



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGÅVE

Det gløymde primærbehovet

The forgotten primary need

Kandidatnummer 236

Bachelorutdanning i sjukepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap/Institutt for helse-
og omsorgsvitenskap/Høgskulen på Vestlandet

Innleveringsdato: 14.06.2021

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle
kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Samandrag

Tittel : Det gløynde primærbehovet

Bakgrunn: Ca. 12000 menneske vert ramma av hjerneslag i Noreg. Eit hjerneslag vil for mange ha store konsekvensar for resten av livet, og ein må på nytt lære seg å leve med nye utfordringar. Mi erfaring frå praksis er at seksualitet er eit tema som er lite snakka om, sjølv om det er ein viktig del av livet.

Problemstilling: Korleis bidra til å skape openheit rundt seksualitet til pasientar som har gjennomgått hjerneslag?

Metode: Oppgåva har litteraturstudie som metode. Forskingsartiklar som er brukt i oppgåva er funne i høgskulen sine vitenskaplege databasar: Medline, Cinahl with full text og Academic search elite. Det er brukt både kvalitative og kvantitative artiklar. Til saman er det 6 relevante forskingsartiklar i oppgåva. I tillegg er det nytta relevant teori som er med på å belyse problemstillinga.

Resultat og funn: Teori og forskning viser at nesten alle pasientar som har gjennomgått eit hjerneslag ynskjer informasjon og rettleiing knytt til seksualitet. Fleire sjukepleiarar har fortsatt ein barriere kring det å snakke om seksualitet med pasientar. Det viser seg at kompetansenivået til sjukepleiarar er varierende når det kjem til seksual helse. Over tre fjerdedelar av sjukepleiarar føler dei har for lite kunnskap og kompetanse til å snakke om tema. For å kunne skape openheit rundt tema må sjukepleiar få meir kunnskap om seksualitet og tore å gå ut av komfortsona si og snakke om tema. God kommunikasjon og relasjon er viktig for at pasienten skal føle seg komfortabel.

English summary

Title: The forgotten primary need

Background: Every year about 12000 people get affected by stroke in Norway. For many, a stroke will have major consequences for the rest of their lives, and they must learn to live with new challenges. My experience from practice is that sexuality is a topic that is little talked about, even though it is an important part of life.

Problem: How to help create transparency about sexuality to patients who has undergone a stroke?

Method: The thesis has literature study as a method. The research articles who are used in the thesis have been found in the college's scientific databases: Medline, Cinahl with full text, and Academic search elite. It is used both qualitative and quantitative articles. In total there are 6 relevant research articles in the thesis. Relevant literature has also been used to illuminate the problem.

Results and conclusion: Theory and research shows that almost every patient who has undergone stroke, want information and guidance about sexuality. Several nurses still have a barrier to talk about sexuality with patients. It turns out that the level of competence among nurses varies, and over three quarters of nurses feel they have too little knowledge and competence to talk about the topic. To create openness about the topic, nurses need more knowledge about sexuality and to dare to step out of their comfort zone and talk about the topic. Good communication and relationship are important for the patient to feel comfortable.

Innholdsfortegnelse

1	Innleiing	1
1.1	<i>Bakgrunn for val av tema</i>	1
1.2	<i>Problemstilling</i>	1
1.3	<i>Oppbygging av oppgåva</i>	2
2	Metode	2
2.1	<i>Litteraturstudie som metode</i>	2
2.2	<i>Søk etter forskning</i>	3
2.3	<i>Søk etter anna litteratur</i>	4
2.4	<i>Kritisk vurdering av kjelder</i>	4
3	Teori	5
3.1	<i>Hjerneslag</i>	5
3.2	<i>Seksualitet</i>	6
3.3	<i>Medisinering og seksualitet</i>	6
3.4	<i>Kommunikasjon og relasjon</i>	7
3.5	<i>PLISSIT-modellen</i>	8
3.6	<i>Etikk i sjukepleien</i>	9
3.7	<i>Virginia Henderson sin sjukepleiarteori</i>	9
3.8	<i>Strategi for seksuell helse</i>	10
4	Funn i forskingsartiklane	10
4.1	<i>Pasientperspektiv</i>	10
4.2	<i>Å skape openheit</i>	11
4.3	<i>Kunnskap og kompetanse</i>	12
5	Drøfting	13
5.1	<i>Å leve med hjerneslag</i>	14
5.2	<i>Heilheitleg sjukepleie</i>	16
5.3	<i>Sjukepleiar sin kunnskap og kompetanse</i>	17
5.4	<i>Sjukepleiar sitt ansvar</i>	19
6	Konklusjon	21
7	Referansar	22
8	Vedlegg	24
	<i>Vedlegg 1 – PICO-skjema</i>	24
	<i>Vedlegg 2 – Systematisk treff i databasar</i>	25

1 Innleiing

Kvart år er det ca. 12 000 menneske som vert ramma av hjerneslag i Noreg. Det lever anslagsvis 70 000 personar som har gjennomgått eit hjerneslag i løpet av livet i dette landet (LHL Hjerneslag, 2021). Hjerneslag er den tredje hyppigaste dødsårsaka i Noreg.

