



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKSB3001

Predefinert informasjon

Startdato:	24-02-2020 09:00	Termin:	2020 VÅR
Sluttdato:	22-04-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)		
SIS-kode:	203 SYKSB3001 1 PRO-1 2020 VÅR stord		
Intern sensor:	Frode Skorpen		

Deltaker

Kandidatnr.: 600

Informasjon fra deltaker

Tittel *: Seksualitet etter hjerteinfarkt **Egenerklæring *:** Ja

Antall ord *: 8931

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

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

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

Nei

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

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Seksualitet etter hjerteinfarkt

Sexuality after myocardial infarction

Kandidatnummer 600

Bachelor i sykepleie, Stord

Fakultet for helse- og omsorgsvitenskap

Innleveringsdato: 22. April 2020

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1



**Høgskulen
på Vestlandet**

Seksualitet etter hjerteinfarkt

«Det er flere ting jeg ikke kan, jeg påstår ikke at jeg kan så veldig mye. Men problemet er at det er veldig mange her som kan veldig lite.

Sammenlignet med dem kan jeg en god del»

(Jon Almaas, 20.Februar, 06:18)

**Bacheloroppgave i sykepleie
Høgskulen på Vestlandet, Campus Stord
Kull 2017**

Innleveringsdato: 22.04.2020

Antall sider: 34

Antall ord: 8931

Sammendrag

Tittel: Seksualitet etter hjerteinfarkt

Bakgrunn for valg av tema: Hjerteinfarkt er en diagnose i seg selv, men det kan også gi seksuell dysfunksjon. Både sykepleiere og pasienter kan bli beskjedne når seksualitet blir et samtaleemne, og det kan resultere i at pasienten ikke får tilstrekkelig med informasjon. For å forhindre at det skjer og dermed fremme helsekompetansen til pasienter, er det hensiktsmessig at sykepleiere vet hvordan man skal imøtekomme og rådgive pasienter i seksualitet etter hjerteinfarkt.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleier bidra til å forbedre helsekompetansen i seksualitet hos pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt?

Hensikt: Hensikten med denne oppgaven er å undersøke hvordan sykepleiere kan gå frem for å forbedre helsekompetansen til pasienter i seksualitet, etter de har gjennomgått et hjerteinfarkt.

Metode: Fremgangsmetode er litteraturstudie. Oppgavens artikler er funnet i Cinahl, Medline, Academic Search Elite og Google Scholar.

Resultater: Funn i oppgaven viser at kompetansenivået i seksualitet blant sykepleiere varierer, men er på et forholdsvis moderat nivå. Sykepleiere som har delvis kompetanse i seksualitet kan i tillegg føle seg ukomfortable under samtale om seksualitet. Derimot fremstår sykepleiere med kompetanse i seksualitet tryggere i møte med pasienten.

Konklusjon: Det er betydningsfullt at sykepleiere som rådgiver pasienter i seksualitet etter hjerteinfarkt har kompetanse i temaet. I tillegg er det nødvendig med tilstrekkelig kommunikasjonsferdigheter.

Nøkkelord: Seksualitet, hjerteinfarkt, helsekompetanse, kommunikasjonsferdigheter og rådgivning.

Abstract

Title: Sexuality after myocardial infarction

Background: Myocardial infarction is a diagnosis itself, but it can also give sexual dysfunction. Both nurses and patients can become modest when sexuality becomes a topic, and it may result a lack of information to the patient. In order to provide it for happening and thus give the healthy literacy to patients, it is appropriate for the nurse to know how to accommodate and consulting patients on sexuality after a myocardial infarction.

Problem: How can nurse contribute to improve the health literacy in sexuality to patients who have undergone a myocardial infarction?

Aim: The purpose of this assignment is to investigate how nurses can go forward to improve the health literacy of patients in sexuality after undergoing and myocardial infarction.

Method: Method is literature study. The thesis articles are found in Cinahl, Medline, Academic Search Elite and Google Scholar.

Results: Findings in the thesis shows that the level of competence in sexuality among nurses varies, but is at a relatively moderate level. Nurses who have partial expertise in sexuality may also feel uncomfortable during conversation about sexuality. In contrast, nurses with expertise in sexuality appear confident in meeting the patient.

Conclusion: It is important that nurses who counsel patients in sexuality after myocardial infarction have expertise in the topic. In addition, adequate communication skills are required.

Keywords: Sexuality, myocardial infarction, healthy literacy, communication skills and consulting.

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	1
1.1 PROBLEMSTILLING.....	2
1.2 BEGREPSAVKLARING.....	2
1.3 AVGRENSNING OG PRESISERING.....	2
2.0 TEORI	3
2.1 JOYCE TRAVELBEE.....	3
2.2 HJERTEINFARKT.....	4
2.3 HJERTEREHABILITERING.....	4
2.4 SEKSUALITET.....	5
2.5 HELSEKOMPETANSE.....	6
2.6 KOMMUNIKASJON.....	7
2.7 RÅDGIVNING OG VEILEDNING.....	7
2.8 TABU – EN UTFORDRENDE SAMTALE.....	8
2.9 PLISSIT.....	9
3.0 METODE	10
3.1 METODE OG LITTERATURSTUDIE.....	10
3.2 SØK ETTER LITTERATUR.....	10
3.3 INNHENTING AV FORSKNING.....	11
3.4 SØKETABELLER.....	12
3.5 VURDERING AV EGEN OPPGAVE.....	15
3.6 KRITISK VURDERING.....	16
3.7 ETIKK I OPPGAVESKRIVING.....	17
4.0 RESULTAT	19
4.1 ARTIKKEL 1 – THYLÉN OG BRÄNNSTRÖM.....	19
4.2 ARTIKKEL 2 – ARENHALL ET AL.....	19
4.3 ARTIKKEL 3 – RAHIM ET AL.....	20
4.4 ARTIKKEL 4 – BARNASON ET AL.....	20
4.5 ARTIKKEL 5 – SAUNAMÄKI OG ENGSTRÖM.....	21
4.6 ARTIKKEL 6 – AKINCI.....	21
4.7 ARTIKKEL 7 – NILSSON ET AL.....	22
4.8 SAMLET ANALYSE AV ARTIKLENE.....	22
5.0 DRØFTING	23
5.1 SEKSUELL DYSFUNKSJON ETTER HJERTEINFARKT.....	23
5.2 KOMPETANSENIVÅ HOS SYKEPLEIERE OG PASIENTER.....	24
5.3 SEKSUELL RÅDGIVNING TIL PASIENTER.....	25
5.4 DEN UTFORDRENDE SAMTALEN.....	27
5.4.1 <i>Komfortnivå blant sykepleiere</i>	27
5.4.2 <i>Kommunikasjon og tilnærming til pasienter</i>	28
6.0 KONKLUSJON	31
REFERANSELISTE	32
VEDLEGG	35
VEDLEGG 1 – PICO-SKJEMA.....	35
VEDLEGG 2 – LITTERATURMATRISE.....	35
VEDLEGG 3 – SAMLET ANALYSE AV ARTIKLER.....	39

1.0 Innledning

Denne bacheloroppgaven omhandler seksualitet hos pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt. Ifølge Folkehelseinstituttet (u.å.) ble 13 209 pasienter i 2018 diagnostisert med akutt hjerteinfarkt. Begrepet acutus er latinsk for begrepet akutt og betyr «plutselig». Pasienter som opplever akutt hjerteinfarkt legges enten inn på sykehus eller lokalt på medisinsk senter i kommunen for undersøkelse og behandling (Stubberud, 2016, s. 23). Ifølge Ellingsen (2016, s. 88-89) må pasienter venne seg til en ny livssituasjon, ettersom hjerteinfarkt kan medføre komplikasjoner hos pasienten. Det er viktig at sykepleieren ivaretar pasienten og pårørende på en tilfredsstillende måte ved å informere og støtte pasienten, helst mens pasienten fortsatt er innlagt på sykehus. utfordringer relatert til seksuell aktivitet kan også påvirke livsstilen hos både pasienten (Ellingsen, 2016, s. 89).

Som student har jeg tilegnet meg kunnskap om akutt hjerteinfarkt og opplever dette som et spennende tema. Det resulterte i et ønske om fordypelse i en problemstilling som er utfordrende, men aktuell i yrket som sykepleier. Hensikten med bacheloroppgaven er fordypelse i hvordan sykepleiere kan imøtekomme og forbedre helsekompetansen i seksualitet hos pasienter som har gjennomgått et hjerteinfarkt. Mange kan oppleve problemer med seksuallivet etter hjerteinfarkt, og legemidler kan for eksempel ha en innvirkning på disse problemene (Slagstad, 2016). Når legen er inne hos en pasient gjelder det som oftest diagnostisering og behandling. En sykepleier har mer tilknyttet relasjon til pasientene enn det legen har. Lingås (2005, s. 155) fremhever kommunikasjon som en viktig faktor i helsevesenet for å komme innpå pasienten og forstå deres problem.

Med denne fordypningen er det ønskelig at oppgaven kan bidra til økt forståelse og kunnskap om oppgavens tema. I tillegg håper jeg oppgaven kan komme med råd om hvordan sykepleiere kan imøtekomme situasjoner der det diskuteres seksualitet. Seksualitet kan for både sykepleieren og pasienten være beskjedent å snakke om, men likevel et viktig tema å diskutere. Denne oppgaven benytter litteraturstudie som metode og vil bygge på tidligere forskninger.

1.1 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier bidra til å forbedre helsekompetansen i seksualitet hos pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt?

1.2 Begrepsavklaring

For å besvare problemstillingen inkluderes ni relevante begreper. Disse er hjerteinfarkt, seksualitet, helsekompetanse, hjerterehabilitering, kommunikasjon, tabu, PLISSIT og rådgivning og veiledning. Mange mennesker kan oppleve problemer med sin seksualitet etter et hjerteinfarkt, da i form av eksempelvis seksuell dysfunksjon. Derfor er det naturlig å inkludere begrepene helsekompetanse og seksualitet siden de står sentralt i problemstillingen. Under hjerterehabilitering er formålet å øke kompetansenivået til pasienter, og her kan sykepleiere komme med ulike strategier og veiledninger til pasientene. Derfor er hjerterehabilitering blitt inkludert. Kommunikasjon, tabu og rådgivning og veiledning henger forholdsvis sammen. Å ha gode kommunikasjonsferdigheter er viktig når man skal rådgive og veilede. Tilstrekkelig kommunikasjonsferdigheter er vesentlig når man skal snakke om noe som er tabubelagt, eksempelvis seksualitet, og her kan PLISSIT benyttes. Hvert begrep vil bli definert i teorikapittel.

1.3 Avgrensning og presisering

Det er ikke gitt avgrensninger i oppgaven når det gjelder kjønn, alder, andre sykdommer eller hvor artiklene er gjennomført. Dette fordi jeg ønsker en helhetlig oversikt over seksuell dysfunksjon og helsekompetanse hos pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt, og kompetanse- og komfortnivået hos sykepleierne når det kommer til seksualitet og diskusjon om det. Seksuell dysfunksjon vil bli sett på som en konsekvens etter hjerteinfarkt og ikke opp mot andre sykdommer eller livsstiler. I forbindelse med Helse- og omsorgsdepartementet (2019, s. 12) helsetiltak, veier oppgaven mot de individrettede tiltakene og ikke de indirekte tiltakene.

2.0 Teori

I dette kapittelet blir aktuelle begreper for oppgaven gjort rede for.

