



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum

Avdeling for helse- og idrettsfag

4BACH

Victoria Efremenko og Linn Marita Lysgaard

Veileder: Liv Bekkeli

Hjertesvikt og seksualitet

Heart failure and sexuality

Antall ord: 11623

Bachelor i sykepleie 2011

2014

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket

JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA NEI

SAMMENDRAG

Tittel

Hjertesvikt og seksualitet. Hvor vi har valgt følgende problemstilling:

«Hvordan kan sykepleier kommunisere med hjertesviktpasienter om seksualitet?»

Introduksjon

Denne oppgaven omhandler hvordan sykepleier kan kommunisere med mannlige hjertesviktpasienter om seksualitet på sykehus.

Hensikt

Hensikten med oppgaven er å belyse hvordan sykepleier kan kommunisere med hjertesviktpasienter om seksualitet, fordi dette er et tema man ikke snakker med pasienter så åpent om når de er innlagt på sykehuset. Her er fokuset størst på den somatiske sykepleien og temaet seksualitet kan dermed bli nedprioritert eller oversett selv om dette er et av våre grunnleggende behov.

Metode

Opgaven er en litteraturstudie og er dermed basert på relevant faglitteratur og forskning rundt dette området. Forskningsartiklene er funnet i høgskolens databaser, og følgende søkeord er benyttet: Communication, men, nurse - patient relations, sexuality, privacy and confidentiality, legevisitt, PLISSIT-modell og pasient. Det har blitt brukt 7 forskningsartikler og 3 fagartikler i oppgaven.

Diskusjon

Sykepleierens kunnskaper og holdninger til sykdom, behandling og kommunikasjonsmetoder er viktige faktorer for å kunne yte god sykepleie til denne pasientgruppen. Relevante tiltak i form av ulike kommunikasjonsmetoder kan være med på å fremme kommunikasjon til hjertesviktpasienter om seksualitet som sykepleieren kan benytte seg av. Det er viktig at sykepleier er bevisst på individualisert sykepleie til hjertesviktpasienter da de befinner seg i ulike aldersgrupper og faser av livet.

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema og formål med oppgaven.....	5
1.2 Problemstilling	6
1.3 Presisering og avgrensning av oppgaven	7
1.4 Oppgavens disposisjon.....	8
2.0 Metode.....	10
2.1 Søkestrategi	10
2.2 Kildekritikk og etisk vurdering	11
2.3 Presentasjon av forskning.....	12
3.0 Teori	16
3.1 Grunnleggende behov i lys av Virginia Hendersons sykepleierteori.....	16
3.2 Hva er hjertesvikt?	17
3.2.1 Symptomer ved hjertesvikt.....	18
3.2.2 Årsaker til utvikling av hjertesvikt.....	19
3.2.3 Behandling ved hjertesvikt.....	19
3.3 Hva skjer i kroppen ved seksualitet?.....	20
3.4 Kommunikasjon mellom sykepleier og pasient	21
4.0 DRØFTING.....	23
4.1 Sykepleierens kunnskap og holdninger i møte med hjertesviktpasienten.....	23
4.2 Planleggingsfasen - viktigheten med tid og sted.....	26
4.3 Åpningsfasen i en strukturert samtale	28
4.4 Hvordan starte en samtale om seksualitet?	29
4.5 Midtdelen i en strukturert samtale.....	31
4.6 Å utforske pasientens problem.....	32
4.7 Seksualitet – mer enn bare sex	34
4.8 Informasjon til pasienten om hvordan hjertesvikt påvirker seksualiteten.....	35

4.9 En god avslutningen på en samtale	38
5.0 Konklusjon	40
Bibliografi	42

1.0 INNLEDNING

Denne bacheloroppgaven omhandler hvordan man som sykepleier kan kommunisere med hjertesvikt pasienter med fokus på seksualitet. Her vil vi begrunne hvorfor dette temaet er relevant i forhold til samfunnet vi lever i og personlig relevans for hvorfor vi valgte nettopp dette som tema. Videre ønsker vi å presentere problemstillingen, samt disposisjonen over oppgaven.

1.1 Bakgrunn for valg av tema og formål med oppgaven

Hjerte - og karsykdommer er en svært vanlig livsstilssykdom, som skyldes røyking, overvekt og inaktivitet. I 2012 ble det registrert 600 000 mennesker som lever med hjerte - og karsykdommer i Norge. Dette tilsvarer ca. 17 % av den norske befolkningen (Statistisk sentralbyrå , 2013).

Mange av de med hjerte – og karsykdommer har allerede, eller utvikler med tiden hjertesvikt. Dette er en kronisk sykdom, som påvirker både helse, velvære og funksjon i hverdagen i stor grad.

Som helsepersonell har vi størst fokus på informasjon om fysisk aktivitet, ernæring, røykeslutt og medisinerer til hjertesviktpasienter. Men det er svært lite som blir tatt opp i forhold til seksualitet og samliv blant hjertesyke. Dette er et tema som ofte blir tabubelagt i helsevesenet, ofte fordi dette er for privat og nært, både for pasienter og sykepleiere.

Vi vil tro at dette også er noe som er vanskelig og pinlig å snakke om med noen man ikke kjenner så godt, særlig i en sårbar situasjon der man har fått diagnostisert en kronisk sykdom. Etter møte med mange hjertesviktpasienter på sykehus har vi opplevd at det er størst fokus på den medisinske delen og den somatiske sykepleien til pasientene, fremfor hvordan de lever med sykdommen hjemme. Det er også lett for å glemme partneren til pasienten og man unngår temaet seksualitet og samliv så godt som det lar seg gjøre.

Vi har valgt å fokusere på tematikken hjertesviktpasienter og seksualitet, fordi dette er et sensitivt tema som både pasienter og sykepleiere snakke lite om.

En studie utført i 2006 omhandler forholdet mellom seksuell velvære, seksuelle problemer og psyke. Undersøkelsen ble gjort av to grupper, den generelle befolkningen i Norge, og en gruppe personer med hjertesykdom. Både de med hjertesykdom og den generelle norske

befolkningen rapporterte å ha opplevd seksuelle problemer. Men antallet av disse var størst blant de med hjertesykdom. Hele 73% av gruppen med hjertesykdom opplevde ereksjonsproblematikk. Fleste antallet av de som var med i studien som opplevde seksuelle problemer, opplevde også en negativ kroppsoppfatning, bekymringer om sitt seksualliv og kropp, og utviklet seksuelle motivasjonsproblemer (Træen & Olsen, 2006).

Det er sykepleierens oppgave å forsikre seg om at pasienter får dekket sine grunnleggende behov, og seksualitet er en av disse - vi har behov for nærhet, trygghet og kjærlighet. Det er også viktig å påse at pasienter er godt informert, spesielt ved en diagnostisert kronisk sykdom som hjertesvikt, da mye av tingene i pasientens liv kan forandre seg og bli annerledes.

Vi vil også tro at det er en del spørsmål relatert til seksualitet blant hjertesvikt pasienter som de kvier seg for å ta opp, da dette er et svært intimt og privat tema. I tillegg er det veldig usikkert på hvor godt pasienter faktisk er informert, om hvordan de skal kunne forholde seg seksuelt med en kronisk hjertesykdom.

Informasjon til pasienter er en av våre plikter og står skrevet i helsepersonelloven kapittel 2, § 10 (Helse - og omsorgsbepartementet, 1999).

I denne oppgaven vil vi derfor forsøke å besvare på hvilke fremgangsmåter og tiltak sykepleier bør iverksette for å kunne ha en god samtale om seksualitet med en hjertesviktpasient.

Vi vil belyse hvilke kommunikasjonsmetoder som er relevante i forhold til temaet, og finne en løsning på hvordan vi som sykepleiere kan bli bedre til å ta opp temaet seksualitet med hjertesvikt pasienter.

1.2 Problemstilling

Ut i fra vårt valg av tema om kommunikasjon med hjertesviktpasienter om seksualitet, har vi valgt følgende problemstilling:

«Hvordan kan sykepleier kommunisere med hjertesviktpasienter om seksualitet?»

1.3 Presisering og avgrensning av oppgaven

Denne oppgaven har fokus på seksualitet og hjertesviktpasienter.

Ved å ha gjort en undersøkelse i databasen ved Statistisk sentralbyrå, fant vi en oversikt over de to siste årene, som viser antall menn og kvinner som får behandling eller er innlagt på somatiske sykehus på grunn av hjertesvikt. Tabell 1 viser en generell oversikt over antall menn og kvinner i alle aldre, behandlet med hjertesvikt i Norge. Oversikten gjelder for året 2012 og 2013.

Kjønn	2012	2013
Menn	7755	8178
Kvinner	5006	4976

Tabell 1. Kilde: (Statistisk sentralbyrå, 2014).

Tabell 2 viser spesifikk alder for både menn og kvinner behandlet med hjertesvikt. Denne gjelder også den norske befolkningen i hele landet, men kun for året 2013.

Kjønn	40–59 år	60–69 år	70–79 år
Menn	1159	1826	2375
Kvinner	359	638	1086

Tabell 2. Kilde: (Statistisk sentralbyrå, 2014)

Denne oversikten vil dermed bekrefte våre erfaringer om at det er flere menn enn kvinner som er rammet av hjertesvikt her i landet.

Denne oppgaven vil derfor ha fokus på menn med hjertesvikt. Vi fokuserer på alder 40 – 60 år, fordi disse er forholdsvis unge. I 2013 ble det registrert 1159 menn med hjertesvikt i en alder 40 – 59 år. Mange av disse kan være nyetablerte både når det gjelder partner og familie. Vi vet at folk er seksuelt aktive på ulike måter i alle aldre. Men her legger vi fokus på den yngre gruppen av menn med hjertesvikt, for å sikre at disse kan ha muligheten til å opprettholde et normalt seksualliv med sin partner selv om de har en kronisk hjertesykdom.

I oppgaven fokuserer vi på menn i alderen 40 – 60 år som er innlagt på sykehus på grunn av hjertesvikt. Dette ønsker vi fordi sykepleierens oppgave ved en medisinsk sengepost er å observere og kartlegge pasientens helsetilstand. I tillegg er det viktig å sørge for at pasienten er godt informert om medikamentbruk og sin sykdom ved utskrivelse, slik at han er forberedt på hvilke forandringer som kan oppstå ved sin funksjonsevne og seksuelle helse. Samtalen mellom sykepleier og pasient om seksualitet vil foregå mot slutten av pasientens opphold på sykehus, når pasienten er forespeilet utskrivningsklar om ett par dager.

Vi ser at det er relevant i forhold til temaet seksualitet å trekke inn pasientens pårørende eller partner, da partneren har en stor rolle i pasientens seksualliv og har selv behov for informasjon eller samtale om seksualitet og pasientens hjertesvikt. Men som avgrensning velger vi å ikke trekke inn dette. Dette gjør vi fordi vår problemstilling har fokus på kommunikasjon med hjertesvikt pasienter.

Som nevnt tidligere er hjertesvikt en kronisk sykdom og som vil være med på å påvirke livskvaliteten til pasientene. Livskvalitet vil likevel ikke være fokuset i denne oppgaven, da vårt valg av tema er kommunikasjon om seksualitet.

1.4 Oppgavens disposisjon

I kapittel 1.0 finner vi innledningen, her presenteres oppgaven og bakgrunn for valg av tema i form av personlig- og samfunnsmessig relevans. Det presenteres også en avgrensning og presisering av oppgaven.

