var opp til dem selv når de valgte å gjenoppta seksuell aktivitet, noe som gjorde at de følte seg sårbare. En pasient uttalte "... it's always put back on me, whatever you're comfortable with yourself but you could be doing a lot of harm even if you're comfortable with it for a while" (D'Eath et al., 2013, s. E5). Med utgangspunkt i Dorothea Orems egenomsorgsteori kan det tenkes at pasientene ikke føler seg klare til å ta ansvar for egen seksuell helse. De foretar muligens et unødvendig valg om å unngå seksuell aktivitet fordi de frykter at dette vil kunne få konsekvenser. Når pasientene ikke mottar informasjon tenker vi også at de ikke får muligheten til å ta ansvar for egen helse. På bakgrunn av pasientens manglende kunnskap vil det derfor kunne være en sentral sykepleieoppgave å veilede, rettlede, samt å gi psykisk støtte (Kristoffersen, 2011a, s. 237). I løpet av praksisperioden møtte vi flere pasienter med spørsmål knyttet til sin hjertesykdom. Som tidligere nevnt var det mange som opplevde sykdommen som en krise og spørsmål rundt

hva som ville skje videre var sentralt. I vår mangel på kunnskap og veiledning klarte heller ikke vi å imøtekomme den ene pasienten som spurte om seksualitet. Siden temaet ble oversett fra personalets side foretok vi et valg om å gi pasienten en informasjonsbrosjyre. Dette var muligens en fattig trøst for pasienten og med kunnskapen vi nå innehar ville vi muligens handlet annerledes. Men hvilken informasjon ønsker egentlig pasientene?

Seksualiteten til pasienter i sykehus blir blant annet påvirket av hvilken informasjon som mottas. I tillegg opplevdes denne informasjonen av de fleste som mangelfull (López-Medina et al., 2016, s. 54). D'Eath et al. (2013, s. E4) understreker at pasienter i etterkant av en hjertesykdom befinner seg i en helt ny situasjon hvor behovet for informasjon er stort. I følge pasientene de snakket med ble likevel aldri seksualitet tatt opp som tema. En pasient ga uttrykk for dette og sa: "They didn't say anything about sex. They never mentioned it" (D'Eath et al., 2013, s. E5). Når det kommer til behov for informasjon ble parforhold, symptomer og avslapning trukket frem som viktige punkter for pasientene. I forhold til foretrukket formidlingsmåte ønsket hovedandelen av pasientene å både motta skriftlig og muntlig informasjon - helst fra hjertesykepleieren (Geert van Driel, 2014, s. 231). Det at pasientene i hovedsak ønsker å motta informasjon fra hjertesykepleieren er interessant. Som tidligere nevnt opplevde noen sykepleiere at legen var bedre kvalifisert til å snakke med pasientene om seksualitet. Likevel er det sykepleieren som er foretrukket fra pasientenes side. Vi stiller oss spørrende til hvordan det kan være så stor forskjell i hvem som oppfattes som best kvalifisert til å snakke med pasientene. I studien til López-Medina et al. (2016, s. 55) kom det også frem at pasienter som selv tok initiativet til en samtale mottok informasjon. På den andre siden mottok ikke pasienter informasjon dersom de ikke spurte selv.

Pasientene hadde et ønske om at informasjonen de mottok skulle være klar og tydelig. Når de først mottok informasjon følte pasientene at denne var rettet mer mot stress og trening (D'Eath et al., 2013, s. E5).

I would say the cardiac or rehabilitators probably feel they have the area covered, the topic covered in a way maybe a distant way by their emphasis on what you can do and your limitations with regards to stress and activity, maybe in a veiled way they feel they have adequately covered the topic. (D'Eath et al., 2013, s. E5)

Det kan muligens tenkes at pasientene som faktisk mottar informasjon, derfor mottar denne med en underliggende tone. På denne måten føler kanskje helsepersonell at de har tatt opp seksualitet uten at de har nevnt det direkte.

I'd often ask an open-ended question, so is there anything else that you're having difficulty with or you'd like to know about in terms of what activities you can do and nobody has ever brought up sex at that point either. (D'Eath et al. 2013, s.E7)

Med utgangspunkt i praksiserfaringer opplevde ikke vi at pasientene fikk mye informasjon om trening og stress, kun at det burde gjennomføres med moderasjon. Dette samsvarer også med funn fra López-Medina et al. (2016, s. 54), hvor pasientene fikk beskjed om å gå tilbake til gamle vaner uten å overdrive. I mangel på klarhet kan det være rimelig å tenke at pasientene tolker denne informasjonen på sin egen måte. Dette understrekes også av Eide og Eide (2007, s. 178) som påpeker at informasjon ofte må gjentas dersom pasienten befinner seg i en stressende situasjon. Pasientene ønsker informasjon, men denne må være tilpasset den enkelte. Informasjon er ikke gitt før den er forstått. En pasient påpekte: "Well personalised certainly, oh it has to be... I mean this is what I'm saying, it has to be individual because it has to refer to the, capability of the individual" (D'Eath et al., 2013, s. E5). Noen pasienter ønsket også å bli henvist til sikre informasjonskilder slik at de kunne finne svar på egenhånd (D'Eath et al., 2013, s. E6). Selv om en informasjonsbrosjyre anses å være en sikker informasjonskilde er ikke denne tilpasset den enkelte. Kan det med dette tenkes at en brosjyre kun benyttes fordi det er en enkel løsning i møtet med pasientens spørsmål? Markhus og Fållun (2015, s. 62) påpeker at hovedandelen av sykepleierne opplevde at pasientene hadde et behov for å snakke om seksualitet. På tross av dette hadde de færreste gjennomført en slik samtale. Det er muligens noen pasienter som ikke ønsker å snakke om seksualitet, men vi er av den oppfatningen at unngåelse av temaet sannsynligvis ikke er til pasientens beste. Så hva er det egentlig som forhindrer sykepleierne i å snakke med pasientene om seksualitet?