2.1 Joyce Travelbee

Joyce Travelbee ble født i Amerika og var en psykiatrisk sykepleier (Kristoffersen, 2016, s. 28). Travelbee (1971, s. 7) definerer sykepleie som: «Nursing is an interpersonal process whereby the professional nurse practitioner assist an individual, family, or community to prevent or cope with the experience of illness and suffering and, if necessary, to find meaning in these experiences». Altså er sykepleie en prosess der profesjonelle sykepleiere hjelper enten et eller flere mennesker eller samfunnet. Hensikten er å forebygge eller mestre situasjoner med sykdom og lidelse, og eventuelt finne en mening i situasjonen (Travelbee, 1971, s. 7)

«Pasient» er ifølge Travelbee (1971, s.31-32) stereotyp og en kategori. Ved å kalle mennesker «pasienter» kategoriserer man dem fremfor å se mennesket, og på den måten glemmer man at alle mennesker er ulike. Travelbee (1971, s. 33) mener kategorien «pasienter» innebærer ulike arbeidsoppgaver og behandlinger som skal utføres, eller det kan være en sykdom. Ser en på mennesker som individer fremfor pasienter er det lettere å imøtekomme dem med et annet syn. Hun ønsker å belyse at en sykepleier ikke får medfølelse hos en pasient dersom man er i rollen som sykepleier eller pasient. Derimot vil en vise sympati og medfølelse for et menneske hvis man imøtekommes som to individer (Travelbee, 1971, s. 33).

En sykepleier er et individ, men som har tilegnet seg kunnskap og kompetanse gjennom utdanning. Med denne kompetansen kan sykepleiere hjelpe andre individer å mestre og forebygge sykdom, opprettholde helse eller behandle andre (Travelbee, 1971, s. 40). På lik linje med begrepet «pasient» kan «sykepleier» også bli sett på som stereotyp og kategorisert. Sykepleiere kan bli sett på som tjenere eller assistent ovenfor de som trenger hjelp, i stedet for å bli sett på som en person med kunnskap og kompetanse (Travelbee, 1971, s. 43).

Menneske-til-menneske-forhold er noe som bygges litt hver dag mellom sykepleier og individ. Dette gjøres dersom sykepleier hjelper et individ til å forebygge eller mestre sykdom, hjelper individet med å finne mening i en livssituasjon (Travelbee, 1971, s. 119).

2.2 Hjerteinfarkt

Hjertet har kroppens viktigste oppgave som er å frakte blod ut til kroppens organer, slik at organene får oksygen og næringsstoffer (Halleraker, 2017, s. 11). Hjerteinfarkt, også kalt myokardinfarkt (MI), er en tilstand forårsaket av delvis eller helt tilstoppet koronararterie som forsyner hjertemuskelen med blod. Dette kan resultere i nekrose av hjertemuskelen dersom behandling ikke blir gitt (Ellingsen, 2016, s. 57).

Klassiske symptomer på hjerteinfarkt er brystmerter, og smertene kan komme ved fysisk aktivitet. Det er viktig å kartlegge og vurdere symptomene. Sammen med brystmerter kommer en rekke andre symptomer på hjerteinfarkt, eksempelvis dyspné, kvalme, svetting og klam i huden (Ellingsen, 2016, s. 64-65).

Ved økt hjertefrekvens vil myokards oksygenbehov øke, og oksygentilførselen reduseres fordi blodstrømmen under kontraksjoner er nedsatt. Når oksygentilbudet til myokard ikke dekker oksygenbehovet, oppstår myokardiskemi og smerter. Slike smerter med varighet over 20 minutter gir stor sannsynlighet for akutt koronarsyndrom (Ellingsen, 2016, s. 64-65).

Symptomer på brystmerter avhenger av hvor tett koronararterien er. Pasienter med akutt hjerteinfarkt vil oppleve brystmerter, også kjent som angina pectoris, i form av pressende smerter som kan stråle ut til venstre arm (Ørn & Brunvand, 2016, s. 169). Angina pectoris deles inn i stabil og ustabil. Ved stabil angina pectoris kommer smertene ved samme belastning på kroppen og varer like lenge. Smerter ved ustabil angina pectoris kan komme hvis pasienten eksempelvis ligger i ro eller ved andre anledninger der smerter ikke har oppstått tidligere. Det har derfor skjedd en forverring i tilstanden (Ørn & Brunvand, 2016, s. 169).

2.3 Hjerterehabilitering

Siden pasienter skal mestre livssituasjonen etter hjerteinfarkt tilbyr mange sykehusavdelinger og offentlige og private aktører hjerterehabilitering. Hensikten med hjerterehabilitering er å forebygge angst i forbindelse med fysisk aktivitet, forbedre livskvalitet og sosial setting.

Pasienter som deltar i hjerterehabilitering vil få sin fysiske form forbedret og hverdagen lettere (Stubberud & Ellingsen, 2016, s. 423).

Det vanligste er å gjennomføre hjerterehabilitering på institusjon. Det kan enten være på sykehus, i private eller offentlige institusjoner eller ved lærings- og mestringssentre i spesialisthelsetjenesten. Formålet med hjerterehabilitering hos lærings- og mestringssentre er tilstrekkelig med relevant og kunnskapsrik informasjon til pasienter og pårørende, for at de skal håndtere sykdom og helseutfordringer. Lærings- og mestringssentrene tilbyr også pasienter og pårørende intervensjoner, fremgangsmåte for mestring av sykdom eller funksjonssvikt, og tett oppfølging. Hensikten er økt kompetanse om sin kropp, og på den måten klare å mestre sin livssituasjon for å unngå reinnleggelse på sykehus (Stubberud & Ellingsen, 2016, s. 423).

Ifølge Stubberud og Ellingsen (2016, s. 426) er brukermedvirkning eller empowerment en viktig faktor i hjerterehabiliteringen, og pasientens deltakelse i egen behandling er ønskelig. Ifølge Nyatanga og Dann (2002, s. 235) blir empowerment i helsesektoren sett på som en prosess der målet til pasienten er kontroll på livssituasjonen. Skal hjerterehabilitering være optimal vil det være viktig med gjensidig tillit og forståelse mellom sykepleier og pasient.

2.4 Seksualitet

Under seksuell aktivitet sender hjernen ut signaler via nerver og hormoner, og det blir produsert stresshormoner. Dette resulterer i økt blodtrykket og puls. Nitrogenoksid er et stoff som frigjøres gjennom seksuell stimulering og har en funksjon som gjør fyller klitoris og penis med blod. På denne måten får man en genital respons, også kalt ereksjon (Landsforeningen for hjerte- og lungesyke [LHL], 2014, s. 6).

For å få forståelse for hvordan seksualitet blir omtalt i oppgaven velger jeg å ta utgangspunkt i Sigaards (2003, s. 10) definisjon: «Seksualitet er alt, hvad der er indeholdt i det seksuelle liv, såsom menneskets adfærd som kønsvæsen med sig selv eller andre». Altså er seksualitet noe som skjer med seg selv eller mellom andre. Seksuelle behov kan ifølge Sigaard (2003, s. 10) eksempelvis være genitalt-, erogent- eller erotisk behov. Genitalt behov forbindes med kjønnsorganer, erogent behov forbindes med beføling og erotiske behov forbindes med tiltrekning til andre mennesker (Hertoft, referert i Sigaard, 2003, s. 11).

Nedsatt seksual funksjon kan innebære vanskeligheter med seksuell lyst, interesse, genital respons, orgasme eller smerter under seksuell aktivitet. Seksuell lyst innebærer en manglende forventning til seksuell nytelse. Dersom en har nedsatt seksuell interesse vil det innebære at en ikke får tilstrekkelig oppmerksomhet fra andre gjennom seksuelle tilnærminger (Almås og Benestad, 2017, s. 226-227).

«Et godt sexliv er viktig for livskvaliteten, og pasientene fortjener god informasjon slik at de kan føle seg trygge.» (Zahid, 2018, s. 116). Seksualitet forbindes med å være et tabubelagt tema for befolkningen. Det er lite snakk om, og de ulike kulturene i verden har forskjellige syn på seksualitet (Almås & Benestad, 2017, s. 59). Seksualitet er unikt for all mennesker og består av et nettverk av følelser basert på individuelle erfaringer og egenskaper. Det er ikke lett å uttrykke seg om seksualitet fordi man kan føle seg tom for ord. Derfor er ordene viktig når man kommuniserer om seksuelle følelser, for uten ord blir kommunikasjonen begrenset (Almås og Benestad, 2017, s. 45).

2.5 Helsekompetanse

Helsekompetanse er det norske ordet for health literacy og defineres slikt: «Helsekompetanse er personers evne til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse. Det gjelder både beslutninger knyttet til livsstilsvalg, sykdomsforebyggende tiltak, egenmestring av sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenesten.» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 5).

For personer med lav helsekompetanse er det vanligere med dårligere helse i form av livsstil og livskvalitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 8). Økt helsekompetanse blant befolkningen kan gjøres på to måter, enten ved direkte (individ rettede tiltak) eller indirekte kontakt (systemrettede tiltak). Direkte påvirkning foregår gjennom kampanjer, på internett, kurs eller veiledning. Indirekte påvirkning omhandler hvordan helsetjenester organiserer sine tilbud slik at brukere enkelt kan finne frem til dem. Helsetjenesten må i tillegg tilpasse sin informasjon til brukergruppens helsekompetanse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 12).

2.6 Kommunikasjon

Communicare er latinsk og på norsk betyr det «gjøre noe felles» eller «la noen ta del i». Det er her begrepet kommunikasjon kommer fra. Kommunikasjon er en prosess mellom to personer men kan og bestå av flere parter (Bergem, 2015, s. 16).

Det er flere faktorer som fremmer god kommunikasjon, blant annet tydelig innhold og hvem mottaker er, innholdet blir tolket i riktig sammenheng av mottaker og innholdet i kommunikasjonen blir besvart på en tydelig måte som er relevant for saken (Lingås, 2005, s. 155). Skal pasienter få den helsehjelpen de har behov for er det viktig med god kommunikasjon, så man forstår problemet pasienten søker hjelp til. Når eksempelvis sykepleietiltak iverksettes er det viktig at pasienten forstår det som blir kommunisert ettersom vedkommende deltar i sin egen behandling (Lingås, 2005, s. 155).

Kommunikasjon er sammensatt av flere funksjoner. Det kan være instruksjoner, informasjon eller rådgivning og veiledning. Instruksjoner er å gi korte og konkrete beskjeder. Informasjon er en kommunikasjonsmetode der det er viktig å være tydelig og komme med lite informasjon om gangen. Dette for å unngå at pasienten glemmer viktig informasjon (Lingås, 2005, s. 155-156). Kommunikasjon er det viktigste verktøyet når man arbeider i helsevesenet (Lingås (2005, s. 155).

Når helsepersonell skal kommunisere med pasienter er et formål med samtalen aktuelt. Formål med kommunikasjon varierer, og i noen situasjoner er formålet å tilegne seg informasjon fra pasienten eller å etablere trygghet og en relasjon med pasienten (Bergem, 2015, s. 38). «Kommunikasjonen bør legges opp i tråd med formålet, og etter min erfaring er det god grunn til å informere pasienten om formålet, både for å sikre mulighet til medvirkning, men også for å få en mer effektiv kommunikasjon.» (Bergem, 2015, s. 38).

2.7 Rådgivning og veiledning

Kvalsund (2015, s. 27) hevder at om det skal foreligge en rådgivningssituasjon, trenger man en rådgiver og en råde søker. Eksempelvis er sykepleier rådgiver, mens pasienten er råde søker. Videre i oppgaven vil sykepleier bli sett på som rådgiver, og pasient vil bli sett på som råde søker. Rådgivning baserer seg på hvis råde søker går til rådgiver for å søke hjelp ettersom råde søker ikke sitter på den kunnskapen en trenger for å håndtere et problem. Hensikten er

videreformidling av informasjon fra rådgiver, og hjelpe råde søker med eventuelle problemer (Kvalsund, 2015, s. 27).

En idealsituasjon oppstår dersom rådgiver har kunnskap og uttrykker et ønske om å hjelpe råde søkeren som har behov for hjelp. Både rådgiver og råde søker har forståelse for hverandre når det ligger en idealsituasjon til grunn. Det som er viktig ved en idealsituasjon er at rådgiver er klar over sine forventninger til seg selv, og forståelse av hvorfor råde søkeren ønsker hjelp (Kvalsund, 2015, s. 28). Råde søker på sin side er nødt til å være tydelig på hvorfor en ønsker hjelp fra en rådgiver og forventningene råde søker har til rådgiver (Hychner & Jacobs, referert i Kvalsund, 2015, s. 28).