I kapittel 2.0 blir metoden beskrevet. Her er det en forklaring av hva metode betyr, samt en definisjon på kvantitativ- og kvalitativ forskningsmetode. Videre vil litteratursøk bli beskrevet, kildekritikk og etisk vurdering, samt en presentasjon av valgte artikler.

I kapittel 3.0 vil det bli presentert det teoretiske grunnlaget for oppgaven. Her vil vi beskrive og presentere teorien vi mener er relevant for å kunne svare på problemstillingen. I begynnelsen av dette kapitlet vil vi presentere sykepleieteoretikeren Virginia Henderson og hennes teori om ivaretagelse av menneskets grunnleggende behov. Videre redegjøres teorier om hva sykdommen hjertesvikt er, symptomer, årsaker og behandling for hjertesvikt. Det vil også redegjøres for hva som skjer i kroppen ved seksualitet og ulike metoder for kommunikasjon.

Kapittel 4.0 er drøftingskapittelet, hvor vi drøfter teorien opp mot problemstillingen. I denne delen vil vi besvare problemstillingen, ved å belyse hvordan kommunikasjonen vil foregå mellom pasient og sykepleier, samt hvilke tiltak som er relevante for å kunne gjennomføre en god samtale om seksualitet med en hjertesviktpasient.

I kapittel 5.0 har vi oppgavens konklusjon. Her vil vi oppsummere hva vi har fått vite om problemstillingen, og si noe om hvilke kunnskaper vi fortsatt mangler.

I kapittel 6.0 ligger oppgavens kildeliste, som viser en oversikt over hva slags litteratur vi har brukt for å kunne besvare oppgavens problemstilling.

2.0 Metode

En metode forteller oss om hvordan man skal arbeide med en presentasjon slik at man kommer frem til et sluttprodukt. Sosiologen Vilhelm Aubert definerer en metode slik: « En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder » (sitert i Dalland, 2012, s.110). Oppgaven er en litterær studie, hvor en problemstilling skal besvares (Dalland, 2012). Vi vil benytte oss av pensumlitteratur og litteratur som vil være relevant for oppgavens tema, samt forskning som er gjort som kan gjøre at vi kan bygge svar oppunder med dette.

Vi kan skille mellom to ulike metoder, kvalitativ og kvantitativ metode. En kvalitativ metode vil kunne brukes der resultatene ikke fås i målbare enheter, men hvor det har blitt brukt data for å få samlet inn en helhet og sammenheng (Dalland, 2012). En slik metode kan gjerne brukes for å få frem en pasients erfaring og opplevelse av en situasjon som har oppstått. En kvantitativ metode blir derimot ofte benyttet i studier der resultatene er målbare enheter og resultatene kan tallfestes (Dalland, 2012).

2.1 Søkestrategi

I oppgaven har vi brukt litteratur fra høgskolens bibliotek, litteratur fra folkebibliotek og relevante artikkeldatabaser. Det at noe er relevant vil si at det omhandler det temaet vi ønsker å belyse og vil være med på å besvare på problemstillingen vår (Dalland & Tygstad, 2012).

Vi har brukt Oria og folkebibliotekets databaser for å finne litteratur vi ikke hadde tittel på, ved å bruke søkeord: hjertesvikt og seksualitet. Denne letingen har ført til at vi har funnet noe litteratur som vi ikke hadde funnet ellers. Vi har også gått gjennom hyller hvor bøkene om hjertesvikt står, som har ført til at vi har funnet flere nyttige titler som vi har inkludert i oppgaven. I enkelte tilfeller har ikke ønsket litteratur vært tilgjengelig på campus, så dermed har vi brukt folkebibliotekene som en løsning.

Databasene Chinal og Ovidnursing har blitt brukt mye i søk av relevante artikler til oppgaven vår, da det er denne vi har fått mange gode treff ved tidligere bruk. Disse databasene er tilgjengelig på høgskolens hjemmesider. For å finne relevante artikler som omhandlet tema i

oppgaven benyttet vi oss av PICO-skjema, hvor vi brukte søkeord som communication, heart failure, sexuality og patient. For å vise denne prosessen har vi valgt å lage et PICO-skjema som er lagt ved i oppgaven som vedlegg 1. Noen av de benyttede artiklene ble funnet i andre artiklers litteraturliste, som siden ble søkt opp i databasen Cinahl, Ovidnursing, Oria eller Google Scholar. Det har blitt benyttet avgrensninger ved søkene siden valgte søkeord har fått opp mange svar, men vi har vurdert jevling underveis over årstall, kvalitet og forskning. Artiklene som har blitt inkludert i oppgaven har blitt utvalgt ved at det har relevante abstrakter og overskrifter for oppgaven. Vi velger dermed å legge ved et vedlegg 2, som er et detaljert skjema over søkehistorikken da vi selv mener at dette blir mer ryddig og oversiktlig for leseren til å kunne se hvordan vi har funnet de inkluderte artiklene for oppgaven.

2.2 Kildekritikk og etisk vurdering

Når det blir utført en litteraturstudie, så er kunnskaper om kildekritikken relevant for å fastslå om kildene er troverdige eller ikke (Dalland & Tygstad , 2012). Kildekritikk blir definert som de metodene man bruker for å kunne bekrefte om en kilde er troverdig (Dalland & Tygstad , 2012). Vi ønsker å fokusere på at det er faglig innenfor sykepleie når vi har søkt etter litteratur og artikler som kan være med på å belyse vår problemstilling. Da oppgaven vår er en litteraturstudie har vi tidligere beskrevet at vi har benyttet oss av pensumlitteratur, forskningsartikler samt annen litteratur som er relevant. Samtidig har vi vært kritiske til at litteraturen vi finner, oppfyller kravene som skal omhandle vårt tema, og i tillegg at det er valid som kilde. Dette menes med at den litteraturen og de artiklene som er funnet i tidsskifter eller fagbøker vil handle om sykepleie. Når vi sier at en kilde er valid betyr dette at kilden er troverdig og er relevans for det problemet vi ønsker å skrive om (Dalland, 2012). Den litteraturen vi ønsker å bruke, skal være med å dekke det området vi skal fordype oss i. Vi har funnet ut at vi ønsker at oppgaven hovedsakelig skal bygges oppunder av kvalitativ forskning, slik at vi får inn resultater som er opplevd av pasientene rundt det konkrete emnet. Allikevel har vi valgt og ta med noe kvantitativ forskning for å vise en mer relevant statistikk på området i oppgaven. For at vi skal vite om en forskningsartikkel er kvalitativ eller kvantitativ har vi benyttet oss av kunnskaper om forskjellene på disse to, og dermed analysert dem.

2.3 Presentasjon av forskning

I oppgaven har det blitt brukt både fag og forskningsartikler. Vi har benyttet oss av 7 forskningsartikler, hvorav 6 er engelske og 1 norsk, samt 3 fagartikler hvorav 2 er norske og 1 engelsk. Disse har blitt valgt på grunnlag av at de var meget relevante for oppgaven, da i drøfting i form av diskusjon og intervensjoner. Vi har valgt å bygge oppgaven med noe forskning, da det i enkelte tilfeller kan være mer oppdatert enn det man kan finne i litteraturen, samt det kan hjelpe til at vi går enda dypere i problemstillingen. Videre har vi valgt å presentere våre valgte artikler i et eget skjema, slik at det skal bli mer oversiktlig for leseren. Skjemaet presenteres nedenfor.

Forfatter(e):	Årstall:	Type artikkel:	Tittel og kort beskrivelse av artikkel:
Jennifer Farrell, Basia Belza	2012	Forskningsartikkel	Tittel: « <i>Are older patients comfortable discussing sexual health with nurses?</i> » Kvantitativ studie, med spørsmål om pasienter med gjennomsnittsalder på 81 år, er komfortable med å diskutere sin seksuelle helse med helsepersonell. Det kommer frem at både menn og kvinner ønsker å diskutere dette med leger eller sykepleiere.
Tiny Jaarsma, Elaine E. Steinke, Woet L. Gianotten.	2010	Fagartikkel	Tittel: « <i>Sexual problems in cardiac patients: how to assess, when to refer</i> ». Artikkelen belyser at seksualitet er viktig å diskutere for å skape helhetlig omsorg for hjertepasienter. Her presenteres PLISSIT-modellen som kan være til hjelp for å kartlegge pasientens seksuelle helse og eventuelle problemer.
Maureen D'Eath, Molly Byrne, Sally Doherty, Hannah McGee, Andrew W. Murphy.	2013	Forskningsartikkel	Tittel: « <i>The cardiac health and assessment of relationship management and sexuality study</i> ». En studie utført i grupper om seksuell funksjon, vurdering og rådgivning for pasienter med koronar hjertesykdom i Irland. Både leger, sykepleiere og pasienter mener at dette er et viktig tema som ofte blir undervurdert av helsepersonell. Leger og sykepleiere føler de ikke har nok kompetanse om emnet til å diskutere seksuell helse med pasienter.

Anne Geert van Driel, Michèle Jeanne Jef de Hosson, Claudia Gamel	2013	Forskningsartikkel	<p>Tittel: «<i>Sexuality of patients with chronic heart failure and their spouses and the need for information regarding sexuality</i>».</p> <p>En studie utført for å finne ut hvordan hjertesviktpasienter og deres partnere opplever sin seksuelle helse, om de opplevde noen forandringer og hvilke behov de har for informasjon om seksualitet.</p>
Richard A. Pessagno	2013	Fagartikkel	<p>Tittel: «<i>Dont be embarrassed: Taking a sexual health history</i>».</p> <p>En fagartikkel som belyser at sykepleiere synes det er vanskelig å diskutere seksuelle problemer med pasienter, på grunn av mangel på kunnskap om emnet. Artikkelen sier noe om hva som kan gjøres for at dette blir mindre pinlig å snakke om med pasienter.</p>
Sofia E. Olsen	2013	Forskningsartikkel	<p>Tittel: «<i>Perspektiver på legevisitten</i>». En kvalitativ studie om legevisittens betydning for pasienter, sykepleiere og leger, med fokus på taushetsplikt. 4 pasienter, 3 sykepleiere og 3 leger ble intervjuet ved en medisinsk sengepost på norsk universitetssykehus.</p>
Bente Træen, Samara Olsen	2006	Forskningsartikkel	<p>Tittel: «<i>Sexual dysfunction and well-being in people with heart disease</i>».</p> <p>Formålet med denne forskningsartikkelen er å undersøke og belyse seksuell velvære i forhold til seksuelle problemer.</p> <p>Undersøkelsen ble gjort ved anonyme spørreskjemaer. Det deltok 1093 voksne nordmenn av den generelle befolkningen i Norge, og 1664 personer som var medlem i</p>