Hjerneblødning utgjer 15% av alle hjerneslag og hjerneinfarkt utgjer 85%. Ein reknar med at førekomsten av hjerneslag vil auke i takt med at stadig fleire i befolkninga vert eldre (Bertelsen, 2016, s. 326). Hjerneslag er noko som rammar fleire og er difor eit viktig tema å setje fokus på.

1.1 Bakgrunn for val av tema

Bakgrunn for val av tema byggjer på egne erfaringar frå helsevesenet, både i jobb og i praksis. Samt at eg ynskjer å tileigne meg meir kunnskap rundt tema då det er lite omtalt. Eg har valt å skrive mi oppgåve om seksualitet hjå hjerneslagpasientar. Mi erfaring frå både praksis og jobb på slageining er at seksualitet sjeldan vert snakka om av verken pasientar eller helsepersonell, med mindre pasientar openlyst ynskjer informasjon knytt til tema. I tillegg opplevde eg at tema i stor grad vart oversett og at det var ein del barrierar kring temaet. Det var fleire pasientar som ynskte informasjon knytt til eiga seksuell helse, men eg sjølv hadde ikkje nok kunnskap til å imøtekomme pasienten sine spørsmål.

Seksualitet vert ofte oversett i klinisk arbeid, sjølv om mange pasientar ynskjer informasjon og rådgiving om seksuelle problem etter hjerneslag (Andreassen, 2019, s. 550).

1.2 Problemstilling

Korleis bidra til å skape openheit rundt seksualitet til pasientar som har gjennomgått hjerneslag?

Avgrensingar:

Oppgåva vert avgrensa til pasientar i aldersgruppa 30-65 år. Sjølv om det er denne

aldersgruppa som er valt er det ikkje sagt at andre slagpasientar ikkje har seksualitet. Det er ikkje gitt avgrensingar når det gjeld kjønn og andre sjukdommar i oppgåva. Det vert avgrensa til pasientar som er klare og orienterte. Pasientar med afasi vert ekskludert frå denne oppgåva. Eg vil skrive om pasientar ein møter i rehabiliteringsfasen etter eit slag, og vel å ha fokus på forholdet mellom pasient og sjukepleiar.

1.3 Oppbygging av oppgåva

I metodekapittelet vert det presentert teori, korleis det er funne forskingsartiklar og kjeldekritikk. Deretter vil det verte presentert eit teorikapittel med relevant teori for oppgåva, vidare vil funna i forskingsartiklane verte presentert. I drøftingskapittelet ynskjer eg å drøfte teori og forskning opp mot problemstillinga. Til slutt vil det verte presentert ein konklusjon.

2 Metode

Metode kan definerast som ein framgangsmåte for å belyse spørsmål og data på ein fagleg interessant måte, der metoden er reiskapen vår i møte med det me ynskjer å undersøke (Dalland, 2020, s. 54)

2.1 Litteraturstudie som metode

Denne oppgåva har litteraturstudie med systematisk gjennomgang som metode, som er i tråd med Høgskulen på Vestlandet sin emneplan for bachelorstudie i sjukepleie.

Litteraturstudie som metode handlar om at ein samlar inn litteratur, går gjennom den med eit kritisk blikk, og til slutt samanfattar det opp mot anna relevant teori (Thidemann, 2015, s. 79). Formålet er at lesar skal verte godt oppdatert på det problemstillinga spør om og korleis det er funne fram til kunnskapen som er nytta i oppgåva (Thidemann, 2015. s. 80).

I tillegg til relevant forskning, pensum, strategi frå regjeringa og relevant faglitteratur ynskjer eg å bruke egne erfaringar i drøftingskapittelet. Eigne erfaringar vil vere med å støtte opp under argumentasjonsgrunnlaget (Thidemann, 2015, s. 65). Det er i hovudsak vorte leita etter primærkjelder til oppgåva. All forskning som er brukt er primærkjelder. Faglitteraturen

som er brukt i oppgåva er sekundærkjelder, dette på grunn av innhaldet i bøkene sin relevans for problemstillinga. Sekundærkjelde er ei andrehandskjelde, eller oversett utgåve av ei primærkjelde (Dalland, 2020, s. 156). Problemet med sekundærkjelder, er at forfattar kan ha ei personleg tolking av primærkjelda, og det kan ta litt tid før bøkene vert oppdaterte. Dette er noko eg har vore merksam på i val av litteratur.

Det er brukt både kvalitativ og kvantitativ forskning i oppgåva. Kvalitativ metode vert brukt for å få fram meiningar og opplevingar som ein ikkje kan måle i tal. Medan kvantitativ metode gjev oss data i form av tal som kan målast. Begge metodane gjev oss betre oversikt og forståing av det me ynskjer å undersøkje (Dalland, 2020, s. 54-55).

2.2 Søk etter forskning

For å finne gode søkjeord vart det nytta PICO-skjema (vedlegg 1). Dette er ein måte å dele opp problemstillinga på slik at det vert strukturert på ein hensiktsmessig måte når ein skal søkje i databasar (Nordtvedt et al., 2017, s. 33). For å finne gode søkjeord på engelsk vart det nytta mesh-nettsider, der ein finn termar til dei orda eg ynskja å bruka.