5.3 Barrierer

Som sykepleiere har vi en plikt til å fremme helse og å forebygge sykdom. I tillegg forplikter vi oss til å fremme pasientens egne muligheter til å foreta valg ved å gi tilpasset informasjon (NSF, 2011, s. 8). Når pasienten befinner seg i en ny situasjon som stiller nye krav kan det tenkes at han vil ha behov for sykepleie dersom disse kravene ikke kan møtes av pasienten selv. I følge Dorothea Orem kan sykepleieren her benytte sin kapasitet i form av ferdigheter, kunnskaper og verdier (Kristoffersen, 2011a, s. 235). Hvilken sykepleiefunksjon som gjør seg gjeldende i møtet med pasienten vil blant annet avhenge av tid, situasjon og målgruppe (Kristoffersen et al., 2011, s. 28). På tross av styrende plikter og pasientens behov viser det seg likevel at sykepleierne opplever flere barrierer i møtet med pasientene, som etter deres mening, forhindrer en samtale om seksualitet.

I henhold til studiene vi har funnet er det flere som trekker frem ubehag som en barriere. Blant annet påpeker Kolbe et al. (2014, s. 56) at sykepleierne opplevde seksualitet som tabu, hvor skam, flauhet og usikkerhet forhindret dem i å snakke med pasientene. Sykepleierne engstet seg for at en samtale om seksualitet ville medføre ubehag både for dem selv og for pasientene. Dette trekkes også frem av Saunamäki og Engström (2013, s. 536) som påpeker at seksualitet ifølge noen sykepleiere tilhører pasientens privatliv. Sykepleierne ønsket å spare pasienten for ubehag, noe en slik samtale ville kunne medføre. Steinke og Jaarsma (2014, s. 33-34) påpeker også at temaet i noen tilfeller kan oppfattes som tabubelagt eller unødvendig. Ubegag med å diskutere seksualitet understrekes også av Doherty et al. (2011, s. 4), som også trekker frem at noen av personalet ikke anså det som sin oppgave å gi pasientene tillatelse til å ta opp temaet. Med utgangspunkt i egne praksiserfaringer er det flere samtaletemaer som kan oppleves som ubehagelige. Dette er likevel ikke til hinder for at vi for eksempel stiller spørsmål omkring eliminasjon. Vi spør ikke på bakgrunn av nysgjerrighet, men for å kartlegge pasientens behov. Er det derfor ikke rimelig å tenke seg at også seksualitet bør kartlegges? Hva er det som egentlig gjør temaet så ubehagelig? Som nevnt forventer pasientene at helsepersonell skal ta opp seksualitet slik at de selv slipper å gjøre dette. Steinke og Jaarsma (2014, s. 33) påpeker at dersom dette skal kunne gjennomføres forutsetter det at personalet er komfortable med temaet. Det er også nærliggende å tro at ubehag alene ikke er ansvarlig for at seksualitet ikke snakkes om.

I følge Saunamäki og Engström (2013, s. 535) innrømmet flere av sykepleierne at de hadde fordommer knyttet til pasientenes alder og sykdomsbilde. På tross av dette oppga andre sykepleiere at de var bevisste på sammenhengen mellom sykdom og behandling, samt hvordan dette ville påvirke pasientens seksualitet. De som var av denne oppfatningen behandlet seksualitet på lik linje med andre tema (Saunamäki & Engström, 2013, s. 534). Helse- og omsorgsdepartementet (2016, s. 28) trekker frem at seksualitet hos eldre er forbundet med tabu og normale forandringer knyttet til seksualitet tas opp i liten grad. Dette er interessant med tanke på at mange eldre fortsatt er seksuelt aktive. I tillegg til dette vil hjertesykdom muligens kunne medføre større forandringer enn de normale aldersforandringene hos pasienten.

Dersom sykepleierne oppfattet pasientene som for gamle eller for syke foretok de et valg om å ikke ta opp temaet (Kolbe et al., 2014, s. 56). Både pasientens alder og kjønn oppleves som en barriere. Likevel er det forskjell i hvordan disse oppleves, og kjønn var ifølge Doherty et al. (2011, s. 5) mindre til hinder enn pasientens alder. Kolbe et al. (2014, s. 57) trekker også frem dette i sin studie hvor det ble påpekt at hovedandelen av pasientene var eldre menn mens de fleste sykepleierne var yngre kvinner. Dette er interessant med tanke på at Markhus og Fållun (2015, s. 62) understreker at det er en overvekt av kvinner som ikke diskuterer seksualitet med helsepersonell. Selv om alder og kjønn blir trukket frem som en barriere, mener Steinke og Jaarsma (2014, s. 33) at det å ta opp seksualitet med pasienten blant annet avhenger av personlighet, profesjon og situasjon. For å kunne være fordomsfri og imøtekommende til pasientens seksualitet er det avgjørende at vi har et bevisst forhold til egne holdninger (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 27).

It's because it's not something you talk about. When I grew up these things were taboo, you didn't talk about them. It's different now; it's more natural to talk about sex for people growing up nowadays, than it is for me. (Saunamäki & Engström, 2013, s. 536)

Er det egentlig annerledes nå? Dersom pasientens alder er en barriere i dag stiller vi oss spørrende til hvordan det vil bli i fremtiden. Dette med bakgrunn i at økt overlevelse medfører at flere pasienter lever med en hjertesykdom. De som overlever lever også lenger med sin

sykdom (Byrne et al., 2016, s. 8). Ifølge D'Eath et al. (2013, s. E6) oppfattet også noen av pasientene, på bakgrunn av holdninger hos personalet, at det å være seksuelt aktiv ikke passet seg for noen på deres alder. En pasient påpekte at "they probably say, well I'm not going to tell this guy now about, ...sexual activity you know, when they look at my age maybe, you know" (D'Eath et al., 2013, s. E6).