			LHL, i alle aldre. Begge gruppene opplevde seksuelle problemer.
Bente Træen	2007	Forskningsartikkel	<p>Tittel: «<i>Sexual dissatisfaction among men and women with congenital and acquired heart disease</i>».</p> <p>En artikkel som belyser seksuell misnøye både blant menn og kvinner med hjertesykdom, og går mer spesifikt inn på hvilke seksuelle problemer denne gruppen opplevde. Undersøkelsen ble gjort ved anonyme spørreskjemaer.</p>
Brenda Mercer	2008	Forskningsartikkel	<p>Tittel: «<i>Interviewing people with chronic illness about sexuality: an adaption of the PLISSIT model</i>».</p> <p>Forfatter trekker inn relevant forskning og egne erfaringer, der hun skriver om seksualitet ved kronisk sykdom. Her presenteres PLISSIT – modellen, og hva denne går ut på, for å kunne ha en samtale om seksualitet med kronisk syke.</p>
Halvor Nordby	2008	Fagartikkel	<p>Tittel: «<i>Oppfatter pasienten det du sier?</i>»</p> <p>En fagartikkel som omhandler kommunikasjon mellom pasient og sykepleier. Artikkelen belyser hvor viktig det er å tilpasse språk når man snakker med pasienter, ha pasientens oppmerksomhet, hvordan pasientens assosiasjoner påvirker kommunikasjonen og pasientens sykdomsopplevelser verdier og holdninger. Dette er kommunikasjonsbetingelser sykepleier bør være oppmerksom på ved samtale med pasienter.</p>

3.0 Teori

Sykepleie handler om hvordan man kan hjelpe mennesket til å opprettholde en god helse, med å ivareta menneskets grunnleggende behov når de ikke er i stand til å gjøre det på egenhånd (Kristoffersen, Nortvedt, & Skaug, 2011). I dette kapittelet vil vi ta for oss temaer som er relevante for å belyse vår problemstilling. I første del av teorien vil vi beskrive Virginia Hendersons syn på sykepleie i forhold til pasientenes grunnleggende behov. Vi velger å beskrive generelt om hva hjertesvikt er, og dens patologiske funksjon. Deretter nevner vi hva seksualitet er, hvorfor dette er viktig for oss mennesker og hva som skjer i kroppen ved seksuell aktivitet. Til slutt skriver vi om kommunikasjon mellom pasient og sykepleier, og kommer mer tilbake til dette i drøftingsdelen da vi tar for oss ulike kommunikasjonsmetoder i forhold til besvarelse av problemstillingen.

3.1 Grunnleggende behov i lys av Virginia Hendersons sykepleierteori

Virginia Henderson var en amerikansk sykepleier, og en av de første som ønsket å finne en konkret definisjon som skulle fortelle hva sykepleieren kunne utøve i forhold til sin kompetanse (Henderson, 1997). Da Virginia Henderson hadde utdannet seg til sykepleier oppdaget hun raskt at hun ikke hadde lært noe om å møte pasientene som hele personer. Det hun hadde lært på skolen var i hovedsak en opplæring i prosedyrer, og det var ikke fokus på ivaretagelse av det hele mennesket. Henderson så at pasientene ikke bare besto av en syk kropp, men her fantes det også en sjel med følelser, behov og ønsker (Henderson, 1997). Henderson blir beskrevet som en behovsteoretiker, noe som vil si at hun var veldig opptatt av å tenke på pasientens grunnleggende behov og hvordan en sykepleier kunne på en best mulig måte ivareta disse (Henderson, 1997). Hun framhever at god sykepleie handler om å hjelpe pasienter, enten om de er friske eller døende, til å dekke deres grunnleggende behov (Henderson, 1997). Hendersons definisjon på sykepleierens funksjon kan forklares på denne måten:

Sykepleierens enestående funksjon består i å hjelpe mennesket, enten det er sykt eller friskt, til å utføre de handlinger som bidrar til helse eller gjenvinning av helse (eller til en fredfull død), som dette mennesket ville ha utført uten hjelp hvis det hadde hatt den nødvendige styrke, vilje eller kunnskap til det. Hennes funksjon er å gjøre dette på en måte som hjelper ham til å bli selvstendig så raskt som mulig (5,s.45) (Henderson, 1997).

Henderson utviklet en teori som i hovedsak handlet om sykepleierens funksjoner og arbeidsoppgaver (Henderson, 1997). Hun samarbeidet med International Council of Nurses om boken *The Basic Principles of Nursing Care* som omhandler 14 ulike komponenter som Henderson mener er relevante for menneskets grunnleggende behov (Henderson, 1997). Her blir det forklart hvordan pasienter skal få en helhetlig pleie og omsorg, og hvordan sykepleieren kan benytte seg av de 14 ulike behovene (Henderson, 1997).

Av Hendersons komponenter er det to behov som er relevante for å besvare problemstillingen:

- Punkt 10: Å hjelpe pasienten til å få kontakt med andre og med å gi uttrykk for sine behov og følelser.
- Punkt 14: Å hjelpe pasienten til å lære (Henderson, 1997, s.42-43).

Når en pasient er syk og ikke har mulighet for å ta vare på seg selv, er det sykepleieren som skal være den som sørger for at pasientens grunnleggende behov blir ivaretatt (Henderson, 1997). Henderson mener det er viktig at sykepleieren kartlegger pasientens behov, og sørger for at det er tilpasset pasienten for at det skal bli en god pleie. Dersom sykepleieren jobber med å få tilfredsstilt alle de grunnleggende behovene uten å få kartlagt hvilke behov pasienten trenger hjelp til, vil sykepleien være utilstrekkelig (Henderson, 1997). Målet som Henderson definerer er å hjelpe individet med de aktuelle gjøremål som vedkommende trenger bistand til for å gjenvinne selvstendighet om mulig.

3.2 Hva er hjertesvikt?

Hjertesvikt er en tilstand der hjertet ikke er i stand til å pumpe nok blod ut i kroppen, da hjertemuskelen er svekket. Kroppens vev får dermed ikke den blodmengden som er nødvendig for å opprettholde en normal funksjon (Ørn & Brunvand, 2011).

Dette er en kronisk sykdomstilstand, som er svært vanlig blant befolkningen. Sannsynligheten for å utvikle hjertesvikt øker med alderen. Pasienter med hjertesvikt har høy sykkelighet og dødelighet. Tilstanden medfører ofte stadige sykehusinnleggelse.

Vi skiller mellom to ulike typer hjertesvikt; høyresidig – og venstresidig. Der venstresidig hjertesvikt er den vanligste.

Når hjertets venstre ventrikkel ikke klarer å pumpe nok blod ut i kroppen påvirkes alle kroppens organer og funksjoner. Denne typen hjertesvikt kalles også systolisk hjertesvikt. Når hjertet ikke er i stand til å ta imot blodet ut fra kroppen og inn i hjertet kalles dette diastolisk hjertesvikt. Denne vil medføre lungestuvning fordi blodet fra lungene ikke kommer seg videre, og vil dermed stuves i lungearteriene. Ved systolisk hjertesvikt vil det nesten alltid også være diastolisk hjertesvikt til stede, fordi hjertet har redusert pumpeevne. Man vil derfor vanligvis ikke skille mellom systolisk eller diastolisk hjertesvikt, når det er snakk om en venstresidig hjertesvikt (Ørn & Brunvand, 2011).

Høyresidig hjertesvikt skyldes som regel problemer med sirkulasjonen i lungekretsløpet eller medfødte misdannelser i hjertet. Ved denne typen hjertesvikt vil det oppstå stuvning i organer som blodet må passere før det skal inn til hjertet, som for eksempel tarm og lever (Ørn & Brunvand, 2011).

Hjertesvikt deles inn i fire ulike NYHA-klasser, der klasse 1 er en mild grad med lite symptomer, og klasse 4 er den alvorligste graden med symptomer i hvile.

3.2.1 Symptomer ved hjertesvikt

Symptomer ved hjertesvikt er redusert fysisk yteevne, økt tretthet og tungpust. Det vil også oppstå perifere ødemer, særlig i beina og lungene.

Den reduserte fysiske yteevnen skyldes at hjertets venstre ventrikkel ikke klarer å pumpe nok oksygenrikt blod ut i kroppen. Skjelettmuskulaturen får dermed ikke tilstrekkelig med oksygen til alt arbeidet som skal utføres. Jo mindre pumpekraft hjertet har, jo mer vil pasientens fysiske yteevne reduseres (Ørn & Brunvand, 2011). Dette vil også føre til økt tretthet, da alle kroppens organer ikke får tilstrekkelig tilførsel av oksygenrikt blod i forhold til behovet, og organenes funksjon vil reduseres.

Tungpust ved hjertesvikt skyldes stuvning i lungevenene. Dette oppstår fordi det pumpes mer blod inn til lungene, enn det hjertet klarer å pumpe ut i kroppen. Lungevenene vil bli stive på grunn av økt blodmengde som gjør at trykket i blodårene øker. Blodårene vil bli mindre elastiske, noe som gjør at lungene ikke får tømt seg for luft, og pasienten vil føle at det er vanskelig å puste ut. Ved forverring av stuvningen vil trykket forflytte seg videre til lungekapillærene, og det vil oppstå ødemer i lungevevet. Dette gir hevelse i luftveiens slimhinner og fører til tørrhoste (Ørn & Brunvand, 2011).

Det er vanlig at hjertesvikt pasienter opplever tungpust, både ved fysisk aktivitet og i liggende stilling. Tungpust hos pasienter som ligger, oppstår fordi blodtrykket i lungene er høyere når vi ligger enn når vi står (Ørn & Brunvand, 2011). Tungpust ved anstrengelser skyldes økt hjertefrekvens, da hjertet har behov for å pumpe mer blod ut i kroppen.

Væskeopphopning i kroppen skyldes økt utskillelse av ADH hormonet, som er et anti diuretisk hormon. Hormonet gjør at det skilles ut mindre vann med urinen. Dette vil øke arbeidsbelastningen på hjertet, som igjen vil føre til lungestuvning, tungpust og eventuelt lungeødem.

3.2.2 Årsaker til utvikling av hjertesvikt

Hjertesvikt er forårsaket av to forhold; en utløsende skade av hjertemuskelen og deretter en gradvis forverring av hjertefunksjonen som vil medføre økende symptomer på hjertesvikt (Ørn & Brunvand, 2011).

Iskemisk sykdom eller hjerteinfarkt er den vanligste årsaken til hjertesvikt. Da det vil oppstå en skade i hjertemuskelen ved at hjertemuskelcellene ikke får nok oksygen ved et hjerteinfarkt, disse muskelcellene vil dø og hjertets funksjonsevne vil dermed bli redusert.

Langvarig høyt blodtrykk er også en årsak til hjertesvikt da hjertet har hatt en stor belastning over lang tid, yteevnen vil med tiden bli redusert og hjertemuskelen blir svakere.

Klaffefeil, kardiomyopati, myokarditt og ulike typer arytmier er også en faktor til utvikling av hjertesvikt, men dette er mindre sjeldent enn iskemisk sykdom og hypertensjon (Ørn & Brunvand, 2011)

3.2.3 Behandling ved hjertesvikt

Hjertesvikt behandles først og fremst medikamentelt. Deriblant ACE – hemmere som har en blodtrykkssenkende virkning. Medikamentet gjør at blodkarene slapper av og utvider seg. Det minsker også belastningen på hjertet, noe som er en ønskelig effekt ved behandling av hjertesvikt. Betablokkere vil redusere hjertets arbeidsbelastning ved å senke hjertefrekvensen samt redusere blodmengden som pumpes ut for hvert slag. Dette vil bidra til at hjertet ikke trenger å jobbe like hardt for hvert slag og hjerteslagene vil bli mer fullstendige.

Betablokkerens virkning vil også føre til redusert blodtrykk.

Vann drivende medikamenter bidrar til økt utskillelse av væske, og urinproduksjonen øker. Dette er nødvendig for hjertesvikt pasienter for å redusere væskeansamling i kroppen, og forebygge ødemdannelser og lungestuvning (Høybakk, 2008).