For å finne relevant forskning vart det nytta ulike databasar: Cinahl, Academic Search Elite og Medline with full text. Alle er funne på Høgskulen på Vestlandet sine nettsider og er gode databasar med sjukepleiarforskning frå heile verda. Alle tre databasane vart kombinert i same søk for å få breiast mogeleg resultat. Det vart også avgrensa for «scholarly journals» for å få mest mulig relevant forskning. Alle søka vart avgrensa for artiklar frå 2011-2021, med unntak av tredje søk. Det er valt ut kvantitative og kvalitative artiklar. Artikkane er valt ut i frå kva problemstillinga spør om, og for å belyse openheit rundt seksualitet samt kva tiltak som kan gjerast.

Vedlegg 2 viser søkjeorda mine og tal på treff. Fyrste søk i databasane gav 2 treff. Eg las gjennom desse og kom fram til at ein av desse var aktuell for mi oppgåve. Artikkeltreff nr. 1: Sexual health policies in stroke rehabilitation: a multinational study (Vikan et al., 2019). I andre søk forsøkte eg med andre søkeord og fekk 26 treff. Eg las gjennom dei og kom fram til to aktuelle artiklar. Artikkeltreff nr. 2: Sexuality after stroke: an exploration of current

professional approaches, barriers to providing support and future directions (Richards et al., 2016), og artikkeltreff nr. 3: Sexuality after stroke: patient counseling preferences (Stein et al., 2013).

I tredje søk vart det igjen brukt andre søkeord. I dette søket vart det fokuserte på å finne forskning om seksualitet og sjukepleie på generell basis og ikkje berre til slagamma pasientar. Dette søket gav 83 treff. Det vart funne ein relevant artikkel, artikkeltreff nr. 2: Discussing sexuality with patients: nurses' attitudes and beliefs (Saunamäki et al., 2010).

Fjerde søk gav 39 treff. I dette søket var ein av artiklane relevant for oppgåva, artikkeltreff nr. 22: Participation changes in sexual functioning after mild stroke (Seymour et al., 2014). Det femte søk gav 118 treff, der artikkeltreff nr. 17 er relevant: Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears.

2.3 Søk etter anna litteratur

For å finne relevant litteratur er det brukt pensumlister for bachelorstudie i sjukepleie ved Høgskulen på Vestlandet. Anna relevant litteratur er funne på Høgskulen på Vestlandet si biblioteknettside ved å søkje i Oria.

2.4 Kritisk vurdering av kjelder

Kritisk vurdering av kjelder er metoden ein nyttar for å finne ut om kjelda ein brukar er truverdig, sann og relevant opp mot problemstillinga (Dalland, 2020, s. 143).

Før eg starta søkjeprosessen var eg førebudd på at det ikkje ville vere mykje forskning rundt tema. Det viste seg å vere delvis rett, eg har funne 6 relevante artiklar som treff problemstillinga mi, men det vart brukt ein god del lengre tid enn fyrst tenkt. Artiklane som vert nytta i oppgåva er vurdert opp mot IMRaD-strukturen. IMRaD-strukturen inneheld introduksjon, metode, resultat og diskusjon. Som gjer det enklare å orientere seg i ukjente artiklar (Dalland, 2020, s.157). Det er brukt sjekklister frå Helsebiblioteket som hjelpemiddel, for enklare finne ut om forskingsartiklane som er brukt er truverdige (Helsebiblioteket, 2016).

I bacheloroppgåva er det brukt 6 forskingsartiklar. To av dei er kvantitative og fire er kvalitative. Det er positivt for oppgåva at det er nytta både kvantitative og kvalitative artiklar. Då dei ulike metodane vil utfylle kvarandre for den svakheten som er forbundet med å berre ha ein bestemt type. Og om dei ulike metodane viser same resultat, vil det vere eit godt argument for at resultatata er gyldige (Thidemann, 2015, s. 79). Artiklane i oppgåva er frå ulike land. Sjølv om ulik kultur i forskjellige land kan påverke synet på seksualitet og at helsetenesta er ulik i dei forskjellige landa, så vil artiklane vere relevante for oppgåva. Ein styrke i oppgåva er at det er brukt ein del nyare forskning. Medan ei svakheit er at den eine artikkelen er eldre enn 10 år, frå 2010.

Alle artiklane eg har brukt er på engelsk, noko som kan føre til misstolking. Eg har brukt Google translate til å oversetje ord som eg har hatt problem med å forstå.

3 Teori

3.1 Hjerneslag

Hjerneslag er ein samlebetegnelse på det sjukdomsbilete ein får når delar av hjernen heilt eller delvis mistar blodforsyning. Ein skil mellom to typar hjerneslag: hjernebløding og hjerneinfarkt. Hjernebløding utgjer ca. 10-15% av alle hjerneslag i Noreg og oppstår som regel heilt plutselig. Medan hjernebløding skuldast at ein arterie i hjernen eller hjernehinna sprekk og fører til ein bløding. Hjerneinfarkt utgjer ein langt større del av alle hjerneslag, omlag 85-90 %. Og kan oppstå heilt plutselig, men kan også utvikle seg meir langsamt.