Ifølge Kolbe et al. (2014, s. 59) er seksualitet et tema ingen snakker om. I tillegg til kjønn, alder og ubehag med temaet blir mangel på tid og enkeltrom trukket frem som et hinder for å snakke om seksualitet (Saunamäki & Engström, 2013, s. 535; Kolbe et al., 2014, s. 56; Doherty et al., 2011, s. 4-5). Kan det tenkes at mangel på tid benyttes som en unnskyldning for å unngå seksualitet? Ifølge Saunamäki og Engström (2013, s. 537) er feilprioriteringer blant sykepleierne en medvirkende årsak til mangelen på tid. De fant at sykepleierne tilbrakte omtrent halvparten av arbeidstiden på personalrommet eller andre steder. Dette kan tenkes å medføre mindre pasientkontakt. På den andre siden kan det muligens tenkes at sykepleierens varierte arbeidsoppgaver også påvirker pasientkontakten. Vi har med utgangspunkt i praksiserfaringer sett hvor hektisk en avdeling kan være, hvor sykepleieren må dosere og levere medikamenter, gå legevisitt, gjennomføre prosedyrer og ikke minst dokumentere.

Mangelen på tid blir også trukket frem i forhold til pasientenes korte sykehusopphold. Helse- og omsorgsdepartementet (2016, s. 27) understreker viktigheten av å inkludere samtaler om seksualitet der det er relevant for å sikre at det blir en integrert del av helse- og omsorgstjenestene. Noen sykepleiere påpekte at i en akutt situasjon ville det være andre problemer som var viktigere for pasienten enn seksualitet. De ga også uttrykk for at seksuelle problemer burde tas opp under rehabilitering eller med fastlegen (Kolbe et al., 2014, s. 56). Bakgrunnen for dette var blant annet at pasientene ikke ble oppfattet som mottakelige for informasjon mens de var innlagt i sykehus (D'Eath et al., 2013, s. E6). I tillegg ble ikke pasientene opplevd som klare for å snakke om seksualitet (Doherty et al., 2011, s. 5). Pasientene ga på den andre siden uttrykk for at det ikke fantes et optimalt tidspunkt for samtalen, men at det burde tas opp flere ganger. De mente også at gjentakende tilnærminger ville bidra til en normalisering av temaet. Ved å ta opp temaet flere ganger kunne pasientene selv velge det tidspunktet som passet for dem (D'Eath et al., 2013, s. E5).

Ifølge Kolbe et al. (2014, s. 56) står utilstrekkelig opplæring i veien for at sykepleierne tar opp seksualitet med pasientene. Manglende kunnskap og kommunikasjonsevner ble også sagt å påvirke sykepleierens opplevde ansvar. Vi stiller oss undrende til det faktum at sykepleierne

mener at de ikke har nok kunnskaper om seksualitet. Som sykepleiere forplikter oss til å jobbe kunnskapsbasert, og har et personlig ansvar om å holde oss oppdaterte og å benytte vår kunnskap i praksis (NSF, 2011, s. 7). Kan muligens opplæring gjennom arbeidsplassen være nyttig i møtet med seksualitet som tema? Ved opplæring gjennom arbeidsplassen kan det tenkes at organisatoriske forhold må ligge til rette. Et viktig poeng er også at tryggheten til helsepersonell påvirkes av arbeidsmiljøet (Steinke & Jaarsma, 2014, s. 34). Dersom seksualitet ikke tilrettelegges for eller vektlegges i arbeidsmiljøet kan det muligens være rimelig å tenke seg at sykepleierne heller ikke tilegner seg kunnskaper om temaet. Uavhengige av dette er vi av den oppfatningen at sykepleieren har et personlig ansvar for å tilegne seg ny kunnskap i møte med ukjente situasjoner. Dette er også i tråd med de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (NSF, 2011, s. 7).

Sykepleierne som anså seksualitet som underlagt sitt ansvar benyttet en helhetlig tilnærming til pasientene. På tross av dette uttrykte sykepleierne et behov for ferdighetsutvikling (Kolbe et al., 2014, s. 56). Ifølge Saunamäki og Engström (2013, s. 535) mener noen sykepleiere på den andre siden at de har nok kunnskap. Blant disse ble humor trukket frem som et hjelpemiddel i samtalen med pasienten. De bemerket også at dette ble benyttet av pasientene, hvor humoristiske utsagn ble tolket som en invitasjon til samtale om seksualitet (Saunamäki & Engström, 2013, s. 535). Pasienten vi møtte i praksis ble som nevnt oppfattet som ekkel i tilnærmingen. Han benyttet seg av humor relatert til sin egen seksualitet. Pasientens utsagn i dette tilfellet ble ansett som upassende av sykepleierne og ble ikke tolket som en invitasjon til samtale om temaet. Humoren viste seg å bunne ut i et informasjonsbehov som ikke ble møtt av sykepleieren, muligens på bakgrunn av manglende kommunikasjonsferdigheter eller egne holdninger i møtet med pasienten.

Kvinnens seksualitet ble også oppfattet som vanskeligere i forhold til mennenes. En sykepleier påpekte dette med følgende utsagn: "Men it's a functional problem, women it's an emotional problem" (D'Eath et al., 2013, s. E8). Kan det være rimelig å tenke seg at sykepleierens oppfatninger henger sammen med bakgrunnskunnskap? D'Eath et al. (2013, s. E8) understreker dette og påpeker at personalet som ga mest informasjon til pasientene hadde mottatt trening. Trenger vi egentlig kompetanse for å avdekke om seksualitet er et problem for pasienten? Vi er av den oppfatningen at dette ikke krever noen spesiell form for opplæring. Dersom vi ikke klarer å imøtekomme pasientens spørsmål omkring seksualitet må vi innhente andre eller finne relevant informasjon. Da har vi likevel avdekket om det finnes et problem og kan muligens henvise pasienten videre til noen som kan hjelpe. Hvem dette er vil kunne

avhenge av problemet. Helse- og omsorgsdepartementet (2016, s. 26) understreker at helsepersonell med treårig utdanning bør være i stand til å gi rom for spørsmål om seksualitet, samt gi tilpasset informasjon. Det er mange måter å gi informasjon på. Til tross for dette er det ifølge Byrne et al. (2016, s. 19) vanskelig å si noe om hvilken formidlingsmetode som har best effekt.