3.3 Hva skjer i kroppen ved seksualitet?

Seksualitet er en viktig del av livet til et menneske hvor det er med på å skape identitet og personlighet. Uansett hvilken alder eller livssituasjon et menneske måtte befinne seg i, vil vedkommende ha behov for seksualitet. WHO sin definisjon på seksuell helse blir beskrevet ved at seksualitet omfatter både det fysiske, psykiske, emosjonelle, sosiale, åndelige og kulturelle behov som kan være med på å fremme kommunikasjon, kjærlighet og personlig utvikling (Gamnes, 2011).

Det seksuelle reaksjonsmønsteret kan deles inn i flere faser; lystfase, opphisselsesfasen, platåfasen, orgasmefasen og avslapningsfasen.

Mennesket har erogene soner rundt omkring på kroppen som kan være med å bidra til en seksuell lystfase, dette skjer som regel ved fysisk berøring rundt de erogene sonene. Det er meget individuelt på mennesket hvor de erogene sonene sitter, men det mest kjente erogene sonet er kjønnsorganet hos begge kjønn (Gamnes, 2011). Sentralnervesystemet har en funksjon som ikke er så kjent for mange når man skal snakke om seksualitet. Da det finnes to områder i hjernen som er med på å bidra til en betydning for de seksuelle funksjonene et menneske har og det er hypothalamus og hypofysen. Under lystfasen og opphisselsesfasen blir seksuell stimulering og aktivitet påvirket av sansene, bevisstheten og innlæringsevnen. Et hormon som kan være med å bidra til seksuell lyst og stimulering er oksytocin, også kalt kjærlighetshormonet, som dannes i hypofysen hos begge kjønn (Gamnes, 2011). Fra hjernen sendes det nerveimpulser for den seksuelle lysten gjennom hjernestammen og via ulike nervebaner i ryggmargen også kalt sentralnervesystemet. I ryggmargen finnes det ulike impulser av betydning for økt fuktighet i genitalia, ereksjon, orgasme og ejakulasjonen, da disse impulsene går fra ryggmargen og videre til det sympatiske nervesystemet og ned til genitalområdet. Fra genitalområdet går de sensoriske impulsene tilbake til sentralnervesystemet (Gamnes, 2011).

Ved seksuell stimulering skjer det mange fysiologiske forandringer i hele kroppen og det som inntraff i lystfasen og opphisselsesfasen blir forsterket i platåfasen, hvor man kan se at både puls, blodtrykk, respirasjonsfrekvensen øker, samt hudsvette og en generell økt muskelspenning. I platåfasen blir lystfasen og opphisselsesfasen så sterk at man kommer frem til orgasmefasen, hvor det oppstår en seksuell utløsning. Avslapningsfasen er den siste fasen hvor man begynner å merke at de fysiologiske forandringene avtar, musklene slapper av

og enkelte kan oppleve en svettereaksjon samt at det frigjøres endorfiner som gir mennesket en følelse av tilfredshet (Laursen, 2011).

3.4 Kommunikasjon mellom sykepleier og pasient

Kommunikasjon kommer fra det latinske ordet *communicare*, som betyr å ha noe felles.

Det kan defineres som en utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter (Eide & Eide, 2013).

Ved et kommunikasjonsforhold er det minst to parter til stede, som har et påvirknings – og et utvekslingsforhold til hverandre. Den som formidler informasjon er en sender, mens den som lytter er mottaker av denne informasjonen. Hensikten med kommunikasjon er å formidle et budskap som består av ulike tegn og signaler. Disse tegnene og signalene kan være verbale eller nonverbale. Verbal kommunikasjon formidles muntlig eller skriftlig. Ved nonverbal kommunikasjon sendes det signaler via kroppsspråk. Mange av signalene som blir sendt ut kan være ubevisste, som i form av ansiktsuttrykk, kroppsholdning, tonefall, samt plassering og avstand mellom sender og mottaker (Eide & Eide, 2013).

Disse signalene vil påvirke hvordan en samtale mellom sykepleier og pasient vil foregå.

Gode kommunikasjonsferdigheter er et hjelpemiddel som gir sykepleier muligheten til å se pasienten som et helt menneske. Med dette vil det bli en god relasjon mellom pasient og sykepleier. Sykepleier får mulighet til å gi bedre hjelp og støtte, og sammen kan de sette mål og ta gode beslutninger, for å stimulere pasientens utvikling (Eide & Eide, 2013).

En sykepleier må være i stand til å utføre profesjonell kommunikasjon med pasienten. Det vil si kommunikasjon som er basert på yrkets verdigrunnlag, der hovedmålet er å fremme helse, forebygge sykdom og lindre lidelse (Eide & Eide, 2013). En profesjonell kommunikasjon vil dermed være hjelpende. Hjelpende kommunikasjon er pasientrettet, der sykepleier tenker på likeverd, respekt og pasientens rett til selvbestemmelse (Eide & Eide, 2013).

Dette vil skape trygghet og tillit hos pasienten, og det vil utvikles et fellesskap mellom pasient og sykepleier.

I samhandling mellom mennesker er kommunikasjon en nødvendig forutsetning for fellesskap (Hummelvoll, 2012). Med fellesskap mener vi et møte mellom to mennesker som skal innebære likeverdighet, uten at det skal være forskjell på den som søker hjelp og den som

prøver å hjelpe. Når det dannes et fellesskap mellom pasient og sykepleier vil sykepleier kunne ha muligheten til å opptre hjelpende og støttende. Dette vil bidra til en utvikling av en problemløsende samtale, der både sykepleier og pasient sammen vil finne en løsning på problemet, som vil være for pasientens beste.

Den hjelpende samtalen bør være strukturert for at det skal ha en betydning for problemløsningen, den kan deles inn i tre faser: åpningen, hvor hovedfunksjonene er å etablere en god relasjon mellom sykepleier og pasient. Dette vil være med på å skape en kontakt og trygghet for begge parter, og klargjøring for hvordan samtalen skal foregå. Her vil man også finne en prosess som kan bidra til å identifisere hva problemet er og derav nå samtalsens mål. I den andre fasen som kalles midtdelen er hovedfunksjonen å få frem et perspektiv og opplevelse fra pasientens side. Ved å deretter prøve å finne ut av problemene sammen eller å bidra til at pasienten kan utforske disse og være med på å styrke denne relasjonen. Den siste fasen er en avslutningsdel hvor man smått begynner å ta initiativ til å avrunde samtalen og sørge for å oppsummere hva man har snakket sammen om. I den siste fasen handler det også om å kunne bekrefte nye avtaler som har blitt gjort underveis med vedkommende og bekrefte disse i den avsluttende delen (Eide & Eide, 2013)

4.0 DRØFTING

I dette kapitlet vil vi drøfte hvordan sykepleier kan kommunisere med hjertesviktpasienter om seksualitet. Det å drøfte kan bli beskrevet som « å diskutere og ta for seg og granske noe fra forskjellige sider» (Dalland, 2012, s.143).

Vi velger å starte dette kapitlet med å presentere hvilke kunnskaper og holdninger en sykepleier bør ha, for å kunne utføre en strukturert og profesjonell samtale om seksualitet med en hjertesviktpasient. Deretter presenterer vi planleggingsfasen før en samtale, før vi tar for oss hvordan en strukturert samtale vil foregå mellom sykepleier og pasient. For å gjennomføre denne samtalen velger vi å bruke Eide & Eide sin mal på hvordan en strukturert samtale bør foregå. Den består av tre deler som vi deler opp i åpningsfasen, midtdelen av en samtale og en god avslutning på samtalen. I dette kapitlet vil vi dermed drøfte teori opp mot praksis, for å kunne besvare problemstillingen på en god måte.

4.1 Sykepleierens kunnskap og holdninger i møte med hjertesviktpasienten

I følge sykepleierteoretikeren Virginia Henderson er det viktig at sykepleier har kunnskaper om pasientens fysiske, psykiske, emosjonelle og åndelige behov, for å kunne se pasienten som et helt menneske. Dette er nødvendig for å kunne utøve helhetlig sykepleie der man ikke låser seg fast i pasientens sykdom, men også er bevisst på at pasienten har individuelle behov og ønsker. For å vurdere pasientens tilstand er det viktig at sykepleier observerer, hører, føler og lukter (Henderson, 1997).

Disse observasjonene er vesentlige for at pasienten skal få optimal behandling for sin hjertesykdom. For at dette skal være mulig må sykepleieren ha teoretiske, etiske og praktiske kunnskaper.

Den teoretiske kunnskapen er basert på sykdomstilstand og dens patologiske funksjon. Herunder går også kunnskaper om behandling, medikamenter og deres bivirkninger. Sykepleier bør også ha kunnskap om seksualitet og ha en forståelse for hva som skjer i kroppen ved seksuell stimuli, for å kunne snakke om dette med hjertesviktpasienten. For å kunne ha denne samtalen er det vesentlig at sykepleieren også har kunnskaper om hva kommunikasjon innebærer, og hvordan en strukturert samtale bør foregå.

Etiske kunnskaper og holdninger er nødvendig for at sykepleier skal kunne opptre profesjonelt ovenfor pasienten. Det er derfor viktig at sykepleier jobber etter de yrkesetiske retningslinjene for å fremstå på en profesjonell måte (Gamnes, 2011).

Alle sykepleiere i Norge skal arbeide etter de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere, utgitt av Norsk sykepleierforbund. Disse retningslinjene er bygget på ICNs etiske regler og menneskerettighetene utarbeidet av FN (International Council of Nurses).

Under kapittel 1 i de yrkesetiske retningslinjene er det satt opp punkter som beskriver hvilket ansvar sykepleieren har for pasienten. Her er det også viktig å poengtere hvilket ansvar en sykepleier har for sin pasient: «Sykepleieren ivaretar den enkelte pasientens verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til medbestemmende og retten til ikke å bli krenket.» (NSF, 2011,s.8).

Når en sykepleier skal snakke med en pasient om seksualitet vil dermed de yrkesetiske retningslinjene være en viktig rettesnor som kan være med på å skape en strukturert og profesjonell samtale mellom sykepleier og pasient. Herunder bør sykepleier også være bevisst på at informasjonsplikten ovenfor pasienten vil være gjeldende, da pasienten nødvendigvis ikke er klar over sine rettigheter.

Pasienter er som regel i en situasjon som de ikke har valgt å være i selv når de er innlagt på sykehus, og de fleste ganger vet ikke pasienten at man har mange rettigheter (Gamnes, 2011). Disse bør opplyses under den første samtalen, da alle pasienter har en lovfestet rett til å få opplyst informasjon om konsekvenser av behandlingen de får og dette gjelder også konsekvenser som er av betydning for seksuallivet.

Plikten er lovfestet i pasientrettighetsloven, §3-2, hvor det skal informeres om helsetilstand og innhold i helsehjelpen samt informasjon om risikoer og mulige bivirkninger (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). Det står også skrevet i helsepersonelloven kapittel 2, §10 som omhandler de som har krav på informasjon etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven §3-2 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014).

En sykepleiers holdning handler også om å være følsom ovenfor pasientens grenser og hva pasienten kan akseptere at andre får vite (Slettebø, 2009). Da vi kan tenke oss at det å måtte diskutere sitt seksualliv i et flermannsrom hvor de fleste av nabopasientene er tilstede, kan være pinlig og nedverdiggende.