Ifølge Damgaard & Nørrelykke (2001, s. 79) er en veiledningssituasjon noe som skjer over en kort tid og omhandler et konkret problem. Arbeidsoppgaver til en sykepleier er ulike og mangt, men en av oppgavene er å veilede pasienter. Faktorer som har betydning for en god veiledning er at sykepleier ser og inkluderer pasienten. Pasienter som har behov for veiledning kan eksempelvis være de som trenger støtte til å komme videre i livet, pasienter med behov for kunnskap etter en situasjon som endret livsstilen deres eller pasienter i krise (Norsk sykepleierforbund, u.å.).

2.8 Tabu – En utfordrende samtale

Det er ikke alle temaer som er like behagelig å snakke om med andre, spesielt med noen man ikke kjenner. Ohnstad (1998, s. 85) definerer tabu slik: «En gjenstand eller et vesen som er fylt med en farlig makt for omgivelsene, det må derfor ikke berøres eller nevnes med sitt virkelige navn, noe hellig og ukrenkelig som man ikke må forgripe seg på.».

Hvis noe er tabu vil det ofte være gjemt for offentligheten (Leira, referert i Ohnstad, 1998, s. 85). Det er mange faktorer som påvirker hva som er tabu da det varierer fra person til person etter hvilke verdier en har, kultur og miljø en er oppvokst i. I sosialpsykologien blir tabu sammenlignet med fordommer og holdninger. Hvordan noen forholder seg rundt et tabubelagt tema blir vurdert ut ifra tre komponenter. Disse er følelser, kognitivitet og atferd (Ohnstad, 1998, s. 86-87). En kan føle skyld og skam rundt et tema hvis man ikke ønsker at andre skal bli kjent med en situasjon/problem. Det resulterer i at man skjuler problemet for andre, eksempelvis helsepersonell, for å unngå samtaler. Når noe blir skjult og holdes privat grunnet

sosiale utfordringer med eksempelvis seksualitet, får man ikke snakket om det. Tanker og følelser rundt temaet blir derfor ikke diskutert og man vil dermed ikke komme videre med problemet (Ohnstad, 1998, s. 86-87).

Vi kan kalle samtalen om seksualitet for en vanskelig samtale ettersom både sykepleier og pasienten kan følge ubehag ved å diskutere seksualitet. En vanskelig samtale blir omtalt i Ohnstad (1998, s. 113) som en utfordrende samtale som for eksempel kan være tabu. Flere faktorer som kan gjøre en samtale vanskelig er selve temaet eller at enten sykepleier eller pasienten har vansker med å forholde seg til temaet som tas opp. Derfor må sykepleieren opptre profesjonelt, som ifølge Damsgaard (2010, s. 50) vil si å være dyktig innen sitt yrke.

2.9 PLISSIT

PLISSIT er en modell noen kan forholde seg til og bruke ved behandling av seksuelle problemer hos pasienter. PLISSIT står for permission (tillatelse), limited information (opplysning), specific suggestions (konkrete råd) og intensive therapy (spesialisert behandling) (Almås & Benestad, 2017, s. 70). Permission har med hensikt å gjøre det aktuelt og tillatt å stille spørsmål til klienten om seksualiteten. Limited information skal gi klientene begrenset informasjon tilknyttet deres problemer med seksualiteten. Specific suggestions skal gi klienter spesifikke forslag på hvordan problemet kan løses, eksempelvis medisinske undersøkelser (Almås & Benestad, 2017, s. 70-71). Intensive therapy innebærer at klienter blir henvist til spesialister fordi en ikke har nok kompetanse til å hjelpe klienten (Almås og Benestad, 2017, s. 72).

3.0 Metode

I dette kapitlet presenteres metode, fremgangsmåten til funn av litteratur og forskningsartikler. Samtidig presenteres søketabeller til artiklene, metodekritikk og etikk i oppgaveskriving.

3.1 Metode og litteraturstudie

Ifølge Dalland (2017, s. 52) er metode et verktøy som hjelper forskere å samle inn informasjon som trengs til å gjennomføre en undersøkelse. Det er seks normer ved fremgangsmåten om bruken av metode. Resultatene ved en forskning skal være i samsvar med virkeligheten, innsamlet informasjon skal være systematisk utvalgt og informasjonen skal brukes med nøyaktighet (Dalland, 2017, s. 56-57). I tillegg skal forskeren redegjøre sin forforståelse av fenomenet, resultatet av forskningen tillater kontroll og kritikk, og forskeren tar del og bygger videre på tidligere forskning (Dalland, 2017, s. 58).

Denne bacheloroppgaven benytter litteraturstudie som metode. Litteraturstudie er en studie der man systematisere kunnskap. Det vil si å samle inn litteratur, kritisk vurdere og sammenfatte alt. Hensikten med systematisering er at leseren skal få en tilstrekkelig forståelse med oppdatert kunnskap som kan besvare problemstillingen. I tillegg skal leseren få et innblikk av hvordan forfatteren har kommet frem til kunnskapen. Man finner relevant litteratur ved hjelp av søkeord i aktuelle databaser. Etter man har funnet litteratur skal man kritisk vurdere om artiklene er troverdige og brukbare. Til slutt sammenfatter man artiklene opp mot annen relevant litteratur (Thidemann, 2015, s. 79-80).

3.2 Søk etter litteratur

Det er mange måter å gjennomføre et manuelt søk. En kan bruke biblioteket eller finne litteratur i referanselisten til relevante artikler. Det er viktig å være kritisk til kildene en benytter (Thidemann, 2015, s. 83). For å finne relevant litteratur til oppgaven gikk jeg igjennom mine pensumbøker som kunne være aktuelle. Dalland (2017, s. 150-151) påpeker at biblioteket er en god ressurs med kvalitetssikrede kilder i papirform og elektronisk. Grunnet koronavirus har jeg begrenset tilgang på litteratur ettersom biblioteket har blitt stengt. Før biblioteket stengte fikk jeg lånt en del litteratur, men det har også resultert at jeg må henviser til sekundærkilder.

3.3 Innhenting av forskning

Når jeg utarbeidet problemstillingen brukte jeg hjelpemidlet PICO¹. PICO hjelper å systematisere problemstillingen og gjøre litteratursøk lettere (Thidemann, 2015, s. 86).

Det ble brukt engelske søkeord: *myocardial infarction, health literacy, nurse, nursing, sexuality, taboo, patient, sexual health, conversation, intercourse og uncomfortable*. For hvert søk startet jeg med et søkeord i hver databasene. Deretter utvidet jeg søket ved å legge til et nytt søkeord. På denne måten ble søket mer avgrenset inn mot hva jeg ønsket å finne av forskning. I tillegg benyttet jeg «AND» for å kombinere de ulike søkeordene. Før jeg valgte artikkel leste jeg abstraktet for å vurdere om artikkelen var relevant for oppgaven.

For å være sikker på at jeg fant plausible og tilstrekkelig med artikler benyttet jeg meg av fire databaser slik at jeg kunne sammenligne resultatene. Databasene fant jeg på Høgskulen på Vestlandet (u.å.) sine nettsider der man kan avgrense søket slik at forskningsartiklene er relevant mot sykepleierutdanningen. Databasene som ble benyttet var Cinahl, Medline og Academic Search Elite. Cinahl er en database som viser engelskspråklig litteratur om sykepleie og andre tilsvarende fag. Medline inneholder resultater rundt medisin. Databasen Academic Search Elite viser tverrfaglige artikler (Høgskulen på Vestlandet, u.å.).

I tillegg ble Google Scholar brukt til et søk som ga meg treff. Databasen gir et søk i mange akademiske tidsskriftbaser samtidig (Høgskulen på Vestlandet, u.å.). For å få full tilgang til artiklene søkte jeg på artikkelen i Oria. Litteratormatrise² er et godt hjelpemiddel for å sette opp resultater fra artikler man finner (Thidemann, 2015, s. 89).

¹ Se vedlegg 1.

² Se vedlegg 2.

3.4 Søketableller

Søket ble gjennomført: 16. Februar 2020						
Søk	Søkeord	Avgrensning	CINAHL	Medline	Academic Search Elite	Valgte artikler:
S1	myocardial infarction		55 951	242 931	79 796	<p>Medline: <i>Intimate relationships and sexual function in partnered patients in the year before and one year after a myocardial infarction: A longitudinal study</i> (Thylén & Brännström, 2015)</p> <p>CINAHL: <i>Decreased sexual function in partners after patients' first-time myocardial infarction</i> (Arenhall, Eriksson, Nilsson, Steinke og Fridlund, 2018)</p>
S2	S1 and nursing		2169	3482	2008	
S3	S1 and S2 and sexuality		34	20	32	

Thylén & Brännström (2015) er relevant fordi de sammenligner seksuell funksjon ett år før og etter hos pasienter med førstegangs hjerteinfarkt. Det nevnes også at helsepersonell har en viktig jobb å rådgi og informere pasienter om seksualitet.

Arenhall et al. (2018) er relevant fordi de undersøker seksuell funksjon til pasientens partner. Samtidig må sykepleiere informere og diskutere temaet seksualitet med både pasienten og partneren.

Søket ble gjennomført: 16. Februar 2020						
Søk	Søkeord	Avgrensning	CINAHL	Medline	Academic Search Elite	Valgt artikkel i Medline:
S1	myocardial infarction		55 951	242 931	79796	<i>Level of knowledge among cardiac nurses regarding sexual counseling of post-MI patients in three tertiary care hospitals in Pakistan</i>
S2	S1 and nurse		1346	1569	845	
S3	S1 and S2 and sexuality		30	16	11	
S4	S1 and S2 and S3	2010-2020	9	6	7	(Rahim, Allana, Steinke, Ali og Khan, 2017)

Rahim et al. (2017) er relevant fordi de undersøker kunnskapsnivået til sykepleiere angående rådgivning om seksualitet.

Søket ble gjennomført: 17. Februar 2020						
Søk	Søkeord	Avgrensning	CINAHL	Medline	Academic Search Elite	Valgt artikkel i CINAHL:
S1	myocardial infarction		55 591	242 931	79 796	<i>Exploring Nurses' Perceptions of Providing Sexual Health Counseling for Patients With Cardiac Diseases</i>
S2	S1 and sexual health		29	46	31	
						(Barnason, Steinke, Mosack og Wright, 2013)

Barnason et al. (2013) er relevant fordi den inneholder ulike strategier som kan hjelpe sykepleiere å håndtere situasjoner knyttet til opplæring og rådgivning i seksualitet etter hjerteinfarkt.

Søket ble gjennomført: 17. Februar 2020						
Søk	Søkeord	Avgrensning	CINAHL	Medline	Academic Search Elite	Valgt artikkel i Academic Search Elite:
S1	nurse		447 494	347 308	221 597	<i>Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears (Saunamäki & Engström, 2013)</i>
S2	S1 and sexuality		1822	1101	1204	
S3	S1 and S2 and taboo		43	37	26	

Artikkelen er relevant fordi Saunamäki & Engström (2013) undersøker forskjellig syn som sykepleiere har på diskusjoner om seksualitet med pasienter.

Søket ble gjennomført: 17. Februar 2020				
Søk	Søkeord	Avgrensning	Google Scholar	Valgt artikkel i Google Scholar:
S1	nurse		3 790 000	<i>The Comfort Levels of Nurses During Clinical Experiences Which Include Sexual Topics (Akinci, 2011)</i>
S2	S1 and conversation		707 000	
S3	S1 and S2 and patient		452 000	
S4	S1 and S2 and S3 and intercourse		39 300	
S5	S1 and S2 and S3 and S4	2010-2020	16 800	

Akinci (2011) er relevant fordi det undersøkes hvordan komfortnivået til sykepleiere er under kliniske undersøkelser som omhandler seksualitet, og hva som påvirker komfortnivået.