Hjerneinfarkt skuldast ein tilstopping av ei blodåre som fører blod til hjernen. Tilstoppinga kan skuldast ein trombose eller ein embolus (Wergeland, Ryen & Ødegaard-Olsen, 2016, s. 304). Alle pasientar som gjennomgår hjerneslag har ulikt utfall. Dødelegheita er nedgåande, og mindre enn 25% dør i løpet av det fyrste året etter hjerneslag. I fylgje Helsedirektoratet reknar ein med at ein tredjedel får tilbake full funksjon i løpet av det fyrste året, ein tredjedel vil dø, medan den siste tredjedelen må leve med varig funksjonshemming (Helsedirektoratet, 2017). Alle vil oppleve å ha ulike behov i rehabiliteringsfasen. Hjerneslag medfører store omveltingar og livet vert for mange snudd på hovudet. Mange vert avhengig

av å ha andre til å hjelpe seg for å klare kvardagen. Dei må setje seg inn i ein heilt ny livssituasjon med forandra kroppsfatning, nye symptom og endra sjukdomsbilete (Helland, 2015, s. 868).

3.2 Seksualitet

Seksualitet vert definert som :

«Seksualitet er et begrep som omfatter kjønnslivet, forplantning, tiltrekning, lyst, fantasier, moral og kulturelle normer. Seksualitet preger og gjennomsyrrer personlighet på en grunnleggende måte. Seksuelle erotiske følelser, tanker og handlinger utspiller seg i seksualiteten. Seksualiteten følger mennesket gjennom hele livet. Det er holdepunkt for at god seksualitet ikke bare underholder livet, men at mennesker med god seksualitet også lever lengre og er mindre syke» (Store medisinske leksikon, 2019).

Seksuallivet vert påverka av korleis ein har det elles i livet. Den enkelte kan oppleve variasjon og endring i fokus og erfaring av seksualitet. Seksualitet kan ha forskjellig meining gjennom livet, i ulike livsfasar, og vil kunne ha mange ulike funksjonar i eit menneske sitt liv. Det kjem fram i seksualitetens seks R-ar: Reproduksjon, relasjon, respekt, rehabilitering, reaksjon og relaksjon (Helland, 2015, s. 862). Seksuallivet vert ofte påverka ved akutt sjukdom (Helland, 2015, s. 868). Nedsett seksualfunksjon etter eit hjerneslag kan skje på grunn av nedsett motorisk, sensorisk og kognitive funksjonar (Andreassen, 2019, s.550). Store omveltingar vil kunne føre til at ein på nytt må finne ut kven ein er, og finne sin eigen seksuelle identitet. Slike endringar kan føre til at seksuallivet kjem mindre i fokus, medan det for andre kan føre til auka fokus for å få bekrefting (Helland, 2015, s. 868).

Det er i dag ingen retningslinjer for korleis ein skal ivareta spørsmål om seksuell helse for helsepersonell. Tema vert i stor grad oversett og pasientar opplever manglande informasjon om korleis sjukdommen kan ha innverknad på seksuallivet (Helland, 2015, s.870).

3.3 Medisinering og seksualitet

Fleire vert i dag behandla med medikament enn kva det var tidligare, ofte også med fleire ulike medikament for fleire typar lidningar og over lengre tid. Det vert i dag også brukt

medikament i staden for anna behandling som ville krevd meir av både pasient og helsepersonell (Almås & Bertelsen, 2017, s. 145-146). Ofte skuldast hjerneslag ein mogeleg bakanforliggjande sjukdom. Eventuell hjarte- og karsjukdom må behandlast med riktig medikament for å redusere risiko for eit nytt hjerneslag (Bertelsen, 2016, s.328). Kalsiumblokkarar, betareseptorblokkarar, ACE-hemmarar og vanndrivande midlar er legemiddel som gir auka risiko for erektil dysfunksjon (Almås & Bertelsen, 2017, s. 146). Midlar mot depresjon gjev ofte seksuelle biverknadar som kan påverke seksuell lyst, orgasme og ejakulasjon (Almås & Bertelsen, 2017, s. 145).

3.4 Kommunikasjon og relasjon

God kommunikasjon er når budskapet som vert sendt og budskapet som vert mottatt vert oppfatta på same måte. At begge partar forstår kva den andre parten meiner (Røkenes & Hanssen, 2012, s.241). Sjukepleiarar kommuniserer med pasientar i ein kvar situasjon. Det er difor er det viktig at ein er god på å kommunisere. Pasientar er i ein sårbar og ny situasjon der dei føler dei ikkje har kontroll over det som skjer. Om pasienten får forståeleg informasjon og støtte, vil det gjere situasjonen enklare og meir overkomeleg (Heyn, 2015, s.363). Tonefall, kroppsspråk og mimikk spelar ei viktig rolle under kommunikasjon. Måten ein ordlegg seg på, brukar kroppsspråk og tonefall vil påverke samtalen (Helland, 2015, s. 874). Alt som sjukepleiar seier og gjer vert tolka ut ifrå kva relasjon den andre har til sjukepleiaren (Røkenes & Hanssen, 2012, s.178). Sjukepleiar kan få pasienten til å føle seg dum, lidande, redd, avvist, skamfull, hjelpeslaus, liten/barnsleg, forakta og liknande, difor er det viktig at sjukepleiar har god relasjonskompetanse (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 179). Væremåte, empati og anerkjening er tre faktorar som har stor betydning for å utvikle ein god relasjon. Som sjukepleiar har ein eit ansvar for at pasienten skal føle at relasjonen er god og utviklande (Røkenes & Hanssen, 2012, s.180).