Dette er også skrevet i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere i kapittel 1, punkt 1.3 « Sykepleieren ivaretar pasientens rett til vern om fortrolige opplysninger » (NSF, 2011,s.7). I en samtale med en pasient om seksualitet, både under legevisitt og ved senere anledninger, må sykepleier være med på å sørge for at taushetsplikten ikke blir brutt. Sykepleier kan kreve at dersom pasienten er såpass oppegående, kan han være med på et møterom sammen med lege og sykepleier med tanke på at taushetsplikten blir ivaretatt på en best mulig måte.

Når det skal foregå en samtale med hjertesviktpasienten om seksualitet, er det viktig at samtalen finner sted i et rom hvor man kan snakke sammen uten å bli forstyrret av andre og unngår at utenforstående får med seg det som blir sagt.

Dette er noe både sykepleiere og leger skal tenke på i alle situasjoner når det skal foregå en samtale om pasientens privatliv, da vi dessverre har vært erfart at det blir tatt opp meget private temaer på flermannsrom, der nabopasienten sitter bak forhenget og får med seg mye av samtalen. Ofte har dette foregått under legevisitten hvor det blir snakket om prøvesvar, sykdommen generelt, bivirkninger av medikamenter og videre tiltak som skal iverksettes.

I teori og praksis skal ikke dette foregå da både leger og sykepleiere har skrevet under på taushetsplikten, som blir gjenspeilet i lov om helsepersonell §21, som omhandler helsepersonellens hovedregel om taushetsplikt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014).

I en studie utført i 2013 ble det gjort et intervju av pasienter, leger og sykepleiere på en medisinsk sengepost i Norge. Denne gikk ut på informasjon og kommunikasjon mellom pasienter og helsepersonell. Både sykepleiere og leger var klar over at taushetsplikten ikke ble overholdt på flermannsstuer, og sensitiv informasjon ble derfor ikke tatt opp der. Pasientene mente at det ikke spilte noen spesifikk rolle at pasientene som oppholdt seg i samme rom fikk med seg denne informasjonen (Olsen, 2013).

Likevel kan dette være svært individuelt når det er snakk om seksualitet, da dette er et meget privat og intimt tema. Fordelen med å snakke med pasienten på enerom er at det vil være lettere for pasienten å snakke med sykepleier eller lege alene. Pasienten har dermed

muligheten til å åpne seg mye mer om et privat tema, som seksualitet enn det han ville gjort på en flermansstue.

Praktiske kunnskaper sykepleier bør ha for å kunne utføre en god samtale om seksualitet, er at vedkommede fremstår som en trygg person. Det innebærer at man er trygg på seg selv og sin egen seksualitet. Det er også vesentlig at sykepleier har tidligere erfaring om samtaler med pasienter, og er trygg på sine kommunikasjonsferdigheter. En fordel er også om sykepleieren har deltatt på kurs eller undervisning om kommunikasjon innenfor tema seksualitet, og har nok kunnskaper om hvordan en profesjonell og strukturert samtale om dette temaet vil foregå.

4.2 Planleggingsfasen - viktigheten med tid og sted

Det er viktig at sykepleier tar seg god tid til planlegging før samtalen finner sted. Med dette mener vi at sykepleier bør gå gjennom notater og journaler for å kunne skaffe seg det som er relevant av informasjon, og legger forholdene til rette for dette under samtalen med pasienten (Eide & Eide, 2011).

For å forberede pasienten er det viktig at han blir informert om at det vil foregå en samtale med sykepleier før utskrivelse. Her bør sykepleier sørge for at pasienten er innforstått med hva som er temaet i samtalen. For eksempel kan pasienten få utdelt en brosjyre utgitt av LHL, «Hjerter i lyst og nød – seksualitet og hjertesykdom». Ved hjelp av denne brosjyren, kan pasienten forberede seg fysisk og psykisk til samtalen med sykepleier. Pasienten kan også få tilbud om en notatbok og penn, slik at han kan skrive ned eventuelle spørsmål som kan tas opp med sykepleier under samtalen. Da man ofte kan bli overveldet av all informasjon som blir gitt, og spørsmål som pasienten ønsket å stille før samtalen, kan bli glemt underveis.

Nordby (Nordby, 2009), forteller at pasienter som befinner seg på sykehus har ofte jobb nok med å være til stede under en samtale. Det å møte helsevesenet kan ofte oppleves som fremmed for pasienten, og det kan oppstå en følelse av usikkerhet. Mange av pasienters mentale kapasitet blir derfor ofte brukt til å bearbeide sykdomsopplevelser. Derfor vil det å snakke om sin seksuelle helse ved innleggelse på sykehus, være med på at kommunikasjonsforståelse blir svekket.

Dette er noe sykepleier bør ha i bakhodet ved en samtale med pasienten. Derfor er planleggingsfasen svært viktig slik at både pasienten og sykepleieren er godt forberedt. Sykepleieren kan også tilby pasienten til å inkludere partneren i samtalen, da dette kan være med å sikre at informasjonen som blir gitt av sykepleier, blir mottatt og forstått av både pasienten og hans partner.

En studie viser at både pasienter med kronisk hjertesvikt og deres partnere ønsker gjerne mer informasjon av sykepleiere om seksualitet. Spesielt når det gjelder symptomer som kan oppstå av medikamentbruk, symptomer som kan forekomme under seksuell aktivitet, om det i det hele tatt er farlig å være seksuelt aktiv når man er hjertesyk. Studien viste også at det var en del misnøye og spørsmål både blant pasienter og deres partnere, som omhandlet seksuell ytelse, seksuell interesse og nytelse (Geert van Driel, Jef de Hosson, & Gamel, 2013).

Som en forberedelse bør sykepleier reservere et møterom der samtalen skal foregå. Dersom dette ikke blir gjort kan tiden som var ment å være for pasienten, bli brukt opp i å lete etter rom som er ledige. Det kan også være fint om sykepleier og pasient sammen setter av en beregnet tidsramme rundt tiden de er med hverandre, da dette kan være med på å sette fokus på det som først og fremst er temaet, nemlig pasientens seksuelle helse.

For at pasienten skal føle seg mest mulig vel og komfortabel under samtalen, vil omgivelsene rundt ha en stor betydning for dette. Samtalen bør finne sted i et møterom som er lyst, ryddig og har gode sitteplasser. Sykepleier kan forberede møterommet ved å ordne med servering av kaffe, vann og eventuelt snitter eller kjeks. Det kan også tas i bruk noe pynt som blomster eller lys, for å gjøre omgivelsen mer behagelig. Ved å gjøre dette vil pasienten føle seg velkommen og bli mer avslappet. Dette kan bidra til at samtalen får en bedre flyt, og det vil være lettere for pasienten å snakke mer åpent om sin seksuelle helse og bekymringer innenfor temaet.

4.3 Åpningsfasen i en strukturert samtale

I starten av en samtale altså åpningsfasen med en pasient der det skal snakkes om seksualitet er det viktig at sykepleier sørger for at det blir dannet gode relasjoner i form av kontakt og trygghet. Under åpningsfasen vil sykepleier kunne starte problemidentifiseringen og sørge for å skape en åpen situasjon.

For å strukturere samtalen kan vi si at begynnelsen først og fremst er en av de viktigste funksjonene for å kunne etablere gode relasjoner i form av tillit og trygghet (Eide & Eide, 2011).

Når det dannes et kontaktforhold mellom sykepleier og pasient, kan det være lettere for pasienten å snakke mer åpent om det som skal være samtals hovedpunkt, nemlig seksualitet når man har hjertesvikt.

Når en sykepleier skal snakke med en hjertesvikt pasient om seksualitet er det viktig at vi er i stand til å utføre en profesjonell kommunikasjon, da vi skal sørge for at kommunikasjonen som utføres er i henhold til yrkets verdigrunnlag, hvor jobben til sykepleieren blant annet er å fremme helse (Eide & Eide, 2011).

Dersom det ikke blir utført profesjonell kommunikasjon vil ikke sykepleieren fremstå som en profesjonell yrkesutøver. Dermed vil samtalen mellom sykepleier og pasient mangle struktur og pasienten får mindre utbytte av samtalen.

Ved mangel på profesjonell kommunikasjon vil vi tro at pasienten ikke vil få like god veiledning og hjelp i forhold til bekymringer og problemer rundt seksualitet. Dette vil også føre til at sykepleierens mål om å fremme pasientens seksuelle helse ikke blir ivarettatt.

Ved at sykepleieren er i stand til å utføre profesjonell kommunikasjon vil dette være med på å etablere relasjon mellom begge parter i samtalen, da den første samtalen er med på å danne inntrykk av hverandre.

Hvordan sykepleier innleder en samtale kan være avgjørende for hva slags inntrykk pasienten får av sykepleieren. Det er vesentlig at pasienten har et godt inntrykk av sykepleier under hans innleggelse på sykehuset. Dersom det har vært dårlig kontaktforhold mellom disse partene, vil vi tro at pasienten ikke vil åpne seg like mye ovenfor sykepleier om sin seksuelle helse under samtalen. Det er derfor viktig at sykepleier opptrer profesjonelt ved å være møtende og tar seg

god tid til å lytte hva pasienten har å si. Dette vil være et godt grunnlag for å skape trygghet og tillit for hjertesviktpasienten da man skal snakke om seksualitet.

For at samtalen skal kunne ha en fri flyt ligger det til grunne at kontakten og tryggheten mellom sykepleier og pasient er tilstede, da det å snakke om seksualitet kan være utfordrende. Richard Pessagno (Pessagno, 2013) forteller at enkelte sykepleiere synes at det å ha en samtale med pasienter om seksualitet skaper forlegenhet. Ved å møte pasienten med å vise at man selv er trygg på å snakke om seksualitet, har nok kunnskaper om emnet, samt sørge for at det som blir gitt av informasjon er klart og tydelig, vil gjøre at det dannes en felles interesse som kan sørge for at samtalen om seksualitet blir mindre pinlig å snakke om. Hvis man ikke møter hjertesviktpasienten på denne måten, vil det kunne føre til at samtalen rundt temaet blir ubehagelig å snakke om for begge parter.

4.4 Hvordan starte en samtale om seksualitet?

Det er mange ulike tilnæringsmåter en sykepleier kan ta ty til, for å utføre en profesjonell samtale om seksualitet med hjertesvikt pasienter. Forskning viser at det ofte blir tatt i bruk en PLISSIT – modell som et hjelpemiddel, for å kunne gjennomføre en god samtale om seksualitet med kronisk syke (Mercer, 2008). Modellen er også et godt hjelpemiddel for å kunne kartlegge eventuelle seksuelle problemer. Denne modellen har blitt brukt de siste 30 årene, innenfor ulike helsetjenester. For oss er det noe usikkert hvorvidt denne metoden blir brukt i Norge.

PLISSIT – modellen blir brukt som en mal, slik at det skal være mulig å gjennomføre en samtale eller et intervju om seksualitet, i klinisk praksis. Modellen er basert på en forkortelse, som står for tillatelse, begrenset informasjon, konkrete forslag og intensiv behandling (Mercer, 2008).