Søket ble gjennomført: 22.Mars 2020						
Søk	Søkeord	Avgrensning	CINAHL	Medline	Academic Search Elite	Valgt artikkel i Academic Search Elite:
S1	myocardial infarction		63 825	243 566	80 466	<i>Sex Knowledge in Males and Females Recovering From a Myocardial Infarction: A Brief Communication</i>
S2	health literacy		8269	10 750	14 835	
S3	sexuality		39208	20 262	113 107	
S4	S1 and S2 and S3		0	0	1	(Ulrica G. Nilsson, Petra Svedberg, Bengt Fridlund, Carin Alm-Roijer og Ingela Thylén, 2012)

Nilsson et al. (2012) er relevant fordi de undersøkte helsekompetansen til pasienter i forbindelse med seksualitet etter hjerteinfarkt. Disse pasientene hadde egne erfaringer.

3.5 Vurdering av egen oppgave

Enkelte artikler omhandler pasienter og deres partners opplevelse og problemer under seksuell aktivitet etter hjerteinfarkt. En artikkel tar for seg pasienters helsekompetanse om seksualitet etter hjerteinfarkt. Resterende artikler omhandler sykepleiernes komfortnivå og kompetansenivå rundt seksualitet etter hjerteinfarkt. For å besvare problemstillingen må man vite hva som ligger til grunn. Derfor har jeg valgt å inkludere artikler som omhandler seksualproblemer hos pasienten og partneren, i tillegg til hvordan sykepleiere forholder seg til emnet seksualitet.

Saunamäki og Engström (2013) og Akinci (2011) undersøker hvordan sykepleiere forholder seg til temaet seksualitet i samtaler med pasienter. Artikkene handler altså ikke spesifikt om seksualitet etter hjerteinfarkt. Likevel ble artikkene inkludert fordi de viser hvilke kunnskap sykepleiere har til temaet seksualitet, hvordan sykepleiere imøtekommer temaet med pasienter og hvordan komfortnivået er blant sykepleiere når seksualitet diskuteres. Artikkene kan være med å danne et helhetlig bilde i oppgaven og besvare problemstillingen.

Ettersom metodekapittelet er viktig, har jeg valgt å prioritere litt mer ord på dette kapittelet. Derfor er antall ord på metodekapittelet noe overskredet.

3.6 Kritisk vurdering

Kildekritikk har med hensikt å vurdere litteraturen, og en skal fortelle hvordan en har gått frem for å kritisk vurdere (Dalland, 2017, s. 158). Alle artiklene har blitt kritisk vurdert i form av sjekklister fra Helsebiblioteket (2016). Hensikten med kritisk vurdering er å undersøke troverdigheten av artiklene, resultatet og om resultatet kan overføres til praksis (Helsebiblioteket, u.å.). Alle artikler publisert før 2010 ble ekskludert ettersom jeg ønsket å inkludere nyere forskning i min bacheloroppgave. Dette for å gjøre oppgaven kunnskapsbasert. Det skal nevnes at deler av forskningen ble gjennomført før 2010, men artiklene er publisert etter 2010. Dalland (2017, 158) påpeker at kunnskap innen et fagfelt som vokser raskt vil ha mye oppdatert litteratur. Samtlige artikler benytter IMRaD struktur som ifølge Thidemann (2015, s.30-31) står for introduksjon, metode, resultat og diskusjon. Det gjorde arbeidet med å lese og forstå artiklene betydelig lettere.

Det ble ikke gjort avgrensninger i søket på artiklenes opphav, derfor er enkelte artikler fra Pakistan og Tyrkia (Akinci, 2011; Rahim et al., 2017). Her kan kulturelle forskjeller føre til et annet syn på seksualitet enn i Norge. Rahim et al. (2017) benyttet spørreskjema i artikkelen og det kan ha påvirket resultatene ettersom sykepleiere kan ha gjettest på svarene, eller med vilje svart feil grunnet kulturelle syn. Jeg finner artiklene likevel relevante ettersom forfatterne tar høyde for at kulturelle omstendigheter kan ha påvirket resultatene. Flertallet av artiklene (Akinci, 2011; Arenhall et al., 2018; Barnason et al., 2013; Nilsson et al., 2012; Rahim et al., 2013; Thylén & Brännström, 2015) benyttet også spørreskjema, og dette kan påvirke artiklenes resultat.

Akinci (2011) ble funnet i Google Scholar etter fem søk og artikkelen lå helt øverst. Siden søket ga mange treff kan det ha en negativ innvirkning ettersom andre artikler kan være relevante. Etter å ha lest artikkelens tittel leste jeg selve artikkelen og fant den relevant til tross for 16 800 resultater.

Samtlige artikler i oppgaven er engelsk og det kan derfor forekomme utfordringer knyttet til språket. Mine tolkninger av innholdet i artiklene kan være annerledes enn forfatternes

opprinnelige intensjon. Dette kan være med å påvirke resultatet. Dalland (2017, s. 158-159) påpeker at tekster man leser kan være oversatt og fortolket, og dermed kan endringer forekomme. Eksempelvis har Damgaard og Nørrelykke (2001) blitt oversatt fra dansk til norsk. I tillegg er Sigaard (2003) skrevet på dansk og språklige utfordringer kan påvirke mine tolkninger av innholdet. Noe av litteraturen benyttet i oppgaven er eldre enn andre (Damgaard & Nørrelykke, 2001; Hansen & Lingås, 2005; Ohnstad, 1998; Sigaard, 2003). Dette trenger nødvendigvis ikke å være negativt fordi innholdet i litteraturen er fremdeles relevant. Travelbee (1971) er blitt benyttet etter ønske om å bruke primærkilden.

Det kan være litteraturstudie ikke er den beste måten å besvare problemstillingen på, fordi kulturelle forskjeller kan forekomme etter artiklenes opphav. Dessuten er studieforløpet på sykepleieutdanningen varierende. Dette kan påvirke sykepleiernes kunnskaps- og komfortnivå og kommunikasjonsferdigheter.

3.7 Etikk i oppgaveskriving

Etikk omhandler de normene som skal bidra til riktig og god livsførsel, i tillegg skal det veilede mennesker under vanskelige avgjørelser til å gjøre en vurdering før man handler. Forskningsetikk skal være med å vurdere forskningen i forhold til normer og verdier i samfunnet, og det skal være med å ivareta og sikre personvernet til de som deltar i forskning. Det finnes ulike forskningsetiske komiteer som skal være med å sikre at de forskningsetiske normene blir iverksatt (Dalland, 2017, s. 236).

Samtlige artikler i oppgaven har fått godkjenning fra forskningsetisk komité eller hos institusjonen artikkelen er gjort. Dalland (2017, s. 238-239) hevder all helserelatert forskning som involverer mennesker, menneskelig biologisk materiale eller helseopplysninger skal søke godkjenning fra forskningsetisk komité. Seksuelle forhold regnes dessuten som sensitive opplysninger. Deltakerne i artiklene er informert om hva hensikten er, i tillegg har de gitt samtykke til deltakelse. Skriftlig samtykke skal beskytte den som deltar i artikkelen dersom det oppstår uenigheter (Dalland, 2017, s. 241). Saunamäki og Engström (2013, s. 533) trengte ikke godkjenning fra forskningsetisk komité da opplysningene omhandlet refleksjoner og tanker hos sykepleierne, og ikke deres helse eller seksualitet.

Oppgaven bygger på tidligere forskning og litteratur. Derfor er referanser og kildehenvisninger blitt gjort på en redelig måte for å unngå plagiering. Dalland (2017, s. 164) påpeker dessuten viktigheten med tydelig kildehenvisning, i tilfelle en ønsker å finne kilden noen har benyttet. De nasjonale forskningsetiske komiteene (2016) understreker at det er forfatteren sitt ansvar å unngå plagiering.

4.0 Resultat

I dette kapittelet presenteres resultatene fra de ulike artiklene. Det jeg har valgt å trekke ut i sammendragene er det jeg anser som relevant for oppgavens betydning.

4.1 Artikkel 1 – Thylén og Brännström

Thylén og Brännström (2015) gjennomførte en longitudinell (innhenting av data over tid) studie med spørreskjema. Hensikten var å undersøke partneres intimitet i forholdet, eventuelle endringer i seksuell funksjon hos førstegangs pasienter med hjerteinfarkt, og om pasientene mottok seksuell rådgivning i rehabiliteringsprogrammet for hjertepasienter.

Totalt deltok 128 pasienter i studien. Tre uker etter hjerteinfarkt ble første³ spørreskjema utdelt. Ett år etter hjerteinfarkt ble identiske spørreskjemaer⁴ utsendt, men i tillegg ble pasientene spurt om noen hadde mottatt seksuell rådgivning. Omlag hver tiende pasient rapporterte om symptomer under samleie som ereksjonsproblemer, tørr skjede, kortpustet, hjertebank og/eller brystmerter. I tillegg rapporterte 28 prosent av pasientene problemer med tretthet, 15 prosent slet med søvnforstyrrelser og elleve prosent led av angst. Dette var mer vanlig hos kvinner. På T2 var den seksuelle funksjonen hos kvinner uendret, mens mennene hadde redusert seksuelle funksjon. Både mennene og kvinnene rapporterte at samleie var mindre viktig året etter hjerteinfarkt, og de var sjeldnere seksuelt aktiv. Av 128 deltakerne mottok en tredjedel seksuell rådgivning fra helsepersonell etter hjerteinfarkt. De fleste vurderte rådgivningen som "god" eller "veldig god". Studiens konklusjon påpeker at menn er mer utsatt enn kvinner for redusert seksuell funksjon, og helsepersonell trenger mer kunnskap om seksualitet.

4.2 Artikkel 2 – Arenhall et al.

Hensikten til Arenhall et al. (2018) var å sammenligne seksuell funksjon hos partnere til pasienter med førstegangs hjerteinfarkt ett år før og ett år etter hjerteinfarkt. Det ble brukt to spørreskjemaer. Hovedfokus var seksuell lyst, seksuell opphisselse, orgasme og seksuell tilfredshet. Høy poengscore resulterte i god seksuell funksjon. Førstes spørreskjema ble sendt ut fire-seks uker etter hjerteinfarkt, mens et identisk spørreskjema⁶ ble sendt ut ett år etter hjerteinfarkt. 180 personer (128 kvinner og 52 menn) deltok på Time 1, mens 123 personer

³ Første spørreskjema heter T1 (Thylén og Brännström, 2015).

⁴ Andre spørreskjema heter T2 (Thylén og Brännström, 2015).

⁵ Første spørreskjema heter Time 1 (Arenhall et al., 2018).

⁶ Andre spørreskjema heter Time 2 (Arenhall et al., 2018).

(87 kvinner og 36 menn) deltok på Time 2. Å være over 60 år og vært i et forhold i mer enn 20 år øker risikoen for redusert seksuell funksjon. Partnere som er yngre enn 60 år og de som har vært i forhold i mindre enn 20 år, fikk høy poengscore. Konklusjonen i studien belyser at eldre par kan ha best utbytte av seksuell informasjon og rådgivning, og sykepleiere og annet helsepersonell skal inkludere både pasienten og partneren i samtaler om seksualitet.

4.3 Artikkel 3 – Rahim et al.

Hensikten i Rahim et al. (2017) var å undersøke kunnskapsnivået til 153 sykepleiere under seksuell rådgivning til pasienter etter hjerteinfarkt. Det ble benyttet en spørreundersøkelse på 20 spørsmål. Sykepleierne som gjennomførte spørreundersøkelsen jobbet på tre ulike hjerteavdelinger på tre forskjellige sykehus i Pakistan. Deltakerne fikk poengsum ut ifra svarene og maks poengsum var 27. Resultatet på spørreskjemaene ble delt inn i høy kunnskap (20-27 poeng), moderat kunnskap (11-19) og dårlig kunnskap (0-10). Resultatet i studien viste at de fleste sykepleierne hadde moderat kunnskapsnivå innen seksuell rådgivning til pasienter etter et hjerteinfarkt. Studien belyser at sykepleierne har lite kunnskap om hjertemedisiners funksjon på seksual funksjon hos pasientene. Rahim et al. (2017) fremhever alder og nyutdannede som en mulig faktor til moderat kunnskapsnivå i seksualitet etter hjerteinfarkt. Studiens konklusjon understreker at sykepleierne må tilegne seg kunnskap om både seksualitet etter hjerteinfarkt og kommunikasjon for å mestre samtaler med pasienter om seksualitet.