Når ein skal ta opp tema seksualitet med pasienten er det viktig at ein tek utgangspunkt i at seksualitet vert påverka av sjukdom og ulike fasar i livet. Og at ein ikkje tar utgangspunkt i problema, då mange pasientar ikkje erkjenner at dei har eit problem. Det er viktig at det vert stilt tydelege spørsmål til pasienten, det gjev ei formidling om at tema er relevant og at sjukepleier er villig til å snakke om det (Helland, 2015, s. 874).

Det er utvikla ulike modellar for å setje fokus på seksuell helse hjå pasientar med ulike sjukdomar og /eller seksuelle problem. Ein av dei mest omtalte modellane er PLISSIT-modellen (Helland, 2015, s.877).

3.5 PLISSIT-modellen

PLISSIT-modellen vart utvikla i 1976 av psykoterapeut Jack Annon. Modellen er ein samtalemodell som vert brukt til å kartlegge seksuelle utfordringar. Den består av fire trinn som er framstilt i ein trekant og er mykje brukt av sjukepleiarar (Helland, 2015, s. 877). Dei fleste pasientar som treng informasjon eller hjelp med seksuelle problem, befinn seg på det fyrste trinnet, permission. Dei vil ha utbytte av å berre få tillatelse til å snakke om sine seksuelle problem (Helland, 2015, s. 878; Gamnes, 2016, s. 399; Almås & Benestad, s. 70).

P: Permission given - gi tillatelse

Fyrste nivå handlar om å gi pasienten tillatelse og bekrefting på at det er eit relevant tema og at sjukepleier er villig til å ta ein samtale om tema. Målet med nivået er at pasient og pårørande skal få moglegheit til å uttrykke korleis sjukdom påverkar seksuallivet og tilhøyrande og bekymringar dei har (Helland, 2015, s. 878).

L: Limited information - begrensa informasjon

Dette punktet handlar om å gi best mogeleg tilpassa informasjon til den enkelte pasient, ut ifrå den kunnskap og erfaring ein har som sjukepleiar. Til dømes å opplyse om korleis medisinsk behandling vil kunne påverke seksuell funksjon (Helland, 2015, s. 878).

S: Specific suggestion – konkrete forslag/spesifikk rådgiving

Nivået handlar om korleis ein kan gi meir spesifikke råd om korleis problem kan løysast. Ein kan til dømes gi råd om tilrettelegging for seksuell aktivitet (Helland, 2015, s. 879).

I: Intensiv therapy – sexologisk terapi

Problem som ikkje kan løysast på dei tre trinna før, treng meir spesialisert terapi. På dette nivået treng ein spesifikk terapeutisk trening eller sexologisk kompetanse. Sjukepleiar si oppgåve her er å henvise vidare til relevant fagpersonell (Helland, 2015, s. 879).

3.6 Etikk i sjukepleien

Seksualitet er eit tema som er lite omtalt blant sjukepleiarar, og er difor ikkje ivareteke på same måte som andre område innanfor sjukepleie. I fylgje Norges sykepleierforbund skal sjukepleie byggje på barmhjertigheit, omsorg og respekt for menneskerettigheitane. Det står i dei yrkesetiske retningslinjene at ein som sjukepleiar skal ivareta den enkelte pasient sine behov for heilhetleg sjukepleie (Norsk Sykepleierforbund, 2019). I møte med pasienten kan ein ikkje unngå å bruke ein del av sin eigen personlegheit, noko som kan gjere det vanskeleg å snakke om personlege tema og som ein har eit forhold til sjølv (Sneltvedt, 2012, s. 155). Sjukepleiarar kan framstå som kjølige og distanserte yrkesutøvarar, både bevisst og ubevisst. Dette er ein mekanisme for å verne seg sjølv mot vanskelege følelsar (Sneltvedt, 2012, s.156).

3.7 Virginia Henderson sin sjukepleiarteori

Virginia Henderson vert saman med Florence Nightingale omtalt som sjukepleiarane si mor. Henderson sin sjukepleiarteori går ut på å ivareta mennesket sine grunnleggjande behov, som er definert i Hendersons fjorten grunnleggjande behov. Ho legg vekt på å utføre individualisert sjukepleie og sjå mennesket som eit unikt individ. Dette for å få fram styrke, vilje og kunnskap hjå den enkelte pasient og for å vere i stand til å meistre helseutfordringane sine. Som sjukepleiar skal ein skape ein god relasjon for å avdekke kva behov den enkelte pasient har. I den grad pasientens motivasjon og helsetilstand tillet det, skal ein rettleia og undervise pasienten i helsefremmande åtferd. Dette krev at ein har kunnskap og sjølvinnsikt som sjukepleiar. Ein har eit ansvar for at å skape gjensidig forståing mellom pasient og sjukepleiar. Om ein ikkje er i stand til dette, vil ein ikkje kunne klare å

ivareta pasientens grunnleggjande behov (Mathisen, 2015, s. 125-130).