Ved å følge PLISSIT – modellen og utføre en samtale med hjertesvikt pasienten om seksualitet, vil dette gjøres på følgende måte:

Sykepleier introduserer temaet seksualitet og oppmuntrer pasienten til å diskutere hans seksuelle helse og eventuelle problemer innenfor temaet. Her vil også sykepleier kunne kartlegge hva pasienten selv har av kunnskap om seksuell helse, og eventuelle seksuelle problemer som kan oppstå ved hjertesvikt. Denne kartleggingen vil også være med på å si noe om hvordan pasientens selv har opplevd symptomene ved hjertesvikt og eventuelle

bivirkninger etter oppstart av behandling for sykdommen. Her kan sykepleierens bekymring og støtte være nok til å lindre pasientens lidelse. Fordi pasienten får muligheten til å åpne seg til noen om sine problemer, og får et inntrykk av at sykepleier er interessert og bryr seg om pasientens helse og velvære.

Videre vil sykepleier kunne ha muligheten til å gi aktuell informasjon til pasienten, som er relevant i forhold til eventuelle problemer eller bekymringer, som har blitt belyst i den første delen av samtalen.

Deretter kan sykepleier komme med konkrete forslag, som kan gi en løsning for pasientens aktuelle problemer.

I noen tilfeller kan sykepleier oppleve eller få et inntrykk av at problemet er mer komplisert, og ser at det er nødvendig for ytterligere kompetanse innenfor problemstillingen.

Her er det svært viktig at sykepleieren erkjenner at dette er utenfor grensen av sine egne kunnskaper, og foreslår at denne saken kan tas videre til en fagperson med spesifikk kompetanse innenfor feltet. Dette kan for eksempel være en lege, rådgiver, sexolog, psykolog eller psykiater. Det er viktig at sykepleier presenterer forslaget til pasienten på en pen måte, og forklarer at en slik fagperson har mer kompetanse, som kan bidra i større grad til å finne en løsning på problemet, slik at pasienten opplever god hjelp og behandling. Her må sykepleier belyse at det kun er til ønske for pasientens beste, slik at han opplever god behandling og rådgivning, og får et håp om at det finnes gode løsninger på problemet. Det er da svært viktig å motivere pasienten til å ta saken videre og oppmuntre han til dette, da dette også vil være med på å forebygge en følelse av håpløshet hos pasienten.

4.5 Midtdelen i en strukturert samtale

I en samtale er det midtdelen som er vesentlig for å kunne identifisere problemet rundt pasientens seksuelle helse. Her vil vi diskutere problemstillingen og eventuelle spørsmål som hjertesviktpasienten kan ha rundt temaet (Eide & Eide, 2013).

Her vil hjertesvikt pasienten kunne ha ordet og ha muligheten til å åpne seg om sitt privatliv, sin seksuelle helse og eventuelle problemer og bekymringer innenfor temaet.

For å hjelpe pasienten til å åpne seg og dele sine private tanker og følelser rundt dette er det viktig at sykepleier oppmuntrer, lytter aktivt, gir informasjon og kommer med innspill for å avklare og utdype problemstillingen (Eide & Eide, 2013).

Sykepleierens oppgave i denne delen av samtalen vil derfor være: utforske problem og tema, forstå pasientens perspektiv, holde struktur i samtalen, utvikle relasjon og allianse, forklare og informere (Eide & Eide, 2013).

Seksuell helse blir beskrevet av WHO, at seksualitet omfatter både det fysiske, psykiske, emosjonelle og åndelige behov. Det å lytte til hva pasienten har å si rundt disse områdene kan være med på å lede samtalen i en retning som kan være ønskelig. Slik at sykepleieren kan ta opp det som er aktuelt av informasjon iforhold til bivirkninger av medikamenter, om det er farlig å ha samleie og hva som skjer med kroppen under et samleie. Det er ikke nødvendigvis slik at det bare er pasienten som skal snakke, da det også kan være hensiktsmessig at det er en åpen dialog mellom sykepleier og pasient.

En fordel med å skape en åpen dialog vil være med på skape en relasjon, trygghet og bidra til å starte prosessen med å identifisere problemet rundt pasientens seksualitet (Eide & Eide, 2011).

4.6 Å utforske pasientens problem

For å utforske pasientens problem, vil Virginia Hendersons punkt 10 av pasientens grunnleggende behov være aktuell her: ”å hjelpe pasienten til å få kontakt med andre, og gi uttrykk for sine følelser og behov.”

Her vil det være viktig at sykepleier oppmuntrer pasienten til å fortelle om sine tanker, opplevelser og bekymringer i forhold til seksualitet.

Når pasienten snakker om dette bør sykepleier lytte aktivt og stille åpne spørsmål. Åpne spørsmål er nyttig for å få mer utfyllende informasjon. Samtidig vil pasienten kunne ha muligheten til å svare slik han selv vil. Slike spørsmål innledes ofte med «hva, hvordan, hvor eller hvorfor».

Sykepleier bør også være oppmerksom på pasientens nonverbale signaler for å oppfatte hint til bekymringer, som kan si noe om pasientens opplevelser eller følelser i forhold til temaet i samtalen. Disse signalene kan også si noe om det ligger et problem til grunne, som pasienten kanskje ikke får uttrykt med ord eller klarer å formulere dette godt nok (Eide & Eide, 2013).

Pasienten bør derfor oppmuntres til å uttrykke og utforske sine følelser i forhold til sin seksuelle helse, eventuelle problemer innenfor seksualitet og hvordan parforholdet fungerer mellom pasienten og hans partner. På denne måten vil både pasient og sykepleier bli mer oppmerksomme på hvordan pasientens følelser henger sammen i forhold til problemstillingen.

Ved å stille åpne spørsmål og oppmuntre pasienten til å kjenne på sine egne følelser i forhold til sin seksuelle helse, vil sykepleieren kunne forstå pasientens perspektiv. Sykepleieren vil dermed få muligheten til å utforske problemet og få informasjon om pasientens tanker og følelser rundt dette (Eide & Eide, 2013).

Det vil også bli lettere for sykepleieren å kartlegge pasientens seksuelle helse og eventuelle problemer som har oppstått etter diagnostisert hjertesvikt eller om problemene skyldes etter oppstart av hjertesvikt behandlingen. Dette vil også gi gode grunnlag for sykepleieren til å kunne føre en hjelpende kommunikasjon sammen med pasienten.

Sykepleieren kan risikere å få opplysninger og informasjon av pasienten, som man ikke forventer eller er forberedt på. Dette er noe sykepleier alltid bør ha i bakhodet når det er snakk om pasientens privatliv, da slike opplysninger må håndteres på en profesjonell måte. Dersom sykepleier føler at det blir vanskelig å bidra med sine hjelpende ferdigheter her, må det bes

om tillatelse av pasienten til å kunne ta problemstillingen videre, til en fagperson som har mer kunnskaper og kompetanse innenfor området.

Praktiske ferdigheter i hjelpende kommunikasjon vil være hjelpende, støttende og problemløsende, der både pasienten og sykepleieren tar gode beslutninger sammen (Eide & Eide, 2013).

Her vil sykepleierens oppgave være å lytte aktivt til pasienten og skape gode relasjoner.

Ved å møte pasientens behov og ønsker på en god måte og viser respekt opptrer sykepleieren støttende. Når sykepleier formidler informasjon på en klar og forståelig måte, kartlegger ulike løsningsalternativer og åpner for nye handlingsvalg, vil dette kunne oppfattes som hjelpende (Eide & Eide, 2013).

Underveis i samtalen må sykepleieren vise interesse og engasjement for å danne et godt samarbeid med pasienten, slik at det blir tatt gode beslutninger og løsninger på problemet.

Dersom pasienten har problemer med å åpne seg for sykepleieren og ikke ønsker å uttrykke sine tanker, følelser og bekymringer i forhold til sin seksuelle helse - vil det være vanskelig for sykepleieren å kartlegge problemet. Dermed vil ikke sykepleier kunne bidra med sine hjelpende og støttende ferdigheter. Kommunikasjonen vil derfor ikke bli problemløsende.

Dersom dette skulle skje kan vi tenke oss at sykepleier vil oppfatte at det er et problem til stede som pasienten vegrer seg for å snakke om. Vi vil derfor tro at det er nettopp her sykepleier bør opptre rolig og avslappet, for å skape trygghet og tillit hos pasienten. Sykepleier kan spørre bekreftende om pasienten synes at dette er et vanskelig tema å snakke om. I en slik situasjon kan sykepleier ta ordet og dra i gang samtalen igjen ved å opptre spørrende og finne ut hvorfor dette er et vanskelig eller sårt tema for pasienten. Det er her sykepleieren bør opptre profesjonelt og hjelpende, for å støtte pasienten og oppmuntre han til å snakke om problemet. Det er viktig å belyse ovenfor pasienten at vi ønsker hans beste og at vi har denne samtalen for å kunne hjelpe til med hans problemer rundt hans seksuelle helse og velvære.

Dersom pasienten skulle bli usikker og ha problemer med å åpne seg ovenfor sykepleieren er det viktig å forklare ovenfor pasienten at seksualitet og nærhet er viktig for oss som mennesker og begrunner dette med at seksualitet er et av våre grunnleggende behov. Det er derfor svært viktig her å vise ovenfor pasienten at sykepleier har gode kunnskaper om

seksualitet og er trygg og komfortabel med å snakke om dette med pasienten.

For å hjelpe pasienten til å forstå at seksualitet er et av våre grunnleggende behov kan vi ta i bruk Maslows behovspyramide.

4.7 Seksualitet – mer enn bare sex

En amerikansk psykolog ved navn Abraham Maslow presenterte en behovspyramide i 1954 (Idehen, 2013).

I pyramiden fremstilte han hvilke grunnleggende behov som var viktige for oss mennesker. I den nederste delen av pyramiden har vi de fysiologiske behovene som mat og drikke, søvn og hvile, hvor også seksualitet blir plassert. Pyramiden er bygd opp slik at de nederste behovene er de som er mest nødvendige for oss å dekke, før man har overskudd til å dekke de andre behovene lenger opp i pyramiden.

Maslow plasserte behov for sex i pyramidens nederste del, mens behovene for kjærlighet, vennskap og sosial tilhørighet er plassert i pyramidens tredje del. Det at sex ble plassert som et av de viktigste behovene ble tolket som at dette var en naturlig drift i oss mennesker, slik at mennesker skal kunne formere seg og sikre artens overlevelse. Mange tolket også disse delene av pyramiden som at hvert enkelt menneske, har behov for fysisk kontakt med andre (Idehen, 2013). Maslows hensikt med denne pyramiden var dermed å gjøre folk mer oppmerksomme på at vi har behov for fysisk kontakt, oppmerksomhet, nærhet, seksualitet, kjærlighet, vennskap og sosial tilhørighet.

Ved å ta i bruk denne teorien og forklare meningen med denne til pasienten vil være et godt hjelpemiddel, der pasienten får mer forståelse for hvorfor seksualitet er så viktig for god helse og velvære. Seksualitet handler nødvendigvis ikke bare om seksuell aktivitet som samleie, men også nærhet, berøring, intimitet og kjærtegn. Da dette kan være med å få oss til å føle kjærlighet og tilhørighet.

Forskning viser at pasienter med hjertesykdom, både menn og kvinner ofte opplever seksuell misnøye. Menn utviklet frykt for å ha samleie og opplevde det vanskelig å snakke om seksuelle problemer sammen med sin partner. Mange opplevde også problemer i forhold til seksuell opphisselse og hadde frykt for ereksjonsproblemer, disse opplevde også redusert selvfølelse og selvtillit, da de ble mer oppmerksomme på hvor viktig sex ble oppfattet for

tilfredshet og velvære (Træen, 2007).