4.4 Artikkel 4 – Barnason et al.

Hensikten med artikkelen til Barnason et al. (2013) var å undersøke sykepleiernes oppfatning av seksuell rådgivning og veiledning til pasienter opplevd hjerteinfarkt. Metoden var en «mix-methods approach» som er en blandet metode av kvalitativ og kvantitativ. Denne artikkelen svarer på de kvalitative funnene. 320 sykepleiere deltok i studien. Sykepleierne gjennomførte en undersøkelse som belyste områdene komfort, kunnskapsnivå og hvorvidt sykepleierne tok ansvar for rådgivning hos pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt når det kommer til seksualitet. Resultatet ble delt opp i fem faktorer. De fem faktorene er mangel på kunnskap til rådgivning, usikkerhet til å diskutere seksualitet med pasienter, mangel på tid til, seksualitet er mindre viktig enn behandling av hjerteinfarkt, og mangel på hvordan veilede pasienter om seksualitet. Barnason et al. (2013, s. 197) hevder at sykepleiere kan trenes opp til å håndtere disse type situasjoner som ble rapportert i artikkelen. Eksempelvis kan samtale om seksualitet

være en rutine i stedet for å vente på at temaet skal bli tatt opp. Sykepleierne har en aktuell rolle når det gjelder opplæring og rådgivning til pasienter innen seksualitet etter hjerteinfarkt. Det konkluderes med at sykepleiere bør tilbys videreutdanning eller andre former for rådgivningsteknikker for å håndtere disse situasjonene best.

4.5 Artikkel 5 – Saunamäki og Engström

Denne kvalitative studien av Saunamäki og Engström (2013) omhandler ti sykepleiere i Sverige, der hensikten var å finne ut hvilke refleksjoner sykepleierne har når det kommer til diskusjon med pasienter om seksualitet. Sykepleierne ble tilfeldig valgt og jobber på tre ulike sykehus i tre ulike fylker. Basert på svarene i studien lagde forfatterne en tabell med tre punkter etter hva sykepleierne responderte. Den ene gruppen så på seksualitet som sykepleierens ansvar, og så en sammenheng mellom sykdommer og seksualitet. Dermed hadde denne gruppen sykepleiere kunnskap og forståelse for å diskutere seksualitet med pasientene. Seksualitet var et helt vanlig tema for dem. Den andre gruppen så på seksualitet som et sykepleieansvar, men likevel et ubehagelig tema å snakke om. Sykepleierne hadde minimalt med erfaring og opplæring i håndtering av denne type situasjon, og ønsket ikke å gjøre pasienten ukomfortabel. Den siste gruppen sykepleiere responderte at å diskutere seksualitet var legen sitt ansvar ettersom legene har mer tid og erfaring enn sykepleierne. Disse sykepleierne mente også det var pasienten sitt ansvar å ta opp temaet, i tillegg til at de ikke ønsket å trenge seg inn på pasientenes privatliv. Det konkluderes med at sykepleiere må bruke sin kunnskap til å snakke om seksualitet med pasienter da det kan bedre deres hverdag, og samtidig trene på situasjoner for å unngå å bli ukomfortabel.

4.6 Artikkel 6 – Akinci

Hensikten med artikkelen til Akinci (2011) var å undersøke hvordan 141 sykepleiere forholdt seg til pasienter under kliniske undersøkelser i seksualitet. Deltakerne i studien jobbet på to ulike sykehus på medisinsk og kirurgisk avdeling i Tyrkia. Datainnsamlingen ble gjennomført med spørreskjema. Spørsmålene tok for seg sykepleiernes sosiodemografiske faktorer, deres tro og holdninger om rådgivning i emnet seksualitet og komfortnivået til sykepleierne under seksuale kliniske undersøkelser. Når Akinci (2011) skulle undersøke komfortnivået tok hun for seg ni situasjoner og stilte spørsmål om hvordan deltakerne hadde forholdt seg til den gitte situasjonen. Poengsum ble tatt med for å måle komfortnivået, der «veldig behagelig» gir ett poeng og «veldig ubehagelig» gir fem poeng. 55 prosent av sykepleierne hadde moderat

kunnskap om seksualitet. I tillegg responderte 67 prosent av sykepleiere at de ikke hadde noe praktisk undervisning om seksualitet under sykepleierutdanningen. Artikkelen formidler hvilken påvirkning pasientens kjønn har på komfortnivået til sykepleierne under kliniske undersøkelser om seksualitet. Det er på bakgrunn av at sykepleierne var mest ukomfortabel dersom pasienten var seksuelt aktiv, og når det ble gitt seksuell rådgivning til mannlige pasienter. Sykepleierne med høyt kunnskapsnivå om seksualitet fremsto mer selvsikker under kliniske undersøkelser fremfor de sykepleierne som ikke hadde det.

4.7 Artikkel 7 – Nilsson et al.

Nilsson et al. (2012) gjennomførte en studie i Sverige der hensikten var å utforske den seksuelle kompetansen til menn og kvinner etter hjerteinfarkt. 75 personer (46 menn og 29 kvinner) deltok i studien og flertallet var over 65 år. For å delta måtte en ha egne erfaringer relatert til hjerteinfarkt og bo sammen med partner. Spørreskjemaet som deltakerne fylte ut heter "Sex after MI knowledge test" som inneholder 25 spørsmål. Den måler kompetansen til deltakerne oppimot å gjenoppta seksuell aktivitet etter hjerteinfarkt. Tre svaralternativer var mulig, "Sann" (gir tre poeng), "Falsk" (gir ett poeng) eller "Vet ikke" (gir to poeng). Høy poengsum viser da høy kompetanse om seksuell aktivitet etter hjerteinfarkt.

Studien viser høy helsekompetanse hos menn sammenlignet med kvinner. Til tross for at menn viste høyere kompetanse enn kvinner, var det kun 53 prosent av mennene som svarte riktig på alle spørsmålene. Av kvinnene svarte 45 prosent riktig på alle spørsmålene. Årsaken til at menn viste høyere kompetanse enn kvinner er ukjent. Det konkluderes med at pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt har dårlig kompetanse om seksualitet etter hjerteinfarkt. Derfor er det aktuelt å kartlegge pasienters helsekompetanse i hjerterehabiliteringsprogrammene for å kunne gi best mulig rådgivning.

4.8 Samlet analyse av artiklene

I denne oppgaven har jeg valgt å lage en tematisk tabell over temaene som er relevant for problemstillingen. Dette ble gjort for å få en oversiktlig analyse, i tillegg til et raskt overblikk over artiklens tema. Den tematiske tabellen er presentert i vedlegg 3.

5.0 Drøfting

I dette kapittelet vil forskningsartikler, litteratur og mine vurderinger presenteres og sammenlignes. Dette vil besvare problemstillingen: *Hvordan kan sykepleier bidra til å forbedre helsekompetansen i seksualitet hos pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt?*

5.1 Seksuell dysfunksjon etter hjerteinfarkt

Thylén og Brännströms (2015, s. 470) formidler at hver tiende pasient opplevde en form for nedsatt seksual funksjon under samleie ett år etter hjerteinfarkt. Disse problemene ble beskrevet som genital respons som ereksjonsproblem og tørrhet i skjede. I tillegg rapporterte noen de var kortpustet og smerter i brystet. Videre hevder Thylén og Brännström (2015, s. 472-473) at det ble rapportert om nedgang på seksuell aktivitet hos seks prosent av alle deltakerne. Seksuell aktivitet var ikke like viktig for menn etter hjerteinfarkt sammenlignet med før, og de opplevde redusert seksualfunksjon og ejakulerte ofte for tidlig. Arenhall et al. (2018, s. 525) understreker at seksualfunksjonen hos partnere til pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt også kan nedsettes. I tillegg ble det rapportert om redusert seksuell lyst, opphisselse og tilfredsstillelse. Stubberud og Ellingsen (2017, s. 436) understreker at seksuell dysfunksjon hos pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt er vanlig. Dette belyser også LHL (2014, s. 7) med nedsatt genital respons, brystmerter og angst som vanlige årsaker til redusert seksualfunksjon etter hjerteinfarkt.

Basert på Arenhall et al. (2018), Stubberud og Ellingsen, og Thylén og Brännström (2015), (2017) kan både pasienter og pasientens partner oppleve nedsatt seksualfunksjon etter et hjerteinfarkt. Seksuell dysfunksjon er ikke unormalt hos personer som har hatt hjerteinfarkt, men det kan føre til dårligere livskvalitet. For å opprettholde en god livskvalitet er det nødvendig med et godt og velfungerende seksualliv (Zahid, 2018, s. 116). Tilsvarende understreker Stubberud og Ellingsen (2017, s. 436) at seksualitet er viktig for livskvaliteten. Arenhall et al. (2018, s. 525) hevder sykepleierne til pasienter med hjerteinfarkt har en betydningsfull jobb med å diskutere seksuell aktivitet med pasienter siden sykepleierne omgås mest med dem. Sykepleiere kan oppklare misforståelser og myter i sammenheng mellom seksuell aktivitet og pasienter med hjertesykdommer. I tillegg må sykepleiere trygge pasienten og partneren med at samleie er trygt og sunt (Kjetland & Nordstad, 2017, s. 477). Det er derfor grunn til å tro at tilstrekkelig informasjon til både pasienten og partneren resulterer i trygghet og god livskvalitet.

Saunamäki og Engström (2013, s. 537) hevder noen sykepleier ikke kommuniserte med eldre pasienter om seksualitet siden sykepleierne ikke trodde eldre var seksuelt aktiv. Samtidig påpeker Arenhall et al. (2018) at flertallet av studiens deltakere som opplevde endringer med sin seksualitet var personer over 60år. I midlertidig foreslår Arenhall et al. (2018, s. 525) at samtale om seksualitet bør innføres som rutine på avdelinger med hjertesyke pasienter. Thylén og Brännström (2015, s. 474) hevder helsepersonell blir ukomfortabel når de ikke har tilstrekkelig med informasjon, og dette kan være grunnen til at bare en tredjedel mottok seksuell rådgivning på hjerterehabiliteringen. Zahid (2018, s. 116) påpeker dessuten at seksualitet er tabu å snakke om, og på denne måten risikerer pasienten og pårørende å miste sentral informasjon. Nilsson et al. (2012, s. 489) påpeker også tabuheten rundt seksualitet som en mulig årsak til at det ikke blir snakket om.

Informasjon mellom helsepersonell og pasienter kan forsvinne, og det kan medføre mange ubesvarte spørsmål hos pasienten. En årsak til at pasienter og pårørende kan være redd for å gjenoppta seksuell aktivitet er mangel på kompetanse. Legemidler kan gi redusert seksualfunksjon som bivirkning. Ifølge Rahim et al. (2017, s. 415) hadde flere sykepleiere minimal kompetanse om bivirkninger av hjertemedisin. For det første trekker Rahim et al. (2017, s. 415) frem betablokkere som kan gi pasienter ereksjonsproblemer. Tilsvarende understreker også LHL (2014, s. 9). Det er vesentlig å informere pasienter om at dersom bivirkninger oppstår, skal dette informeres til helsepersonell. Dessuten kan minimale justeringer av legemidlene føre til at bivirkningene forsvinner (Rygg & Mårtensson, 2016). Kjetland og Nordstad (2016, s. 462) understreker at lav startdose på betablokkere kan unngå bivirkninger. Ifølge Damgaard og Nørrelykke (2001, s. 79) er veiledning en «her og nå» situasjon. Dersom sykepleiere veileder pasienter «her og nå» om bivirkninger av legemidler, kan det bidra til økt kompetanse om legemidlene.