Det at helsepersonell føler at de har utilstrekkelig kunnskap er også noe vi følte på i praksisperioden. Vi ønsket at pasienten skulle få informasjon, men vi ville også at denne skulle være riktig. Vi ville ikke utsette pasienten for fare og på bakgrunn av dette opplevde vi det som utfordrende å vite hva vi kunne svare pasienten. Når man står i en situasjon hvor man ikke har god nok kunnskap om pasientens situasjon, vil dette også kunne medføre vanskeligheter i tilpasningen av informasjonen. I følge Saunamäki og Engström (2013, s. 535) medfører barrierer usikkerhet for sykepleierne og en følelse av at det er ut av deres hender. På denne måten kan det tenkes at seksualitet forblir mellom sykepleiernes oppfatning og pasientenes forventning.

6. Konklusjon

Innledningsvis stilte vi oss spørrende til om hvordan vi som sykepleiere forholder oss til pasientens seksualitet og om hyppigere tematisering vil bidra til at det blir lettere å snakke om. I løpet av oppgaven har vi bevisst vektlagt sykepleierrollen da vi mener at seksualitet er vårt ansvar. Likevel anser vi pasientens opplevelser som avgjørende og ikke minst belysende for vårt arbeid. Vi har tilegnet oss mye ny kunnskap gjennom arbeidet med denne oppgaven, og vi ser at seksualitet med fordel kunne fått økt fokus i undervisning, forskning og praksis. Dette samsvarer også med funnene, hvor undervisning og opplæring etterspørres av sykepleierne.

Funnene tyder på at ansvarsfølelsen for å ta opp seksualitet med pasientene varierer blant sykepleierne. På bakgrunn av dette og egne erfaringer tyder mye på at kartleggingen av pasientens seksuelle behov også avhenger av om sykepleieren anser temaet som relevant eller ikke. Dette på tross av at seksualitet er et punkt i dokumentasjonssystemet. Sykepleierne etterspør retningslinjer for kartlegging av pasientens seksualitet, hvor fraværet av dette medfører at personalet tar selvstendige avgjørelser om seksualitet skal diskuteres med pasienten. Mye tyder på at ansvarsfølelse kan ha sammenheng med opplevd kunnskapsnivå. Sykepleiere har liten erfaring med datasamling tilknyttet seksualitet. På tross av at egen og andres kunnskap ansees å være god, oppfatter den enkelte sykepleier andre kolleger som bedre kvalifisert enn seg selv til å ta opp temaet. Funn og teori påpeker at sykepleiere står i en særstilling når det gjelder relasjonsbygging med pasientene. På tross av dette forskyves ansvaret til legene. Funnene tyder på at normalisering vil kunne være hensiktsmessig, men at det her er en lang vei å gå da seksualitet sjeldent tas opp med pasientene og heller ikke diskuteres innad i personalgruppen. Vi har i oppgaven stilt oss kritiske til hvordan sykepleiernes unnvikelse av temaet kan forsvares. Det er ingen av funnene som forsvarer denne stillheten omkring seksualitet fra sykepleierne.

I forbindelse med hjertesykdom opplever mange pasienter problemer tilknyttet sin seksualitet. Klar, tydelig og individuell informasjon fra sykepleieren ble trukket frem som avgjørende for at pasientene skulle oppleve trygghet i gjenopptakelsen av seksuell aktivitet. Med utgangspunkt i funnene viser det seg at pasientene forventer å bli spurt om seksualitet, men i tilfeller hvor dette ikke blir kartlagt, er det pasientene selv som må etterspørre informasjon. Mangel på informasjon medførte frykt og usikkerhet blant pasientene. De opplevde at ansvaret ble forskjøvet til dem selv og avgjørelser om seksuell aktivitet ble vanskeliggjort.

Funn fra forskning viser til flere barrierer som gjør seg gjeldende i møtet med pasientens seksualitet. Barrierene sykepleierne opplever ser ikke ut til å ha direkte sammenheng med hjertesykdommer, men pasientens opplevde helsetilstand og seksualitet som tema. På bakgrunn av dette kan det være rimelig å tenke seg at barrierene vi har drøftet også vil være gjeldene for sykepleiere i møtet med andre pasientgrupper. Funnene tyder også på at det er noen likheter i oppfattelsen av barrierer - både for sykepleierne og pasientene.

Spørsmålet er: Snakker vi egentlig med pasientene om seksualitet? Dette kan synes å avhenge av sykepleierens opplevde ansvarsfølelse, samt egne holdninger i møte med pasienten. I tillegg til dette er det ulike barrierer som oppleves å stå i veien for en slik samtale. Disse barrierene går både på sykepleieren som person, hvordan pasienten oppleves, samt begrensninger i arbeidsmiljøet. På bakgrunn av dette kan det virke som om seksualitet ligger i området mellom sykepleiernes oppfatning og pasientens forventning.

Referanseliste

- Byrne, M., Doherty, S., Fridlund, B. G. A., Mårtensson, J., Steinke, E. E., Jaarsma, T. & Devane, D. (2016). Sexual counselling for sexual problems in patients with cardiovascular disease. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2).
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD010988.pub2>
- Cullberg, J. (1994). *Mennesker i krise og utvikling* (3.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Dahl, K. & Skaug, E.-A. (2011). Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon i sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 2* (2. utg., s. 15-60). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- D`Eath, M., Byrne, M., Doherty, S., McGee, H. & Murphy, A. W. (2013). The Cardiac Health and Assessment of Relationship Management and Sexuality Study: A Qualitative Inquiry of Patient, General Practitioner, and Cardiac Rehabilitation Staff Views on Sexual Assessment and Counseling for Cardiac Patients. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 28(2), E1-E13. <https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e318281d0b3>
- Doherty, S., Byrne, M., Murphy, A. W. & McGee, H. M. (2011). Cardiac rehabilitation staff views about discussing sexual issues with coronary heart disease patients: A national survey in Ireland. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(2), 101-107.
<https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2010.05.002>
- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eikeland, A., Haugland, T. & Stubberud, D.-G. (2010). Sykepleie ved hjertesykdommer. I H. Almås, D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie: Bind 1* (4. utg., s. 207-245). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Folkehelseinstituttet. (2014). *Sjekklistor for vurdering av forskningsartiklar*. Hentet 9. februar 2018 fra <https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartiklar/>