Det er derfor viktig å belyse ovenfor pasienten at dersom han opplever problemer og bekymringer om sin seksuelle helse, er det viktig at han snakker om det slik at det kan være mulig å finne en løsning på problemet.

Maslows behovspyramide vil også være et godt hjelpemiddel for å gjøre pasienten mer oppmerksom på hvilke andre grunnleggende behov som er viktig for oss mennesker og at disse er viktige for oss å dekke, slik at vi får en opplevelse av fysisk og psykisk velvære, samt god livskvalitet.

Dersom det skulle vise seg at samtalen blir svært kort med tanke på at pasienten kan svare avvisende og uttrykker at han ikke ønsker å snakke om sin seksuelle helse, er dette noe sykepleier må respektere. Likevel kan det ofte skje at det er nettopp disse som kommer tilbake senere med betroelser om at seksuallivet ikke fungerer så godt og at spørsmål eller tilbud om en slik samtale blir en oppvekker for at helsepersonell faktisk bryr seg om pasientens seksuelle problemer.

4.8 Informasjon til pasienten om hvordan hjertesvikt påvirker seksualiteten.

Hvordan hjertesvikt og behandlingen for sykdommen kan påvirke pasientens seksualitet er svært viktig at pasienten får nok informasjon om.

Å bli syk med en kronisk sykdom kan føre til problemer med seksuallivet og dette kan skyldes både fysiske og psykologiske forandringer. Legemidler og behandlingsformer kan også være med på å påvirke dette i stor grad (Træen & Olsen, 2006).

En studie utført ved Irske helsetjenester viser at seksuell dysfunksjon er vanlig hos personer med koronar hjertesykdom. Både leger, sykepleiere og pasienter som var med i studien mente at temaet var en viktig sak, som ofte ble undervurdert og nedprioritert i praksis. Studien viser at pasienter ønsker mer informasjon og samtale om temaet med trygge og kunnskapsrike fagfolk. Leger og sykepleiere erkjenner at dette er noe de kan bidra med, men følte at de hadde manglende kunnskap om temaet. Dermed ville de gjerne få mer undervisning og opplæring om seksuell dysfunksjon ved koronar hjertesykdom, for at det skulle bli aktuelt å snakke om dette med pasienter (D'Eath, Byrne, Doherty, & McGee, 2013).

Derfor bør både leger og sykepleiere informere hjertesviktpasienter om hvordan en kronisk hjertesykdom kan påvirke pasientens seksualliv.

Hjertesvikt kan føre til nedsatt blodforsyning til mange deler av kroppen, også til kjønnsorganene. Dette kan føre til impotens hos menn, og nedsatt lystfølelse både hos menn og kvinner. Mange får også angst og bekymringer for at sex kan utløse symptomer som tungpust, hjertebank eller brystmerter (Landsforeningen for hjerte - og lungesyke, 2012).

Økt trettbarhet kan også påvirke lysten negativt, da pasienten har hverken energi eller lyst til å være seksuelt aktiv. I tillegg vil det å få en kronisk sykdom være en stor psykisk belastning, med mye usikkerhet og bekymringer for framtiden om sitt eget liv og helse, som dermed gjør at seksuell aktivitet og bekymringer om ens seksuelle helse blir nedprioritert.

Fysiologiske studier viser at den fysiske belastningen ved samleie er moderat. Det vil derfor vanligvis ikke være noe problem med samleie av fysiske grunner, dersom pasienten er i stand til å gå opp et par trapper eller ta seg en gåtur på 5-10 minutter, uten å oppleve sterke og ubehagelige symptomer (Høybakk, 2008). Likevel er dette noe mange pasienter ikke vet, og er derfor redde for å være seksuelt aktive med sin partner.

Mange legemidler kan gi bivirkninger som påvirker seksualiteten og ofte er det vanskelig å si om det er hjertesykdommen i seg selv, bruken av medikamenter eller kombinasjonen av disse som er årsaken til at det oppstår problemer (Landsforeningen for hjerte - og lungesyke, 2012). Det er også store individuelle forskjeller og hvordan parforholdet fungerer i seg selv har også mye å si for pasientens sexliv. Likevel vet vi; jo mer omfattende hjertesykdommen er, jo mer medikamenter vil pasienten bruke. Dermed er det økt risiko for bivirkninger som går ut over kvaliteten til pasientens seksualliv.

Det er tidligere blitt gjort undersøkelser om i hvor stor grad hjertemedisiner påvirker seksualfunksjonen. Undersøkelsene er utført på middelaldrende menn og hadde fokus på påvirkning av ereksjonsevnen (Landsforeningen for hjerte - og lungesyke, 2012).

Disse studiene er av eldre dato men hadde følgende resultater:

- *ACE – hemmere, ATI – blokkere og alfa – blokkere* har enten en positiv eller ingen effekt på seksualfunksjonen.
- *Vanndrivende* og kan virke hemmende på ereksjon. Medikamenter som *Spirix* ligner på østrogen, og har derfor en negativ effekt på menns seksualfunksjon. Dette kan også føre til vekst av brystene hos menn.

- *Betablokkere* er ansett å være verstingene blant blodtrykksmedisiner og kan føre til ereksjonssvikt.
- *Digitalis* brukes ved hjertesvikt og arytmier, som også kan gi ereksjonssvikt.
- *Kolesterolsenkende* medisiner bedrer en eventuell ereksjonssvikt og forsterker effekten av for eksempel Viagra, da blodårefunksjonen bedres ved lavt kolesterolnivå.

Vi har dessverre erfart at pasienter ikke får nok informasjon om slike bivirkninger.

Når en pasient med hjertesviktforverring blir innlagt på sykehus blir det foretatt medisiner for å forhindre og forebygge symptomer som utløser hjertesvikt forverring. Under legevisitten snakker legen med pasienten om prøvesvar, sykdommen i seg selv, og videre behandling. Ofte innebærer dette medisinjusteringer som i form av seponering av tidligere medikamenter, nye medikamenter, samt redusering eller økning av dose eller styrke av et medikament, legen forklarer også hvordan disse medisinene fungerer. Men det blir dessverre nevnt svært lite om bivirkninger, og særlig de som kan påvirke pasientens seksuelle funksjonsevne.

Informasjon om fysiologiske forandringer ved hjertesvikt, kartlegging av pasientens funksjonsevne og informasjon om medikamentenes virkning og bivirkninger er noe både leger og sykepleiere bør fokusere mer på. Å sørge for at pasienten er godt informert er vår plikt som helsepersonell og dette kan også bidra til at hjertesvikt pasienten blir mer oppmerksom og mer bevisst på at det kan oppstå forandringer innenfor hans seksuelle helse. Men terskelen for å ta opp temaet og eventuelle problemer som kan oppstå blir dermed lavere, der pasienten kan snakke om sin seksuelle helse med helsepersonell. Fordi han får et inntrykk av at vi bryr oss om slike problemer, og ser på pasienten som et helt menneske og ikke bare hans hjertesykdom.

4.9 En god avslutningen på en samtale

Når samtalen med hjertesviktpasienten begynner å gå mot slutten, er det sykepleierens oppgave å bidra til at samtalen blir avsluttet på en fin måte innen tidsrammen som er satt opp for samtalen. Når samtalen begynner å gå mot slutten, er det fint om sykepleieren tar initiativ til å avrunde i god tid, slik at pasienten og sykepleieren sammen kan få tid til å oppsummere det som har blitt sagt i løpet av samtalen (Eide & Eide, 2011).

For at samtalen mellom sykepleier og hjertesviktpasienten skal være hensiktsmessig er det vesentlig at pasienten har forstått det sykepleier har gitt av informasjon.

En oppsummering er ikke bare en begynnelse på en avslutning av samtalen, men også en integrert del av samtalsprosessen (Eide & Eide, 2011).

Ved å ta initiativ til å avrunde kan sykepleier foreta en oppsummering og nevne de viktigste punktene som har vært diskutert i samtalen. Dette kan blant annet være hvilke forandringer pasienten kan oppleve, diskusjon av medikamenter og bivirkninger av disse, og om det i det hele tatt er farlig å ha når man har hjertesvikt.

Ved å foreta en oppsummering av de viktigste punktene som har blitt diskutert i løpet av samtalen, og som er aktuelle for pasientens situasjon, er med hensikt til at pasienten ikke glemmer alt av informasjon som har blitt tatt opp i løpet av samtalen. Dette er viktig, da mye kan glemmes fra pasientens side i løpet av en lang samtale, der han har fått mye ny informasjon som han må ha tid til å bearbeide.

For pasientens del kan en oppsummering være til stor hjelp, da dette kan gi pasienten en anledning til å tenke over det som har blitt diskutert, og bearbeide informasjonen han har fått av sykepleieren. Pasienten kan også være med på å bekrefte eller justere det som har blitt sagt i løpet av samtalen, ved å selv være med på å oppsummere (Nordby, 2009).

Under oppsummeringen vil det dannes en felles forståelse, der begge parter føler seg hørt og forstått. Pasienten vil også føle seg godt ivaretatt av sykepleieren. Det er også viktig at sykepleier husker på at selv om pasienten ikke har en akutt skade, kan vedkommende trenge tid til å "senke skuldrene" etter en samtale om hans seksuelle helse. Etter oppsummeringen kan derfor sykepleier foreslå at pasienten kan ta kontakt ved senere anledning, dersom han skulle ha flere spørsmål, har behov for ytterligere informasjon, eller trenger noen å snakke med om sine bekymringer for helse og velvære. Her kan også sykepleier foreslå at pasienten

kan oppsøke en hjertepoliklinikk, der han kan få en oppfølging for sin hjertesviktsykdom og få hjelp og veiledning i forhold til eventuelle problemer og bekymringer.

En undersøkelse gjort i 2012 (Farrell & Belza, 2012), forteller at 86% av de som var med i studien var komfortable med å diskutere sin seksuelle helse med helsepersonell. Disse tok seg ikke nær av at samtalen tema omhandlet pasientenes seksuelle helse. Det understrekes i studien at både menn og kvinner ikke ble forlegne av å diskutere dette temaet så åpen med lege eller sykepleier og at disse faktisk hadde nytte av en slik samtale.

Dette er noe sykepleier kan spørre om i avslutningen av en samtale om pasientens seksuelle helse, for å undersøke om pasienten hadde nytte av å snakke om dette med sykepleier.

Dette er vesentlig for sykepleier å vite, om det er hensiktsmessig å ha en samtale om seksuell helse med hjertesvikt pasienter.

Som sykepleier bør man som nevnt tidligere være flinke til å oppsummere, da dette kan bidra til at pasienten får tenkt over det som har blitt diskutert i løpet av samtalen. Dette kan også være med på å belyse hvilket utbytte han har hatt av en slik samtale. En god ide er også å la pasienten få oppsummere selv det han har lært under samtalen. Slik vil sykepleier få et innblikk i hva pasienten har forstått om det som har blitt sagt og den informasjonen han har fått. I slutten av samtalen med hjertesviktpasienten om seksualitet kan det eventuelt gjøres nye avtaler som kan være med på å bidra til å bekrefte relasjonen som har blitt skapt under samtalen.