5.2 Kompetansenivå hos sykepleiere og pasienter

Ifølge Barnason et al. (2013, s. 193) rapporterte 186 sykepleiere om lite undervisning i seksualitet på sykepleierutdanningen. I samme studie responderte i tillegg 238 sykepleiere at de ikke fikk klinisk erfaring i praksis om seksualitet på sykepleierutdanningen. Tilsvarende formidler Akinci (2011, s. 241-242) at over halvparten av sykepleierne ikke fikk klinisk erfaring i praksis i temaet seksualitet under sykepleierutdanningen. Derimot fortalte 93 av 141

sykepleiere at seksualitet ble undervist godt nok på sykepleierutdanningen. 55 prosent av sykepleierne viste delvis kompetanse om seksualitet (Akinci, 2011, s. 241-243).

Basert på Akinci (2011) og Barnason et al. (2013) virker det som mangel på undervisning og klinisk erfaring på sykepleieutdanningen kan ha en betydning for at mange sykepleiere ikke har tilstrekkelig med kompetanse om seksualitet. På den andre siden kan vi stille oss kritisk til om mangel på kunnskap hos sykepleiere skyldes mangel på undervisning og klinisk erfaring fra praksis, siden studieforløpet på sykepleierutdanningene varierer. En kan ikke legge all skyld på sykepleierutdanningen, men samtidig har skolene et ansvar.

Ifølge Nilsson et al. (2012, s. 488-489) var helsekompetansen i seksuell aktivitet etter hjerteinfarkt lav blant deltakerne. Mennene viste derimot en høyere kompetanse enn kvinner. Alle mennesker er ulike og derav ulik helsekompetanse. Travelbee (1971, s. 40) hevder sykepleiere har spesialisert kunnskap som kan brukes til å hjelpe andre individer som trenger hjelp til å finne mening eller mestre sykdom. På den ene siden hevder Rahim et al. (2017, s. 414) at flertallet av sykepleierne viste moderat kompetanse i seksualitet etter hjerteinfarkt. Samtidig formidler Akinci (2011, s. 241) at halvparten av sykepleierne hadde delvis kunnskap om seksualitet. På den andre siden belyser Saunamäki og Engström (2013, s. 534) at flertallet av sykepleierne hadde nok kompetanse om seksualitet til å rådgi pasienter. Artiklene nevnt ovenfor (Akinci, 2011; Nilsson et al., 2012; Rahim et al., 2017; Saunamäki & Engström, 2013) viser at helsekompetansen blant sykepleiere viser seg å variere. Det er grunn til å tro at ved å ha kompetanse om seksualitet, vil det som sykepleier bli mer naturlig å snakke om temaet med pasienter som har hatt hjerteinfarkt.

5.3 Seksuell rådgivning til pasienter

Thylén & Brännström (2015, s. 470) fremhever at en tredjedel av pasientene mottok seksuell rådgivning fra helsepersonell i løpet av året etter hjerteinfarkt. Flertallet av de pasientene fortalte at rådgivningen var «god» eller «veldig god». En årsak til at kun en tredjedel av pasientene mottok rådgivning kan være mangel på kompetanse hos helsepersonell.

Tilsvarende formidler Barnason et al. (2013, s. 193) at mangel på kompetanse i seksualitet hos sykepleiere resulterte i vanskeligheter med å gjennomføre rådgivning. På den andre siden belyser Akinci (2011, s. 245) at sykepleiere med videreutdanning og tilleggskurs i seksualitet hadde mer kunnskap og følte det var lettere å rådgi pasienter. Dessuten følte disse sykepleierne ansvar for å rådgi pasienter sammenlignet med sykepleierne uten

videreutdanning. Basert på studiene ovenfor (Akinci, 2011; Barnason et al., 2013; Thylén & Brännström, 2015) kan sykepleiere med kunnskap, videreutdanning eller kurs i seksualitet, fremstå tryggere på å imøtekomme, rådgive eller starte samtaler med pasienter om seksualitet. Sykepleierne viste også økt komfortnivå som kan gjøre det lettere å diskutere og rådgive pasienter om seksualitet.

Ifølge Kvalsund (2015, s. 30) foreligger det differanser mellom mennesker i samfunnet ettersom noen har mer kunnskap enn andre. Damsgaard (2010, s. 18) skriver «Det er sentralt i disse yrkene å bidra til at mennesker som mottar ulike velferdstjenester, skal mestre det livet de lever og bli behandlet med verdighet. Dette stiller krav til en sammensatt profesjonalitet». Sykepleiebehov er ulike krav fra individet som kan utføres av den profesjonelle sykepleier. Hvis individets krav oppfylles av sykepleieren, hjelper det individet å forhindre opplevelse av sykdom og lidelse (Travelbee, 1971, s. 125). Damgaard og Nørrelykke (2001, s. 80) skriver at rådgivning kan forekomme når mennesker spør om råd fra noen de forventer kan svare på spørsmålet. Befolkningen har forventninger til at sykepleiere skal kunne besvare spørsmål. Dette er direkte helsetiltak som kan forbedre helsekompetansen til befolkningen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 12).

Tillit og gjensidig forhold mellom sykepleier og pasient er sentralt under hjerterehabilitering (Nyatanga og Dann, 2002, s. 235). Tilsvarende påpeker Travelbee (1971, s. 124) om menneske-til-menneske forholdet. Det er et gjensidig forhold som har med hensikt å være en god opplevelse mellom sykepleier og individ, der målet er at sykepleiebehovene til individet blir ivaretatt (Travelbee, 1971, s. 123). Gjennom empowerment i hjerterehabilitering skal pasienten være aktiv i sin rehabiliteringsprosess. Empowerment kan øke mestringsevnen til pasienten ved at kunnskap og ferdigheter forbedres. Her har sykepleiere et ansvar ved å fokusere på faktorer som undervisning, informasjon og veiledning til pasienten, og eventuelt pårørende (Stubberud & Ellingsen, 2016, s. 426). Informasjon og veiledning kommer allerede i første fase av hjerterehabiliteringen og innebærer sykdomslære, legemidler og fysisk aktivitet. Her er det viktig at sykepleier støtter pasienten (Stubberud & Ellingsen, 2016, s. 429). Dessverre påpeker Barnason et al. (2013), Rahim et al. (2017) og Saunamäki & Engström (2013) at mangel på kompetanse i seksualitet blant sykepleiere medfører lite eller ingen rådgivning til pasienter. På den andre siden sier Akinci (2011, s. 242) at sykepleiere med kompetanse om seksualitet er trygge på å diskutere temaet. En kan tro at sykepleiere i

hjerterehabilitering som har kompetanse til å diskutere seksualitet, kan det bidra til å forbedre helsekompetansen hos pasienter etter hjerteinfarkt.

Likevel kan man være kritisk til rådgivning fra sykepleiere med kunnskap. Andre faktorer kan påvirke om informasjonen og rådgivningen er god nok, eksempelvis komfortnivået og kommunikasjonsferdighetene. Dessuten kan man være kritisk til om hjerterehabiliteringsprogrammene er like effektive for de ulike pasientene. Helse- og omsorgsdepartementet (2019, s. 13) understreker at kommunikasjonen til helsepersonell har stor betydning for hvorvidt pasienten forstår hva som blir informert. Samtidig oppfordres helsepersonell til å tilpasse kommunikasjonen ved å snakke tydelig, unngå sjargong og bruke pasienten aktivt til å oppsummere hva man har informert.

5.4 Den utfordrende samtalen

Helsepersonell må være bevisst på hvordan de ordlegger seg i samtaler med pasienter. Det kan ha stor betydning for hvorvidt pasientens helsekompetanse fremmes eller hemmes. Tilstrekkelig helsekommunikasjon er viktig, og dermed skal helsekompetanse inkluderes i grunnutdanninger og videreutdanninger innen helse- og sosialfag (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 13). Man kan være kritisk til hvorfor helsekompetanse ikke blir inkludert i eksempelvis sykepleierutdanningen siden mange sykepleiestudenter ikke tar grunnutdanning innen helse- og sosialfag på videregående skole. Her kan det forekomme tap av kompetanse i kommunikasjonsferdigheter som sykepleiere kan ha nytte av. Dette betyr nødvendigvis ikke at sykepleiere har dårlig kommunikasjonsferdigheter. På den andre siden er det ikke tilstrekkelig med bare kommunikasjonsferdigheter. Sykepleieren må også ha kompetanse i faget for å videreformidle og forbedre helsekompetansen til pasienter. En rekke studier (Akinci, 2011; Barnason et al., 2013; Rahim et al., 2017; Saunamäki & Brännström, 2013) påpeker at lite kunnskap resulterer i lite informasjon og rådgivning.

5.4.1 Komfortnivå blant sykepleiere

Ifølge Barnason et al. (2013, s. 194) uttrykte noen sykepleiere usikkerhet ved å diskutere seksualitet med pasienter etter hjerteinfarkt. Sykepleierne fortalte de ikke ville gjøre pasienten flau og ukomfortabel. Saunamäki og Engström (2013, s. 536) påpeker også at noen sykepleiere ikke ønsket å snakke om seksualitet med pasientene, siden de ikke ønsket å trenge seg inn på privatlivet. Dessuten svarte også sykepleierne at seksualitet anses som tabubelagt.

Derimot påpeker Akinci (2011, s. 242) at sykepleiere som hadde kompetanse om seksualitet fremsto mer komfortabel i diskusjoner med pasienter, sammenlignet med sykepleierne som ikke hadde nok kompetanse. Dersom sykepleieren og pasienten er ukomfortabel i en samtale om seksualitet, kan aktuell informasjon til pasienten forsvinne. En årsak til at det kan være vanskelig for sykepleier og pasient å snakke om seksualitet etter hjerteinfarkt, er redselen for å gjøre det pinlig for den andre parten, eller manglende kunnskap om tema. Samtidig kan setningene stoppe opp og en begynner å lete etter ord (Ohnstad, 1998, s. 93). Kunnskap alene er ikke tilstrekkelig for å gjennomføre en grundig rådgivning. Sykepleiernes fremtoning og komfortnivå er også betydningsfullt når man skal diskutere seksualitet med pasienter.

Å ha erfaring, kompetanse og kommunikasjonsferdigheter kan gjør det lettere for sykepleiere å informere og rådgive pasienter om seksualitet etter hjerteinfarkt. Travelbee (1971, s. 95) belyser at kommunikasjon er gjensidig mellom sykepleier og pasient. Her formidles og innhentes informasjon, i tillegg til at sykepleieren har et ønske om å påvirke pasienten. Saunamäki & Engström (2013, s. 534) hevder at sykepleiere som hadde kunnskap om seksualitet, ønsket og følte et ansvar om å hjelpe pasienter som hadde problemer med seksuallivet. I denne studien fremsto sykepleierne trygge på dette området. Ifølge Travelbee (1971, s. 95) er kommunikasjon en kreativ prosess der eksempelvis sykepleieren kan initiere til samtale om seksualitet, og her kan ulike fremgangsmåter hjelpe. Almås og Benestad (2017, s. 61) skriver «Gjennom å gjøre det tillatt å snakke om seksualitet, åpner en for et nytt tilfang av viktig informasjon om menneskers levetilstand». Dette kan tas i betraktning når sykepleiere skal tilegne informasjon eller informere og rådgive pasienter, altså å gjøre det tillatt å snakke om. Ifølge Nilsson et al. (2012, s. 489) hadde deltakerne i studien lav helsekompetanse om seksualitet etter hjerteinfarkt, og hevder det kan skyldes at seksualitet ansees som tabu å snakke om. Basert på en rekke studier (Akinci, 2011; Barnason et al., 2013; Saunamäki og Engström, 2013) kan det tyde på at manglende kunnskap gjør sykepleiere ukomfortabel i situasjoner der pasienten etterspør informasjon, eller trenger rådgivning i forbindelse med seksualitet etter hjerteinfarkt.