Garnes, S. (2011). Nærhet og seksualitet. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 3* (2. utg., s. 71-104). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Geert van Driel, A., Jef de Hosson, M. J. & Gamel, C. (2014). Sexuality of patients with chronic heart failure and their spouses and the need for information regarding sexuality. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 13(3), 227-234.
<https://doi.org/10.1177/1474515113485521>

Helsebiblioteket. (2016a). *Forskningsmetode*. Hentet 5. februar 2018 fra <http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/forskningsmetode>

Helsebiblioteket. (2016b). *Søketeknikker*. Hentet 5. februar 2018 fra <http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/soketeknikker>

Helsebiblioteket. (2016c). *Kildevalg*. Hentet 9. februar 2018 fra <http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/kildevalg>

Helsebiblioteket. (2016d). *PICO*. Hentet 20. februar 2018 fra

<http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>

Helsebiblioteket. (2018). *Medisinske og helsefaglige termer på norsk og engelsk*. Hentet 20.

februar 2018 fra <http://www.helsebiblioteket.no/om-oss/artikkelarkiv/mesh-medical-subject-headings-pa-norsk-og-engelsk>

Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64. (2018). Hentet fra <https://lovdata.no/>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Snakk om det! Strategi for seksuell helse 2017-2022*. Hentet fra

https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf

Jerpseth, H. (2010). Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. I H. Almås, D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie: Bind 2* (4. utg., s. 17-52). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kjeldsen, S. E., Ingvaldsen, T., Buanes, T. & Røise, O. (2009). *Sykdomslære: Indremedisin, kirurgi og anestesi* (2.utg.) (K. C. Toverud, Ill). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kolbe, N., Kugler, C., Schnepf, W. & Jaarsma, T. (2014). Sexual counseling in patients with heart failure: A silent phenomenon results from a convergent parallel mixed method study. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 31(1), 53-61.

<https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000215>

Kristoffersen, N. J. (2011a). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F.

Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 1* (2. utg., s. 207-280). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2011b). Sykepleier i organisasjon og samfunn. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 1* (2. utg., s. 281-341). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. (2011). Om sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 1* (2. utg., s. 15-29). Oslo: Gyldendal Akademisk.

López-Medina, I. M., Gil-García, E., Sánchez-Criado, V. & Pancorbo-Hidalgo, P. L. (2016). Patients' experiences of sexual activity following myocardial ischemia. *Clinical Nursing Research*, 25(1), 45-66. <https://doi.org/10.1177/1054773814534440>

Malt, U. (2014). *Inklusjonskriterier*. Hentet 5. februar 2018 fra <https://sml.sn.no/inklusionskriterier>

Markhus, L. S. & Fålun, N. (2015). Ingen snakker med meg om sex. *Sykepleien*, 103(12), 60-63. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2015.55918>

Molven, O. (2013). *Helsinkideklarasjonen*. Hentet 9. februar 2018 fra <https://sml.sn.no/Helsinkideklarasjonen>

Nicolaysen, G., Leergaard, T. B., Berg, A. & Inngjerdingen, M. (2014). Sirkulasjon og hemostase. I G. Nicolaysen & P. Holck (Red.), *Kroppens funksjon og oppbygging* (2.utg., 156-178). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Sand, O., Sjaastad, Ø. V., Haug, E. & Bjålie, J. G. (2006). *Menneskekroppen: Fysiologi og anatomi* (2.utg.) (K. C. Toverud, Ill.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Sauer, W. H. & Kimmel, S. E. (2018). Sexual activity in patients with cardiovascular disease. I G. M. Saperia (Red.), *UpToDate*. Hentet 7. februar 2018, fra https://www.uptodate.com/contents/sexual-activity-in-patients-with-cardiovascular-disease?search=sex%20AND%20nursing%20care&source=search_result&selectedTitle=7~150

Saunamäki, N. & Engström, M. (2013). Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears. *Journal of Clinical Nursing*, 23(3-4), 531-540. <https://doi.org/10.1111/jocn.12155>

Sakshaug, S., Selmer, R. M. & Graff-Iversen, S. (2015). *Hjerte- og karsykdommer i Norge*. Hentet 23. februar 2018 fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-og-sykdom/hjerte--og-karsykdommer-i-norge---f/#dagens-situasjon-for-hjerte-og-karsykdommer-i-norge>

Steinke, E. E. & Jaarsma, T. (2014). Sexual counseling and cardiovascular disease: practical approaches. *Asian Journal of Andrology*, 17(1), 32-39. <https://doi.org/10.4103/1008-682X.135982>

Svartdal, F. (2014). *Fagfelle vurdering*. Hentet 5. februar 2018 fra <https://snl.no/fagfelle vurdering>

Vedlegg 1 – Søkehistorikk:

Tittel: Sexual Counseling and cardiovascular disease: Practical approaches DOI: 10.4103/1008-682X.135982							
Art.nr	Database	Søkeord	Treff	Begrensninger	Treff	Relevant	Brukt
1	Oria	nurs* AND heart* AND sex* AND information	41810	Fagfelleverdert 2012-2018 <u>Emne:</u> 1. Nurses, Nursing, Cardiovaskular Diseases, Hospitals 2. Oversiktsartikler/ omtaler	10	1	1
Tittel: Sexuality of patient with chronic heart failure and their spouses and the need for information regarding sexuality DOI: 10.1177/1474515113485521							
Art.nr	Database	Søkeord	Treff	Begrensninger	Treff	Relevant	Brukt
2	Oria	nurs* AND heart* AND sexuality AND information	2681	Fagfelleverdert 2012-2018 <u>Emne:</u> 1. Patients, nursing, sexuality 2. Sexual health, nurses 3. Qualitative research, cardiovascular disease	13	5	3