3.8 Strategi for seksuell helse

I 2017 gav Helse- og omsorgsdepartementet med Bent Høie i spissen, ut ein strategi for seksuell helse 2017-2022. Som heitte «*Snakk om det!*». Dette var fyrste gong ein samla arbeidet for seksuell helse i ein felles strategi. For å tydeleggjera viktigheita av seksuell helse og styrka Norges befolkning si seksuelle helse. Strategien går ut på at seksualitet er helsefremjande, og god seksuell helse bidreg til god helse og livskvalitet for det enkelte individ. I fylgje brukar- og interesseorganisasjonar er det for lite fokus på seksuell helse i behandling og oppfølging. Det er ofte mangelfull informasjon og rettleiing om seksuelle problem som fylgje av sjukdom, behandling eller funksjonssvikt.

Undersøkingar viser at helsepersonell let vere å snakke om seksuell helse i møte med pasientar. Det kan føre til at folk føler at seksualiteten deira vert oversett, og at seksuell helse som ressurs vert gløymd. Om ein som helsepersonell skal kunne ta opp seksuell helse med pasientar, må ein ha kunnskap om seksuell helse og kva ein skal ta opp. PLISSIT-modellen vert brukt som eksempel på ein god modell for helsepersonell med 3-årig utdanning (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017).

4 Funn i forskingsartiklane

Det vil verte presentert seks artiklar som er relevant for oppgåva, som er med på å belyse problemstillinga. Ved gjennomgang av forskinga kom eg fram til tre tema som er relevant for oppgåva. Dette er pasientperspektivet, å skape openheit og kunnskap og kompetanse.

4.1 Pasientperspektiv

Stein, Hilling, Clancy & Bishop (2013) leita etter pasientens preferansar angående rådgiving om seksualitet etter hjerneslag. Det viste seg at 71 % av deltakarane i studien såg på seksuell

rådgiving som eit viktig del av rehabiliteringsfasen. Seksuell dysfunksjon var vanleg, 47 % svarte at deira seksuelle funksjon hadde avteke etter hjerneslaget. 81% svarte at dei hadde fått utilstrekkelig informasjon om seksualitet. 26,5% ynskte rådgjeving før utskrivning frå sjukehus eller rehabiliteringssenter. 71% av deltakarane ynskte rådgiving innan eit år etter å ha fått hjerneslag. Studien konkluderte med at dei fleste slaggramma pasientar opplever seksuell dysfunksjon og ynskjer rådgiving frå helsepersonell. Resultata ein kom fram til framhevar behovet for rådgiving knytt til seksuell dysfunksjon (Stein, et al., 2013, s. 1842-1847).

Seymour & Wolf (2014) ynskte å finne ut i kva grad pasientar i USA, som har gjennomgått mildt hjerneslag opplever endringar i seksuell funksjon. Deltakarane hadde gjennomgått mildt hjerneslag med NIHSS skår <6 for 6-18 månadar sidan, ingen nevrologisk sjukehistorie, afasi eller anna sjukdom som kunne påverka seksuell aktivitet. 38,5% svarta at dei hadde fått endra seksuell funksjon etter hjerneslag. 30,8% rapporterte at helsepersonell diskuterte seksuell funksjon med dei etter hjerneslaget. 23,1% skulle ynskt å få snakka om seksuell funksjon og 15,4% ville ynskt informasjon dersom det ville oppstå eit problem. Ein av deltakarane vart trekt ut til ein case-studie. Han scora 2 på NIHSS-skår, og nemnte at hjerneslag hadde endra hans seksualfunksjon. Dette innebar både lyst og prestasjon. Deltakaren opplevde også depressive symptom etter hjerneslag (Seymour & Wolf, 2014, s. 72-80).

4.2 Å skape openheit

Richards, Dean, Burgess & Caird (2016) ynskte å finne ut korleis fagfolk som jobba med hjerneslag gjekk fram ved kartlegging av seksualitet. Det vart lagt vekt på korleis personale sine komfortnivå var rundt det å ta opp seksualitet og å svare på spørsmål relatert til tema. Det vart brukt intervju med opne spørsmål som omhandla deltakarane si rolle og førekomsten av seksuelle problem i deira arbeid. Det viste seg at helsepersonell har ein barriere kring det å snakke om seksualitet, noko som hindra helsepersonell i å kartlegge pasientens seksualitet godt nok. Studien viser korleis sjukepleiarar tilnærma seg seksualitet i møte med den slaggramma i rehabiliteringsfasen. Det vart foreslått kurs og praksis ved blant

anna å nytte PLISSIT- modellen, for å klare og ta hand om pasientens seksualitet og bidra til å skape openheit (Richards et al., 2016, s. 1471-1482).

Saunamäki, Andersson & Engström (2010) har i sin forskning brukt kvantitativ metode for å finne ut av sjukepleiarar sine holdningar til å ta opp seksualitet med pasientar. To tredjedelar av dei 88 deltakarane svarte at dei var komfortable med å ta opp seksualitet som tema. Likevel så svarte 80% at dei ikkje tok seg tid til å snakke om seksualitet, medan 60 % følte dei ikkje hadde nok kunnskap til å snakke med pasienten om tema. Det viste seg at helsepersonell med høgare alder og meir erfaring oftare tok opp seksualitet med pasientane, og hadde meir positive holdningar til å diskutere seksualitet (Saunamäki et al., 2010, s. 1308-1316).