5.4.2 Kommunikasjon og tilnærming til pasienter

For at kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient skal være tilstrekkelig er det nødvendig med gjensidig kontakt. Skal pasienten få tillit til sykepleieren og uttrykke sine behov må sykepleieren ta initiativ til å starte og styre samtalen (Damgaard & Nørrelykke, 2001, s. 34). Tilsvarende poengterer Travelbee (1971, s. 149) at tillit mellom sykepleier og

individ er oppnådd når individet vet vedkommende er avhengig av sykepleieren, og vet at sykepleieren ikke vil svikte i behandlingen. For å forsikre at kunnskapsrik informasjon som fører til økt helsekompetanse kommer ut til pasienter og brukere, er det viktig blant helsepersonell å tilpasse kommunikasjonsevnene under samtaler (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 13). På den ene siden hevder Barnason et al. (2013, s. 197) at sykepleiere kan trenes opp til å stille spørsmål om fysisk aktivitet, og dermed komme inn på seksuell aktivitet. Saunamäki og Engström (2013, s. 538) understreker at sykepleiere må føle seg trygg og komfortabel til å snakke om seksualitet med pasienter, og det er arbeidsgiverens ansvar å utføre tiltak som gjør at sykepleiere mestrer slike situasjoner. På den andre siden mener Akinci (2011, s. 248) at helsepersonell bør innføre en seksuell vurdering ved innleggelse av pasienter på sykehus. Det er grunn til å tro at seksuell vurdering ved innkomst på sykehuset kan gi pasienten en følelse av lettelse fordi vedkommende slipper å forhøre seg med helsepersonell.

Barnason et al. (2013, s. 197) mener ulike metoder for tilnærming til pasienter bør implementeres fordi sykepleiere kan benytte disse til å starte samtaler om seksualitet. Her kan PLISSIT være aktuell. Sykepleiere kan imøtekomme pasienten ved å gjøre seksualitet tillatt å snakke om. Hensikten videre er å rådgive og formidle informasjon relatert til pasientens seksualitet. Dersom det ikke er tilstrekkelig med rådgivning, kan sykepleieren foreslå spesifikke forslag til problemet, eksempelvis henvendelse til undersøkelse (Almås & Benestad, 2017, s. 70-71). Dette forutsetter at sykepleieren har kompetanse om seksualitet. I Akinci (2011, s. 245) svarte 90 prosent av sykepleierne at undervisning i faget seksualitet vil ha en positiv innvirkning på deres kommunikasjonsferdigheter i samtale med pasienter. Tilsvarende belyser Barnason et al. (2013) og Saunamäki og Engström (2013) at sykepleiere har behov for trening i kommunikasjon. Akinci (2011, s. 247) foreslår derimot at sykepleiernes kommunikasjonsferdigheter og komfortnivå kan trenes opp gjennom rollespill med kollegaer, og stille hverandre spørsmål. Helse- og omsorgsdepartementet (2019, s. 13) påpeker også at økt kompetanse og kommunikasjonsferdigheter kan trenes gjennom kurs, videreutdanning og simulering.

Helsepersonelloven § 4 (1999) påpeker at den som yter helsehjelp skal utføre faglig forsvarlig arbeid. Faglig forsvarlighet innebærer at helsehjelpen baseres på kunnskap, vitenskap og erfaringer (Molven, 2016, s. 131). Dessuten sier Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 (1999) at pasienter skal få informasjon som omhandler deres helsetilstand og helsehjelp,

samtidig om eventuelle bivirkninger av legemidler. I tillegg skal helsepersonell ta seksuell helse på alvor og tilegne seg kompetanse om dette ettersom seksualitet er sentralt for menneskers livskvalitet (Sigaard, 2003, s. 11). Når sykepleiere informerer og rådgiver pasienter er hensikten å forbedre helsekompetansen deres. Det er i slike situasjoner avgjørende at sykepleieren både har kompetanse i faget og kommunikasjonsferdigheter.

6.0 Konklusjon

Hensikten med bacheloroppgaven var å undersøke hvordan sykepleiere kan bidra til forbedring av helsekompetansen i seksualitet hos pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt.

Pasienter kan oppleve seksuell dysfunksjon som konsekvens av hjerteinfarkt, og dette kan også forekomme hos pasientens partner. Helsekompetansen i seksualitet etter hjerteinfarkt viser seg å være lav hos pasienter. For å forbedre helsekompetansen til pasienten er det aktuelt i hjerterehabiliteringsprogram å klargjøre i misforståelser og myter om seksualitet etter hjerteinfarkt. Det er i tillegg betydningsfullt for pasientene at sykepleieren kommuniserer åpent. Her er det viktig å kommunisere tydelig og få pasienten til å bekrefte at de har forstått det sykepleieren har informert om. Sykepleiere skal også være tilgjengelig og støtte pasienten.

Kommunikasjonsferdigheten til sykepleiere er en nødvendig faktor for å bedre helsekompetansen. Gjennom simulering kan sykepleierne styrke sine kommunikasjonsferdigheter. Kommunikasjon er ifølge Travelbee (1971, s. 95) en kreativ prosess og her innhentes og formidles informasjon. Sykepleiere kan initiere til samtaler, og PLISSIT-modellen er et verktøy som kan starte samtaler med pasienten om seksualitet. Kompetanse om seksualitet, sammen med tilstrekkelig kommunikasjonsferdigheter, kan være med å forbedre helsekompetansen i seksualitet hos pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt.

Det kan være nødvendig med fremtidig forskning å undersøke om mangel på undervisning i seksualitet på sykepleierutdanningen har en sammenheng med at sykepleiere viser delvis kompetanse i seksualitet.

Referanseliste

- Almås, E. & Benestad, E., E., P. (2017). *Sexologi i praksis*. (3.Utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Akinci, A., C. (2011). The Comfort Levels of Nurses During Clinical Experiences Which Include Sexual Topics. *Sexuality and Disability*, 29(3), 239–250. DOI: <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1007/s11195-011-9208-6>
- Arenhall, E., Eriksson, M., Nilsson, U., Steinke, E., E. & Fridlund, B. (2018). Decreased sexual function in partners after patients' first-time myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 17(6), 521-526. DOI: <https://doi.org/10.1177/1474515117751904>
- Barnason, S., Steinke, E., Mosack, V. & Wright, D., W. (2013). Exploring Nurses' Perceptions of Providing Sexual Health Counseling for Patients With Cardiac Disease: Implications for Evidence-Based Interventions. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 32(4), 191-198. DOI: 10.1097/DCC.0b013e31829980d1
- Bergem, A., K. (2015). *Forstå – god kommunikasjon for folk i førstelinjen*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Damsgaard, H., L. (2010). *Den profesjonelle sykepleier (Profesjonalitetens mange ansikter)*. Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Damgaard, I. & Nørrelykke, H. (2001). *Den personlige samtalen: En introduksjon*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2016, 31. mai). Generelle forskningsetiske retningslinjer. Hentet fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Generelle-forskningsetiske-retningslinjer/>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6.Utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ellingsen, T-L. (2016). Sykepleierens funksjon og ansvar ved behandling av akutt koronarsykdom. I D-G. Stubberud (Red.), *Sykepleie til personer med hjertesykdom* (s. 54-93). Oslo: Cappelen damm akademisk.
- Folkehelseinstituttet. (u.å.). Diagnoser (hjerteslag, hjerteinfarkt, atrieflimmer, brystmerter, TIA og hjertesvikt). Hentet fra <http://statistikkbank.fhi.no/hkr/>
- Hansen, Å-M. & Lingås, L., G. (2005). *Etikk og kommunikasjon*. Oslo: Damm.
- Halleraker, J. H. (2017). *Hjertet og sirkulasjonssystemet - en innføring*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen. 2019-2023. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/97bb7d5c2dbf46be91c9df38a4c94183/strategi-helsekompetanse-uu.pdf>
- Helsebiblioteket. (u.å.). Kritisk vurdering. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering>
- Helsebiblioteket. (2016). Sjekklistene. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistene>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Høgskulen på Vestlandet. (u.å.). Søk etter fagressursar. Hentet fra <https://www.hvl.no/bibliotek/sok-etter-fagressursar/>
- Jon Almaas. (20. Februar 2020). *71 Grader Nord - Norges tøffeste kjendis* [Episode 12]. Hentet fra <https://www.dplay.no/programmer/71-nord-norges-tffeste-kjendis>
- Kjetland, M., B & Nordstad, M., G. (2016). Sykepleierens funksjon og ansvar ved hjertepoliklinikk. I D-G. Stubberud (Red.), *Sykepleie til personer med hjertesykdom* (s. 447-514). Oslo: Cappelen damm akademisk.
- Kristoffersen, N., J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling – en historisk reise. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3* (3.Utg., s. 15-80). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvalsund, R. (2015). Vekst- og utviklingsperspektiver i lys av hjelperelasjonen i rådgivning. I R. Kvalsund & C. Fikse (Red.), *Rådgivningsvitenskap – helhetlige rådgivningsprosesser; relasjonsdynamikk, vekst, utvikling og mangfold* (s. 23-54). Bergen: Fagbokforlaget.
- Landsforeningen for hjerte- og lungesyke. (2014) *Hjertes i lyst og nød. Seksualitet og hjertesykdom*. Hentet fra <https://www.lhl.no/globalassets/brosjyrer-og-dokumenter/informasjonsbrosjyrer/hjertes-i-lyst-og-nod.pdf>
- Molven, O. (2017). *Sykepleie og jus* (5.Utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Nilsson, U., G., Svedberg, P., Fridlund, B., Alm-Roijer, C. & Thylén, I. (2012). Sex Knowledge in Males and Females Recovering From a Myocardial Infarction: A Brief Communication. *Clinical Nursing Research*, 21(4), 486–494. DOI: <https://doi.org/10.1177/1054773812437241>
- Norsk sykepleierforbund. (u.å.). Den gode veiledningen. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/117393/10521/Den-gode-veiledningen>

- Nyatanga, L & Dann, K., L. (2002). Empowerment in nursing: the role of philosophical and psychological factors. *Nursing Philosophy*, 3(3), 234–239. DOI: <https://doi.org/10.1046/j.1466-769X.2002.00107.x>
- Ohnstad, A. (1998). *Den gode samtalen*. Oslo: Samlaget.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Rahim, L., Allana, S., Steinke, E., E., Ali, F. & Khan, A., H. (2017). Level of knowledge among cardiac nurses regarding sexual counseling of post-MI patients in three tertiary care hospitals in Pakistan. *Heart & Lung - The Journal of Acute and Critical Care* 46(6), 412-416. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2017.09.002>
- Rygg, A., A. & Mårtensson, J. (2016). *Seksuell rådgjeving etter hjarteinfarkt*. DOI: 10.4220/Sykepleiens.2016.59345
- 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. DOI: <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/jocn.12155>
- Sigaard, L. (2003). *Seksualitet – en omsorgsdimensjon*. København: Nyt Nordisk Forlag.
- Slagstad, K. (2016). Sex etter hjerteinfarkt. *Tidsskriftet den norske legeforening*, 136, 1624. DOI: 10.4045/tidsskr.16.0758.
- Stubberud, D-G. (2016). Hjertesykdom – en introduksjon. I D-G. Stubberud (Red.), *Sykepleie til personer med hjertesykdom* (s. 21-39). Oslo: Cappelen damm akademisk.
- Stubberud, D-G. & Ellingsen, T-L. (2016). Sykepleierens funksjon og ansvar ved hjerterehabilitering. I D-G. Stubberud (Red.), *Sykepleie til personer med hjertesykdom* (s. 422-446). Oslo: Cappelen damm akademisk.
- Thidemann, I-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter. Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Thylén, I. & Brännström, M. (2015). Intimate relationships and sexual function in partnered patients in the year before and one year after a myocardial infarction: A longitudinal study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 14(6), 468-477. DOI: <https://doi.org/10.1177/1474515115571061>
- Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing* (2nd ed.). Philadelphia: Davis Company.
- Zahid, W. (2018). *Hjerte for hjertet. Alt om kroppens iherdige motor*. Oslo: Gyldendal.
- Ørn, S. & Brunvand, L. (2016). Hjertet- og karsykdommer. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2.Utg., s. 163-201). Oslo: Gyldendal akademisk.