5.0 Konklusjon

I dette litteraturstudiet har vi jobbet med tema kommunikasjon med hjertesviktpasienter om seksualitet, på sykehus. Vi har belyst at seksualitet er et av våre grunnleggende behov, hvor fokuset har vært å beskrive hvorfor dette er viktig å snakke om med hjertesviktpasienter. Da mange i denne pasientgruppen ikke vet hvilke fysiske og psykiske forandringer som kan oppstå etter diagnostisert hjertesvikt som kan påvirke seksualiteten, eller hvilke bivirkninger enkelte medikamenter kan forårsake ved behandling for sykdommen.

I denne oppgaven har vi vektlagt seksuell helse hos hjertesviktpasienter, men vi ser også at dette er et tema som er svært relevant hos andre pasientgrupper med kroniske sykdommer.

Mange av forskningsartiklene vi har brukt belyser at samtale og informasjon om seksualitet ved kronisk sykdom, er noe både pasienter og deres partnere etterlyser.

Hjertesviktpasienter og deres partnere opplever både fysiske og psykiske forandringer innenfor seksualitet og savner mer informasjon om dette (Geert van Driel, Jef de Hosson, & Gamel, 2013). Kommunikasjon om seksualitet kan raskt svikte mellom pasienter og sykepleiere, da pasientene synes at dette er pinlig og vanskelig å ta opp. Mens sykepleiere gir for lite råd og informasjon rundt temaet på grunn av mangel på praktiske og teoretiske kunnskaper og erfaringer som berører seksuelle problemer hos hjertesviktpasienter.

Gjennom denne oppgaven har vi lagt til rette for hvordan en strukturert samtale om et så privat og intimt tema, kan foregå mellom pasient og sykepleier. God tilrettelegging, profesjonell holdning, gode teoretiske og praktiske kunnskaper hos sykepleier, er avgjørende for at samtalen skal få en fri flyt og ha en struktur. Sykepleierens kunnskaper om hjertesvikt, seksualitet og gode kommunikasjonsferdigheter er også vesentlige for at en samtale om seksualitet skal være hensiktsmessig for pasienten.

Oppsummert kan vi si at de viktigste faktorene for en strukturert samtale rundt pasientens seksuelle helse handler om god planlegging, hvordan sykepleier presenterer temaet for pasienten, utforsker pasientens problem og gir aktuell informasjon i forhold til problemstillingen. Videre er det viktig å huske på å avslutte samtalen på en god måte, og oppsummere slik at det viktigste blir ivaretatt, da vil også helheten av samtalen bli bra.

I arbeid med denne oppgaven har vi reflektert over problemstillingen vår, og konkludert med at oppsettet av en strukturert samtale vi presenterer er en fin mal å bruke, men som man

nødvendigvis ikke trenger å følge slavisk. Likevel ønsker vi å poengtere at flere av tiltakene vi har nevnt i drøftingsdelen er relevante for å kunne føre en god samtale om pasientens privatliv.

Bibliografi

Dalland & Tygstad . (2012). Kilder og kildekritikk. I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving* (5. utg., ss. 63-80). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

* D'Eath, M., Byrne, M., Doherty, S., & McGee, H. (2013, Mars/April). The cardiac health and assessment of relationship management and sexuality study. *Journal of Cardiovascular Nursing - Vol. 28, No. 2, pp E1YE13* , s. 13.

Eide & Eide. (2013). Å strukturere en samtale. I E. Hilde, & T. Eide, *Kommunikasjon i relasjoner - samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg., ss. 249-261). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Eide & Eide. (2013). Hva er hjelpende kommunikasjon? I H. Eide, & T. Eide, *Kommunikasjon i relasjoner - samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg., ss. 11-22). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Eide, H., & Eide, T. (2011). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

* Farrell, J., & Belza, B. (2012, Februar). Are older patients comfortable discussing sexual health with nurses? *Nursing Research - January/February 2012 Vol 61, No 1, 51-57* , s. 7.

* Gamnes, S. (2011). Nærhet og seksualitet. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug, *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener og livsutfordringer* (ss. 71-103). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

* Geert van Driel, A., Jef de Hosson, M. J., & Gamel, C. (2013, April 10). Sexuality of patients with chronic heart failure and their spouses and the need for information regarding sexuality. *European Journal of Cardiovascular Nursing 0(0) 1-8* , s. 9.

Høybakk, J. (2008). Sykepleie til pasienter med hjertesykdom. I U. Knutstad, *Sykepleieboken 3 - Klinisk sykepleie* (ss. 131-190). Oslo: Akribes AS.

Helse - og omsorgsdepartementet. (1999). *lovdata.no*. Hentet April 21, 2014 fra Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven).: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2014, Januar 1). *lovdata.no*. Hentet April 3, 2014 fra Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven).: http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2

Helse- og omsorgsdepartementet. (2014, Januar 1). *www.lovdata.no*. Hentet April 14, 2014 fra Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven).: http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_5#KAPITTEL_5

* Henderson, V. (1997). *Basic Principles of Nursing Care*. Geneva (Switzerland): Intertational Council of Nurses.

Hummelvoll, J. K. (2012). Samtale og relasjon. I J. K. Hummelvoll, *Helt - ikke stykkevis og delt* (ss. 419-441). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

* Idehen, M. (2013). At forstå seksualitet. I M. Idehen, *Seksualitet og livskvalitet* (ss. 15-87). København: Munksgaard.

* Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E.-A. (2011). Om sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug, *Grunnleggende sykepleie: Bind 1* (2.utgave. utg., ss. 15-28). Oslo: Gyldendal Akademisk.

* Landsforeningen for hjerte - og lungesyke. (2012). *www.lhl.no*. Hentet April 4, 2014 fra <http://www.lhl.no/hjertesykdom/>: http://nettbutikk.lhl.no/WebRoot/LHL/Shops/LHL/MediaGallery/HjerteILystogNod_L_web.pdf

Laursen, B. S. (2011). Seksualitet. I I. M. Holter, & T. E. Mekki, *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie - Sykepleieboken 1* (ss. 704-718). Oslo: Akribe AS.

* Mercer, B. (2008, Mars 9). Interviewing people with chronic illness about sexuality: an adaptation. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness in association with Journal of Clinical Nursing* 17, 341–351 , s. 11.

* Nordby, H. (2009, November). *Sykepleien.no*. Hentet April 28, 2014 fra *Sykepleien.no*: <http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/117354/oppfatter-pasienten-det-du-sier?>

* Olsen, S. E. (2013, Februar 12). Perspektiver på legevisitten - en kvalitativ studie om legevisittens betydning for pasienter, sykepleiere og leger. s. 130.

* Pessagno, R. A. (2013, September). Don't be embarrassed, Taking a sexual health history. *www.Nursing2013.com* , s. 5.

* Slettebø, Å. (2009). *Sykepleie og etikk* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Statistisk sentralbyrå . (2013, September 13). *Statistisk sentralbyrå*. Hentet April 1, 2014 fra Helseforhold, levekårundersøkelsen 2012: <http://www.ssb.no/helse/statistikker/helseforhold>

Statistisk sentralbyrå. (2014, april 9). *ssb.no*. Hentet April 15, 2014 fra <https://www.ssb.no/statistikbanken/SelectVarVal/Define.asp?MainTable=SomatSykehPas&KortNavnWeb=pasient&PLanguage=0&checked=true>

* Træen & Olsen. (2006, Februar 15). Sexual dysfunction and well-being in people with heart disease. *Sexual and Relationship Therapy* 2006; 1 – 16, *PrEview article* , s. 16.

* Træen, Bente. (2007, Februar 1). Sexual dissatisfaction among men and women with congenital and acquired heart disease. *Sexual and Relationship Therapy*. Vol 22, No. 1, *February 2007* , s. 14.

Ørn, S., & Brunvand, L. (2011). Hjerte- og karsykdommer. I S. Ørn, J. Mjell, & E. Bach-Gansmo, *Sykdom og behandling* (ss. 161-195). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*** = 588 sider med selvvalgt litteratur.**

Vedlegg 1. PICO skjema.

P	I	C	O
<p><u>Patient/pasient.</u> Hvem vil vi finne ut noe om?</p>	<p><u>Intervention.</u> Hvilket tiltak/intervensjon/behandling ønsker vi å vite noe om?</p>	<p><u>Comparison.</u> Skal intervensjonen sammenlignes med noe?</p>	<p><u>Outcome.</u> Hvilket utfall, effekt, erfaring, opplevelse, endepunkt er vi interessert i?</p>
<p>Pasient med hjertesvikt/<u>Patient with heart failure</u></p>	<p><u>Kommunikasjon/communication</u></p>		<p>Tilstrekkelig med informasjon</p>
<p>Pasient med hjertesvikt/patient <u>with heart failure</u></p>	<p><u>Seksualitet/sexuality</u></p>		<p>Tilstrekkelig med informasjon om hjertesvikt og seksualitet</p>

Mal til PICO skjema lokalisert på Høgskolen i Hedemarks hjemmeside.

Vedlegg 2: **Søkehistorikk**

Vedlegg 2 – Side 1.

Dato	Søkeord	Database	Begrensninger	Antall treff	Hvorfor inkludert	Antall leste abstrakt	Antall inkl.	Tittel på inkluderte artikkel
28.03.14	Pasientkommunikasjon	Sykepleien.no	Fag-og forskningsarkiv	2	Omhandler kommunikasjon mellom pasient og sykepleier	1	1	"Oppfatter pasienten det du sier?"
28.03.14	Men AND communication AND nurse-patient relations AND sexuality	OvidNursing		9	Leste gjennom overskriftene, men kun 1 var relevant for oppgaven.	4	1	"Are older patient comfortable discussing sexual health with nurses?"
28.03.14	Sexuality AND communication AND privacy AND confidentiality	OvidNursing		18	Relevant artikkel om seksuelle problemer blant hjertesyke.	3	1	"sexual problems in cardiac patients: how to assess, when to refer"
02.04.14	Sexuality AND cardiac patients	OvidNursing		14	Nr 1: Fremhever om hjertesvikt og seksualitet Nr 2: Fremhever behovet for informasjon om seksualitet blant hjertesyke	2	2	Nr 1: "The cardiac health and assessment of relationship management and sexuality study".

09.04.14	Sexuality AND Nurse-patients relations AND communication	Cinahl	2006-2014	21		Meget relevant i forhold til hvordan man skal snakke om seksuell helse	3	1	Nr 2: "Sexuality of patients with chronic heart failure and their spouses and the need for information regarding sexuality" "Dont be embarrassed: Taking a sexual health history"
10.04.14	Legevisitt	Google Scholar	Etter 2013	36		Viser frem ulike syn fra pasienter og helsepersonell når det er visitt	1	1	"Perspektiver på legevisitten. En kvalitativ studie om legevisittens betydning for pasienter, sykepleiere og leger."
10.04.14	Sexual dissatisfaction, men, heart disease	Oria	Træen	3		Nr1: Relevant siden studien er gjennomført i Norge. Nr2:	2	2	Nr 1: "Sexual dysfunction and well-being in people with heart disease"

23.04.14	PLISSIT-modell	PLISSIT-modell, sexuality	152	Inneholder meget relevant informasjon om seksualiteten til nordmenn med hjertesvikt	3	1	Nr 2: "Sexual dissatisfaction among men and women with congenital and acquired heart disease"
				Relevant i forhold til hvordan man skal kartlegge pasienten med bruk av plissit-modellen.			"Interviewing people with chronic illness about sexuality: an adaption of the PLISSIT model"