Tittel: Sexual Counseling in Patients With Heart Failure A Silent Phenomenon: Results From a Convergent Parallel Mixed Method Study

Link: <http://dx.doi.org/10.1097/JCN.0000000000000215>

Art.nr	Database	Søkeord	Treff	Begrensninger	Treff	Relevant	Brukt
3	Oria	nurs* AND heart* AND sexuality AND information	2681	Fagfelleurdert 2012-2018 <u>Emne:</u> 1. Patients, nursing, sexuality 2. Sexual health, nurses 3. Qualitative reasearch, cardiovascular disease	13	5	3

Tittel: Patients' Experiences of Sexual Activity Following Myocardial Ischemia

DOI: 10.1177/1054773814534440

Art.nr	Database	Søkeord	Treff	Begrensninger	Treff	Relevant	Brukt
4	Oria	nurs* AND heart* AND sexuality AND information	2681	Fagfelleurdert 2012-2018 <u>Emne:</u> 1. Patients, nursing, sexuality 2. Sexual health, nurses 3. Qualitative reasearch, cardiovascular disease	13	5	3

Tittel: Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears <i>Doi:10.1111/jocn.12155</i>							
Art.nr	Database	Søkeord	Treff	Begrensninger	Treff	Relevant	Brukt
5	Oria	(nursing care) AND sexuality	8354	Fagfellevurdert 2012-2018 <u>Emne:</u> 1. Nurses, sexuality 2. Patients 3. Nursing care	22	3	1
Tittel: Ingen snakker med meg om sex <i>Link: https://sykepleien.no/forskning/2015/11/seksuell-helse-hos-kvinner 10.4220/Sykepleiens.2015.55918</i>							
Art.nr	Database	Søkeord	Treff	Begrensninger	Treff	Relevant	Brukt
6	Ingen. Fått av foreleser og funnet i Sykepleien						
Tittel: Sexual counselling for sexual problems in patients with cardiovascular disease <i>DOI: 10.1002/14651858.CD010988.pub2.</i>							
Art.nr	Database	Søkeord	Treff	Begrensninger	Treff	Relevant	Brukt
7	Cochrane	#1: sexuality #2: nursing #3: information #4: #1 AND #2 AND #3 #5: heart #6: #4 AND #5	4	Ingen	4	1	1

Tittel: Cardiac rehabilitation staff views about discussing sexual issues with coronary heart disease patients- A national survey in Ireland
doi:10.1016/j.ejcnurse.2010.05.002

Art.nr	Database	Søkeord	Treff	Begrensninger	Treff	Relevant	Brukt
8	Snowballing fra artikkel nr 7						

Tittel: The Cardiac Health and Assessment of Relationship Management and Sexuality Study: A Qualitative Inquiry of Patient, General Practitioner, and Cardiac Rehabilitation Staff Views on Sexual Assessment and Counseling for Cardiac Patients
DOI: 10.1097/JCN.0b013e318281d0b3

Art.nr	Database	Søkeord	Treff	Begrensninger	Treff	Relevant	Brukt
9	Snowballing fra artikkel nr 7						

Vedlegg 2 – Samleskjema:

Tittel: Sexual Counseling and cardiovascular disease: Practical approaches <i>DOI: 10.4103/1008-682X.135982</i>				
Art.nr.	Utvalg/ Størrelse	Hensikt	Funn	Konklusjon
1	Omhandler hjertesjke pasienter med ulike diagnoser.	Praktisk og kunnskapsbasert tilnærming for vurdering og seksuell rådgivning for alle hjertepasienter.	- Kunnskap om sykdomstilstand og bruk av både generelle og spesifikke rådgivningsstrategier ut fra dette kan være effektivt for å ta opp pasientenes seksualitet.	- Å vurdere seksuelle problemer med noen få spørsmål eller ved bruk av spørreskjema kan avdekke bekymringer, interesse og tidligere aktivitet.
		Relevans for problemstilling (1. Sykepleierens oppfatning, 2. Pasientens forventinger/opplevelser, 3. Sykepleierens opplevde barrierer) - At å gi seksuell rådgivning til hjertepasienter er en viktig rolle for helsepersonell (3)		

Tittel: Sexuality of patient with chronic heart failure and their spouses and the need for information regarding sexuality <i>DOI: 10.1177/1474515113485521</i>				
Art.nr.	Utvalg/ Størrelse	Hensikt	Funn	Konklusjon
2	52 pasienter med en gjennomsnittsalder på 65 år, hovedsakelig menn i NYHA klasse I-III 32 partnere med gjennomsnittsalder på 63 år, hovedsakelig kvinner	Beskrive pasientenes og partnernes seksualitet, samt deres behov for informasjon i forhold til seksualitet.	- Ingen eller liten forstyrrelse i seksuelle diskusjoner og intimitet. - Markant eller seriøse forstyrrelser ble rapportert i seksuell aktivitet - Hoved andelen av pasienter med kronisk hjertesvikt og deres partnere ønsker informasjon i forhold til seksualitet - Informasjonsbehovet dreide seg hovedsakelig om symptomer, forholdet og avslapning.	- Både pasienter og partnere opplever nedsatt seksuellfunksjon på forskjellige områder, allikevel forblir forholdet stabilt. - Spørreskjema utviklet av forfatterne kan brukes, men trenger videre utprøving for å valideres.
		Relevans for problemstilling (1. Sykepleierens oppfatning, 2. Pasientens forventinger/opplevelser, 3. Sykepleierens opplevde barrierer) - Sier noe om informasjons behovet til pasientene. - Et spørreskjema kan være en god tilnæringsmåte, for å ta opp tema. (2)		