Vedlegg

Vedlegg 1 – PICO-skjema.

P-Patient/Problem	Intervention	Comparison	Outcome
Pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt.	Helsekompetanse Rådgivning Veiledning Informasjon		Økt helsekompetanse hos pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt Tilstrekkelig rådgivning til pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt

Vedlegg 2 – Litteraturmatrise

Artikkel	Hensikt	Metode/Data	Utvalg	Resultat
<i>Intimate relationships and sexual function in partnered patients in the year before and one year after a myocardial infarction: A longitudinal study</i> (Thylén & Brännström (2015).	Undersøke om det er forskjeller i intimitet og seksual funksjon hos pasienter etter et førstegangs hjerteinfarkt. I tillegg undersøke hvor mange som mottok rådgivning om seksualitet.	Langtidsstudie. Data ble samlet inn 3 uker etter hjerteinfarkt og sammenlignet med data samlet inn ett år etter hjerteinfarktet. Pasientene fikk muntlig og skriftlig informasjon om studien og ga skriftlig samtykket på å delta.	128 pasienter deltok, 92 menn og 36 kvinner fra 13 ulike sykehus i Sverige. Pasienter fikk delta dersom de hadde førstegangs hjerteinfarkt, skulle delta på hjerterehabilitering og hadde vært i et forhold i minst ett år.	28% svarte at de hadde problemer med tretthet, 15% slet med søvnforstyrrelser og 11% led av angst. Denne problematikken var mer vanlig hos kvinner enn menn. Symptomer under samleie som for eksempel ereksjonsproblemer, tørr skjede, hjertebank og smerter i brystet forekom hos ca hver tiende pasient.

<p><i>Decreased sexual function in partners after patients' first-time myocardial infarction</i></p> <p>Arenhall et al. (2018).</p>	<p>Hensikten var å undersøke og sammenligne den seksuelle funksjonen hos partnere til pasienter med førstegangs hjerteinfarkt ett år før hjerteinfarkt og ett år etter. Fire områder ble undersøkt: Seksuell lyst, seksuell opphisselse, orgasme og seksuell tilfredshet.</p>	<p>Langtidsstudie på 13 ulike sykehus i Sverige som gikk over 2007-2009. Datainnsamling begynte 4-6 uker etter pasientens hjerteinfarkt, men fokus på seksuell funksjon året før hjerteinfarkt. Ett år etterpå ble en ny datasamling gjort med fokus på seksuell funksjon etter hjerteinfarkt. Det ble gitt muntlig og skriftlig informasjon til partnerne. Deretter ga partnerne skriftlig samtykke på deltakelse.</p>	<p>180 personer svarte på første spørreskjema, 128 kvinner og 52 menn. Derimot var det kun 123 personer som svarte på andre spørreskjema, 87 kvinner og 36 menn. Kriterier for å delta er pasient med førstegangs hjerteinfarkt og at begge partner (pasienten og dens partner) ønsket å delta.</p>	<p>Poengsummen i første spørreskjema var 61,45, sammenlignet med andre spørreskjema som var 56.79. Det ble rapportert nedgang i seksuell lyst, tilfredshet og orgasme. Seksuell opphisselse viste ikke stor reduksjon. Partnerne blir påvirket av at deres partner har hatt hjerteinfarkt. Derfor er det viktig at helsepersonell inkluderer partner av pasient i seksuell rådgivning.</p>
<p><i>Level of knowledge among cardiac nurses regarding sexual counseling of post-MI patients in three tertiary care hospitals in Pakistan</i></p> <p>Rahim et al. (2017).</p>	<p>Studere sykepleieres kunnskapsnivå om seksuell rådgivning etter hjerteinfarkt.</p>	<p>Tverrsnittstudien med spørreskjema ble gjennomført på tre sykehus i Pakistan på tre ulike avdelinger. Coronary Care Unit, Cardiac Step-down Unit og Cardiac Rehabilitation Unit. Studien ble godkjent av etikkgjennomgangskomiteen. Alle sykepleierne fikk informasjon om studien før de ga samtykke til å delta.</p>	<p>Alle sykepleiere som jobbet på de tre ulike avdelingene deltok dersom de var autoriserte sykepleiere, hadde jobbet innenfor en av de tre hjerteavdelingene siste seks månedene eller sykepleiere som frivillig ønsket å delta. Totalt var det 153 sykepleiere som deltok.</p>	<p>Basert på poengsummen var gjennomsnittet 13,7 +/- 3,9. Den minste poengsummen blant sykepleierne var 5 mens maks poengsum var 23. De fleste sykepleiere som gjennomførte spørreskjemaet viste en moderat form for kunnskap når det gjelder seksuell rådgivning til pasienter etter hjerteinfarkt.</p>

<p><i>Exploring Nurses' Perceptions of Providing Sexual Health Counseling for Patients With Cardiac Disease</i></p> <p>Barnason et al. (2013).</p>	<p>Undersøke oppfatningen til sykepleiere når det kommer til rådgivning og helseopplæring innen seksualitet til pasienter etter hjerteinfarkt.</p>	<p>Det ble gjennomført en såkalt «mixed-methods approach» metode. Denne studien foretar seg kvalitative funn. Datainnsamling ble gjennomført mellom 2008-2009 blant sykepleiere som jobbet på hjerteavdeling. Sykepleierne ga sitt samtykke til å delta og godkjenning ble gitt av sykehusene.</p>	<p>320 sykepleiere i USA som jobbet på hjerteavdeling eller med hjerterehabilitering.</p>	<p>Det er blitt gitt lite undervisning om seksualitet på sykepleierutdanningen og i sykepleiepraksis. Det var mange sykepleiere som ikke hadde videreutdanning/kurs i seksualitet. Mange rapporterte at de ikke hadde tilstrekkelig med kunnskap til å informere pasientene. Sykepleierne rapporterte også at de heller fokuserte på sykdommen fremfor å informere om seksualitet. Tid var også en faktor som ble nevnt når det gjelder å prioritere samtale emne.</p>
<p><i>Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears</i></p> <p>Saunamäki & Engström (2013).</p>	<p>Målet med artikkelen var å avdekke hvilke refleksjoner sykepleiere har til kommunikasjon til pasienter om seksualitet.</p>	<p>Det ble benyttet en kvalitativ intervju metode. Etisk godkjenning var ikke nødvendig ifølge svenske lover, ettersom studien kun tok for seg sykepleiernes refleksjoner rundt seksualitet. Sykepleierne fikk derimot muntlig og skriftlig informasjon, og kunne trekke seg.</p>	<p>Totalt deltok 10 sykepleiere (8 kvinner og 2 menn) fra tre ulike sykehus i tre ulike fylker i Sverige.</p>	<p>Basert på svarene til de ti sykepleierne utarbeidet forfatterne en tabell med tre hovedpunkter som igjen inneholder ulike underpunkter. Det første hovedpunktet forteller at det er riktig av sykepleierne å ta opp temaet seksualitet. Andre hovedpunktet forteller at sykepleierne er likegyldig til å ta opp seksualitet. Siste hovedpunktet forteller at sykepleierne ikke ønsker å snakke om seksualitet.</p>

<p><i>The Comfort Levels of Nurses During Clinical Experiences Which Include Sexual Topics</i></p> <p>Akinci (2011)</p>	<p>Mål og hensikt med studien er å kartlegge sykepleieres komfortnivå under kliniske undersøkelser der temaet er seksualitet.</p>	<p>Datainnsamling ble innhentet gjennom et spørreskjema desember 2008 med fokus på ulike faktorer. Det var sosiodemografiske variabler, sykepleiernes tro og holdninger til seksualitet og hvordan sykepleierne forholdet seg under kliniske undersøkelser innen seksualitet. Sykepleierne fikk skriftlig informasjon og det ble gitt tillatelse fra sykehusene til å gjennomføre studien.</p>	<p>141 sykepleiere ved medisinsk og kirurgisk avdeling ved to sykehus i Tyrkia deltok på studien.</p>	<p>55,3% av 141 sykepleiere rapporterte at de hadde moderat kunnskap om seksualitet. 67,4% sykepleier rapporterte at under deres sykepleieutdanning var det ingen form for praktisk undervisning om seksualitet. Ca halvparten av sykepleierne mener at dersom pasienten tok initiativ til å diskutere seksualitet, var det passende å snakke om det. Sykepleiere med bred kunnskap om seksualitet følte seg mer komfortabel under kliniske undersøkelser som gjald seksualitet, fremfor sykepleiere med lite kunnskap om seksualitet.</p>
<p><i>Sex Knowledge in Males and Females Recovering From a Myocardial Infarction: A Brief Communication</i></p> <p>Nilsson et al. (2012)</p>	<p>Mål og hensikt med studien er å undersøke helsekompetansen til menn og kvinner i seksuell aktivitet etter hjerteinfarkt.</p>	<p>Metoden var kvantitativ metode med spørreskjema. Et utvalgt fra The National Association of Heart and Lung Patients rekrutterte personer i Sverige våren 2007. For å delta måtte man ha egne erfaringer fra hjerteinfarkt og bo sammen med en partner. Ethiske prinsipp ble gjort ved å følge Helsingfors-erklæringen, deltakerne fikk informasjon og signerte samtykke.</p>	<p>75 menn og kvinner (46 menn og 29 kvinner) fra Sverige, der flertallet av deltakerne er over 65år.</p>	<p>Ut ifra spørreskjemaet i studien hadde deltakerne en lav helsekompetanse om seksuell aktivitet etter hjerteinfarkt. Derimot viste menn en høyere helsekompetanse enn kvinner om seksuell aktivitet etter hjerteinfarkt.</p>

Vedlegg 3 – Samlet analyse av artikler

	Tema 1: Pasienters og partnerens seksuelle dysfunksjon	Tema 2: Sykepleiernes holdninger til temaet seksualitet	Tema 3: Sykepleiernes og pasientens kunnskapsnivå om hjerteinfarkt, legemidler og seksualitet	Tema 4: Sykepleiernes komfortnivå relatert til seksualitet	Tema 5: Seksuell rådgivning
Thylén & Brännström (2015).	Kvinner opplevde mer trøtthet, søvnproblemer og angst. Menn opplevde mer seksualproblemer enn kvinner.				En tredjedel (36%) av pasientene mottok seksuell rådgivning fra helsepersonell.
Arenhall et al. (2018).	Ble rapportert redusert funksjon innen seksuell lyst, orgasme og tilfredshet.				
Rahim et al. (2017).			Sykepleierne viste et moderat kunnskapsnivå relatert til seksuell rådgivning.		
Barnason et al. (2013)				Sykepleiernes fikk økt dissonans i situasjoner som kunne være ukomfortabel.	Sykepleieres mangel på kunnskap resulterte i at lite informasjon ble gitt og rådgivning var vanskelig.
Saunamäki & Engström (2013)		Mange sykepleiere rapporterte at det var deres ansvar å diskutere temaet	Flertallet av sykepleierne visste hvordan hjerteinfarkt påvirket seksualitet.	Noen sykepleiere følte seg komfortabel med å diskutere seksualitet, mens andre var ukomfortabel.	Lettere å rådgi pasienter dersom sykepleierne har kunnskap.
Akinci (2011)		Nesten halvparten synes det går fint å snakke om seksualitet	Halvparten av sykepleierne kommenterte at de hadde delvis kunnskap om seksualitet.	Sykepleiere med kompetanse følte seg mer komfortabel ved	Sykepleiere med videreutdanning innen seksualitet fremstår komfortabel og trygg i

		dersom pasienten tar initiativ. 46,8% av sykepleierne blir derimot ukomfortabel hvis pasienten tar opp spørsmål om seksuelle problemer.		diskusjon om seksualitet. Samtidig følte noen sykepleiere ubehag når seksualitet ble et samtaletema.	situasjoner hvor seksualitet står sentralt.
Nilsson et al. (2012)			Menn viste høyere kompetanse om seksuell aktivitet etter hjerteinfarkt enn kvinner.		