Saunamäki & Engström (2013) utførte ein kvalitativ studie i Sverige, for å finne ut kva synspunkt sjukepleiarar har når det kjem til det å snakke om seksualitet med pasientar. Basert på deltakarane sine svar, vart det laga ein tabell med tre inndelingar etter kva sjukepleiarane svarte. Den fyrste gruppa følte sjølv at det var sjukepleiar sitt ansvar å ta opp tema. Denne gruppa svarte også at dei hadde kunnskap om tema og såg samanhengen mellom seksualitet og sjukdom. Den andre gruppa svarte at dei såg på seksualitet som sjukepleiar sitt ansvar, men følte ikkje dei hadde nok kompetanse til å ta det opp med pasientar. Dei var redde for å ikkje handtere situasjonen og å gjere pasientar ukomfortable. Den tredje gruppa meinte at det var legen sitt ansvar å ta opp temaet seksualitet, sidan dei har meir erfaring og betre tid enn sjukepleiarane. Desse sjukepleiarane meinte også det var pasientane sitt ansvar å ta opp tema, for å ikkje trengje seg inn på deira privatliv. Det vert konkludert med at sjukepleiar må gå ut av komfortsona si og snakke om seksualitet, dette er med på å gjere det mindre tabu (Saunamäki & Engström, 2013, s. 531-540).

4.3 Kunnskap og kompetanse

Vikan, Nillson, Bushnik, Deng, Elessi, Frost-Bareket-Kovrigina-Shahwan, Snekkvik, Åkesson, Stanghelle & Fugl-Meyer (2019) har brukt to strukturerte spørjeskjema for å finne ut korleis fleire spesialiserte rehabiliteringssenter frå sju ulike land ivaretek seksuell helse. Det vert sett på kva perspektiv helsepersonell som jobbar på sentera har på seksuell helse. Den kvalitative studien viste at helsepersonell som jobbar på rehabiliteringssentera med høgst

skår, også har meir kunnskap om seksuell helse. Dei var meir positive for å ha dette med i rehabiliteringsprogrammet enn dei som jobba på rehabiliteringssenter med låg skår. Dei fleste som deltok i studien utrykte eit behov for meir kunnskap om tema. Over tre fjerdedelar av helsepersonell rapporterte at dei hadde lite eller ingen kunnskap om seksuell helse etter hjerneslag. Denne studien viser kva fokus rehabiliteringssentera har på seksuell helse og helsepersonell sin kunnskap og perspektiv på seksuell helse (Vikan et al., 2019, s. 361-368). Det viser seg at helsepersonell har ein del barrierar som omhandlar det at dei ikkje føler dei har god nok erfaring og kunnskap rundt det å snakke om seksualitet.

«Well, I don't know how to do it» (Richards et al., 2016, s. 1475).

Seksualproblematikken vert i nokre tilfelle registrert men ikkje teke hand om. Det viser seg at det ikkje er eit sjølv sagt tema under rehabilitering etter hjerneslag. Dagens praksis begrensar i dag moglegheita til å ta hand om pasientens seksualitet (Richards et al., 2016, s. 1471-1482).

I studien til Stein, Hilling, Clancy & Bishop (2013) vart det konkludert med at ein treng betre opplæringsprogram av helsepersonell og opplæring i det å nytte pasientopplæringsverktøy (Stein et al., 2013, s. 1842-1847). Forsking viser også at sjukepleiarar med vidareutdanning har meir positive holdningar til å ta opp tema (Saunamäki et al., 2010, s. 1308-1316). Det vert også konkludert med i studien til Saunamäki, Andersson & Engström (2010) og Saunamäki & Engström (2013) at sjukepleiarar må få betre opplæring og undervisning for å verte betre rusta til å ta opp seksualitet (Saunamäki et al., 2010, s- 1308-1316; Saunamäki & Engström, 2013, s. 531-540). Dette vil også føre til betre livskvalitet hjå pasientane (Saunamäki & Engström, 2013, s. 531-540).

5 Drøfting

I dette kapittelet vil det verte trekt fram teori, forskingsartiklar og mine eige erfaringar for å belyse problemstillinga: Korleis bidra til å skape openheit rundt seksualitet til pasientar som har gjennomgått hjerneslag?.

5.1 Å leve med hjerneslag

Wergeland, Ryen & Ødegaard-Olsen (2016, s.304) skriv at ein kan dele hjerneslag inn i to grupper. Hjernebløding som er når ei arterie sprekk, og hjerneinfarkt som skuldar ein embolus eller trombose som set seg fast i ei blodåre som fører blod til hjernen.