Tittel: Sexual Counseling in Patients With Heart Failure A Silent Phenomenon: Results From a Convergent Parallel Mixed Method Study
<http://dx.doi.org/10.1097/JCN.0000000000000215>

Art.nr.	Utvalg/ Størrelse	Hensikt	Funn	Konklusjon	Relevans for problemstilling (1. Sykepleierens oppfatning, 2. Pasientens forventninger/opplevelser, 3. Sykepleierens opplevde barrierer)
3	211 sykepleiere, gj.snittsalder 39år, 89% kvinner 62% jobbet innen kardiologi, 12% innen generell medisin, 5% jobbet innen rehabilitering, 75% hadde jobbet lenger enn 6år, 31% hadde jobbet med	Identifisere om sykepleiere diskuterer konsekvenser av hjertesvikt i forhold til seksualitet med pasientene og å undersøke deres opplevde rolle og barrierer i forhold til tema.	<ul style="list-style-type: none"> - Sykepleiere tok sjelden opp seksuelle problemer med sine pasienter. - De følte ikke at det var deres ansvar og bare 8% ga uttrykk for å ha selvtilit nok til å ta opp tema. - Verken pasienter eller sykepleiere snakker om seksuelle problemer - Faktorer som påvirker kommunikasjonen er strukturelle barrierer, mangel på kunnskap, kommunikasjonsevner, relevansen for tema og relasjonen til pasienten 	<ul style="list-style-type: none"> - Hjertesykepleiere i Tyskland praktiserer sjelden seksuell rådgivning - Det er et «stille fenomen». - Føler seg ikke ansvarlige, er forhindret fra å snakke om et «tabu» tema. - Føler seg uforberedt. - Utdanning og trening kan bidra til å bryte stillheten. 	<ul style="list-style-type: none"> - Påpeker hvilke barrierer sykepleiere opplever for å ta opp seksualitet. <p>(1 og 3)</p>

Tittel: Patients' Experiences of Sexual Activity Following Myocardial Ischemia

DOI: 10.1177/1054773814534440

Art.nr.	Utvalg/ Størrelse	Hensikt	Funn	Konklusjon	Relevans for problemstilling (1. Sykepleierens oppfatning, 2. Pasientens forventinger/opplevelser, 3. Sykepleierens opplevde barrierer)
4	19 deltagere i Spania som har gjennomgått mer enn 1 tilfelle av myokard iskemi siste 6-24 mnd. før intervju.	Beskrive pasientens opplevelser rundt seksuell aktivitet etter myokard iskemi.	Fire temaer ble identifisert: 1. Seksuell aktivitet blir annerledes 2. Avgjørende faktorer for retur til seksuell aktivitet 3. Hvordan seksuell aktivitet burde være 4. Mottatt seksuell informasjon - Pasientene viste nedgang både i frekvens og ønske om seksuell aktivitet, påvirket av frykt for seksuell aktivitet og helsepersonells anbefalinger.	- Helsepersonell bør undervise pasientene om når de kan gjenoppta seksuell aktivitet. - Sykepleiere kan hjelpe pasientene med å håndtere frykt relatert til seksuell aktivitet.	- Sier noe om viktigheten av at tema blir tatt opp og beskriver pasientenes informasjonsbehov. (2)

Tittel: Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears DOI:10.1111/jocn.12155					
Art.nr.	Utvalg/ Størrelse	Hensikt	Funn	Konklusjon	Relevans for problemstilling (1. Sykepleierens oppfatning, 2. Pasientens forventinger/opplevelser, 3. Sykepleierens opplevde barrierer)
5	10 sykepleiere i Sverige, 25-62 år, hoved andelen var kvinner, gj.snitts arbeids erfaring 7år, ingen hadde mottatt spesifikk trening i forhold til å diskutere tema med pasientene.	Beskrive sykepleierenes refleksjoner om det å diskutere seksualitet med pasienter.	<p>Tre sentrale temaer identifisert:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Å gjøre det riktige og gjøre godt 2. Kunne, ville, burde – en sykepleiers motstridende følelser 3. Jeg snakker bare ikke om det – seksualitet som et ikke tema <p>- Disse temaene bekrefter at det å diskutere seksualitet i sykepleie omsorg er fortsatt utfordrende å vanskelig for sykepleiere, men det viser også at sykepleiere som snakker med pasienter gjør det på bakgrunn av deres sterke ønske om å hjelpe. Disse sykepleierne følte et ansvar, men at mangel på tid, støtte, fordommer og steder for samtaler var medvirkende faktorer til at det ikke ble snakket om.</p> <p>- Noen sykepleiere følte at det var noen andres ansvar og at tema var tabu.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pasienters seksualitet er fortsatt omringet av stillhet. - Sykepleiere har en viktig rolle i oppdagelsen av u-helse - Når sykepleiere bruker sin kunnskap og går utenfor komfortsonen for å ta opp seksualitet som tema, kan de identifisere pasientens seksuelle problemer. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sykepleiere må forstå hvordan deres kunnskap kan hjelpe deres pasienter med seksuelle problemer. - Studien påpeker hva som bør ligge til grunn for at samtale om seksualitet skal kunne muliggjøres. <p>(1 og 3)</p>

Tittel: Ingen snakker med meg om sex

DOI: 10.4220/Sykepleiers.2015.55918

Art.nr.	Utvalg/ Størrelse	Hensikt	Funn	Konklusjon	Relevans for problemstilling (1. Sykepleierens oppfatning, 2. Pasientens forventinger/opplevelser, 3. Sykepleierens opplevde barrierer)
6	Hovedfokus på kvinner med hjertesvikt	Å belyse hvilke utfordringer kvinner med hjertesvikt kan ha i forhold til seksualitet.	<ul style="list-style-type: none"> - 87 prosent av kvinner med hjertesvikt opplever seksuell funksjonsforstyrrelser. - De fleste av kvinnene har ikke drøftet sin seksuelle helse med helsepersonell. 	<ul style="list-style-type: none"> - Seksuell rådgivning kan forbedre livskvalitet både for kvinnen og hennes partner. 	<ul style="list-style-type: none"> - Belyser viktigheten av å snakke om seksualitet. - Påpeker at det er forskjell på håndtering av menn og kvinners seksuelle problemer og at helsepersonell mangler kunnskap. <p>(2)</p>

Tittel: Sexual counselling for sexual problems in patients with

cardiovascular disease

DOI: 10.1002/1461858.CD010988.pub2.

Art.nr.	Utvalg/ Størrelse	Hensikt	Funn	Konklusjon	Relevans for problemstilling (1. Sykepleierens oppfatning, 2. Pasientens forventinger/opplevelser, 3. Sykepleierens opplevde barrierer)
7	3 RCT studier med 381 deltakere under 71 år, som ser på intervensjoner for seksuell rådgivning. 2 studier fra USA og 1 studie fra Israel. Inkluderte pasienter som var innlagt for hjerteinfarkt.	Evaluerer effektiviteten av seksuelle rådgivnings tiltak i motsetning til vanlig pleie på seksualitets relaterte konsekvenser hos pasienter med kardiovaskulær sykdom og deres partner.	<ul style="list-style-type: none"> - Tiltakene som ble testet i studiene var svært ulike - Studiene gir ikke sterke bevis for at seksuell rådgivning kan forbedre seksuelle utfall for personer med hjertesykdom eller deres partnere. - Beviset fra studiene var av lav kvalitet og resultatene i oversiktsartikkelen må derfor tolkes med forsiktighet. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mangelfulle bevis for å støtte oppunder seksuell rådgivning for seksuelle problemer hos personer med hjertesykdom - Det er et tydelig behov for robuste og metodiske RCT studier. 	<ul style="list-style-type: none"> - Påpeker uvisshet i forhold til effekten av seksuell rådgivning <p>(dras inn i diskusjonen – brukes til å belyse effektiviteten av tiltak)</p>

Tittel: Cardiac rehabilitation staff views about discussing sexual issues with coronary heart disease patients- A national survey in Ireland

DOI:10.1016/j.ejcnurse.2010.05.002

Art.nr.	Utvalg/ Størrelse	Hensikt	Funns	Konklusjon	Relevans for problemstilling (1. Sykepleierens oppfatning, 2. Pasientens forventinger/opplevelser, 3. Sykepleierens opplevde barrierer)
8	60 hjerterehabileringspersonell i Irland: 29 koordinatører, 15 sykepleiere, 13 fysioterapeuter, 3 psykologer. 88% av deltagere var kvinner med gj.snittsalder på 40,7år. Gj.snittsarbeidserfaring 7,5 år.	Dokumentere nåværende praksis og vurdere behovene til hjerterehabileringsgivere i Irland, med tanke på seksuell vurdering og håndtering for pasienter.	- Ansatte rapporterte en mangel på vurderings og rådgivnings protokoller for å ta opp seksuelle problemer. Hvor de hadde liten eller ingen systemer for videre henvisning. - Personalet trodde ikke at pasientene forventet at de skulle ta opp bekymringer knyttet til seksualitet. - Barrierer som ble rapportert var: 1. mangel på selvtilit 2. mangel på kunnskap 3. mangel på trening	Utviklingen av retningslinjer og vurderingsverktøy, samt trening for personalet, er essensielt i forhold til seksuelle helse problemer derom man skal forbedre kvaliteten på tjenestene for pasientene med hjertesykdom.	- Sier noe om personalets oppfatning i forhold til å diskutere seksualitet med hjerterepasienter - Identifiserer barrierer for å snakke om seksualitet. (1 og 3)

Tittel: The Cardiac Health and Assessment of Relationship Management and Sexuality Study: A Qualitative Inquiry of Patient, General Practitioner, and Cardiac Rehabilitation Staff Views on Sexual Assessment and Counseling for Cardiac Patients Link: DOI: 10.1097/JCN.0b013e318281d0b3					
Art.nr.	Utvalg/ Størrelse	Hensikt	Funn	Konklusjon	Relevans for problemstilling (1. Sykepleierens oppfatning, 2. Pasientens forventinger/opplevelser, 3. Sykepleierens opplevde barrierer)
9	Tre fokusgrupper: 1. Pasienter 13 deltakere 2 kvinner 11 menn Gj.snitt 65år 2. Rehabiliteringspersonell 1 16 deltakere 15 kvinner 1 mann Ulik utdanning 3. Fastleger 9 deltakere	Utforske pasientenes, personalets og fastlegenes perspektiv på gjennomføring av seksuell vurdering og veiledning innen Irsk helsevesen og hvordan det kan optimaliseres.	<ul style="list-style-type: none"> - Alle tre gruppene oppgå at seksuell dysfunksjon blant hjertepasienter var et viktig tema som var underadressert i praksis. - Pasientene ønsket at tema skulle tas opp på en direkte måte gjennom og etter rehabiliteringen av selvsikre og kunnskapsrike profesjonelle. - Personalet anså rollen de kunne ha, men mange var forhindret av en oppfattet mangel på kunnskap og selvtillit. De fleste ønsket retningslinjer og trening velkommen. - Det var usannsynlig at fastleger satte i gang en samtale om seksuell dysfunksjon, de mente at pasientene ville være komfortable med å ta det opp. 	<ul style="list-style-type: none"> - Varierende perspektiv både på tvers og innad i de forskjellige gruppene rundt nåværende tjenester og fremtidige behov. - Det er en avstand mellom tjenester helsepersonell mener de gir og det som faktisk oppleves av pasientene. - Seksuell rådgivning bør tas opp mer direkte og vi bør oppmuntre pasienter til å søke individuell rådgivning som passer for dem. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sier noe om informasjonsbehovet til pasientene, samt hva som forhindrer helsepersonell fra å gi dette. - Studien sier noe om helsepersonells oppfatning og pasientenes forventning - Tema er en kateball innenfor helsevesenet <p>(1, 2 og 3)</p>