Helsedirektoratet (2017) meiner at alle som har gjennomgått hjerneslag vil ha ulike utslag. Dette underbyggjer Helland (2015, s. 868), og legg til at difor vil alle pasientar som har gjennomgått hjerneslag ha ulike utfordringar og behov i rehabiliteringsfasen. Endring i motoriske, sensorisk og kognitive funksjonar i etterkant av eit hjerneslag er vanlege symptom (Andreassen, 2019, s.550). Dette bekreftar Stein et al. (2013, s. 1843) og Seymour & Wolf (2014, s. 72-80) i si forskning. Medan Seymour & Wolf (2014, s. 72-80) legg til at mange også kjenne på depressive symptom i etterkant av eit hjerneslag, og at det blant anna kan skuldast at ein må ha hjelp til daglegdagse ting for å meistre kvardagen. Mi erfaring frå praksis støttar både det Helland, Andreassen, Stein et al. og Seymour & Wolf skriv. Då eg var i praksis møtte eg på ei kvinne i 50 åra som nyleg hadde fått påvist hjernebløding, og som fylgje av dette hadde ho fått nedsett kraft i høgre side med nomenheit i arm og bein. Kvinna opplevde at ho trong hjelp til alle daglegdagse ting, som å kome seg opp på sengekanten, gå på toalettet og utføre morgonstell. Ho tok lett til tårene og var svært fortvila over situasjonen. Ho sat og snakka om alt som ville verte vanskeleg og at ho ikkje kom til å klare å gjere noko på eigenhand. Ho følte at livet ho hadde vart tatt frå ho, og at alt kom til å verte annleis. På den andre sida har eg også møtt pasientar som har gjennomgått hjerneslag og som omtrent ikkje har symptom. Fleire av dei treng minimalt med hjelp og tilrettelegging.

Pasientar som har gjennomgått hjerneslag kan kjenne på nedsett lyst og prestasjon i forbindelse med seksualitet (Seymour & Wolf, 2014, s. 72-80). Det viser at seksuallivet vert påverka av korleis ein har det i livet elles. Helland (2015, s. 868) illustrerar dette i seksualitetens seks R-ar: Reproduksjon, relasjon, respekt, rehabilitering, reaksjon og relaksjon. I ein rehabiliteringsfase vil ein slagramma pasient oppleve endring av seksualitet, og det vil kunne få ei anna meining enn det har hatt tidlegare på andre stadium i livet (Helland, 2015, s. 862). Mi erfaring frå praksis er at seksuallivet ofte kjem i mindre fokus rett etter at ein vert ramma av hjerneslag, og at pasientar har mange andre spørsmål dei lurar på i denne fasen. Eg har erfart at spørsmål om seksualitet kjem etter kvart som det går litt tid i

rehabiliteringsfasen. Helland (2015, s. 868) underbyggjer mine observasjonar, men legg til at på den andre sida kan seksualitet for nokon føra til auka fokus i tidleg fase for å få auka bekrefting i ein vanskeleg periode.

Mange pasientar opplever store omveltingar og at livet vert snudd på hovudet etter eit hjerneslag. Det at ein må setje seg inn i ein ny kvardag med nye utfordringar og endra kroppssoppfatning er ein del av sjukdomsbiletet (Helland, 2015, s.868). Kvinna i 50 åra som eg fortalte om, følte på akkurat dette Helland skriv. Ho visste ikkje korleis ho skulle fortsetje livet med alle dei nye utfordringane. Hjerneslag vil ha ulik innverknad på seksuallivet frå pasient til pasient (Helland, 2015, s. 868). Det kan også vere ulike årsakar til at nedsett seksualfunksjon oppstår etter eit hjerneslag (Andreassen, 2019, s.550). Almås & Bertelsen (2017, s. 146) skriv blant anna at det er fleire typar medikament som aukar risikoen for erektil dysfunksjon. Dei legg til at dette spesielt gjeld medikament mot hjarte- og karsjukdom som også kan vere ein bakanforliggjande årsak til hjerneslag (Bertelsen, 2016, s.328). Mange som har gjennomgått hjerneslag kan ha depressive periodar som ein biverknad av dei store endringane i livet (Seymour & Wolf, 2014, s. 72-80). Depresjon kan i seg sjølv også vere med å påverke seksuell lyst, orgasme og ejakulasjon (Almås & Bertelsen, 2017, s. 145).

Mi erfaring frå slagenhet er at det er lite fokus på dei psykososiale behova til pasienten, men at opptrening og det somatiske er det som står i fokus. Dette er noko som strir i mot pasientens forventningar og behov, viser forskinga til Stein et al. (2013, s. 1843). Det kjem fram at dei aller fleste pasientar ynskjer informasjon knytt til seksualitet, men føler dei får utilstrekkeleg rådgiving om temaet (Stein, et al., 2013, s. 1843). Helland underbyggjer dette og påpekar at det er viktig at pasienten får tilstrekkeleg informasjon om korleis sjukdommen vil kunne påverke seksuallivet (Helland, 2015, s.870). Saunamäki & Engström (2013, s. 531-540) støttar også dette, og meiner at god informasjon og rettleiing vil føre til betre livskvalitet hjå pasientane. Også Store medisinske leksikon (2019) er einig i dette. Dei skriv at seksualitet er ein viktig del av livet og hevdar at menneske med god seksualitet lever lengre og er mindre sjuke.

5.2 Heilheitleg sjukepleie

Det er i dag ingen retningslinjer for korleis ein som sjukepleiar skal ivareta spørsmål om seksuell helse (Helland, 2015, s.870). Og det viser seg at sjukepleiarar framleis har ein barriere kring det å snakke om seksualitet med pasientar. Dette medfører til at sjukepleiarar ikkje får utført heilheitleg sjukepleie, på grunn av for dårleg kartlegging av pasientane på dette området (Richards et al., 2016, s. 1480). Heilheitleg sjukepleie inneber at ein skal ivareta heile pasienten, og ikkje berre sjukdommen. Noko som betyr at ein har eit ansvar for å ivareta pasientens seksuelle helse (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Dette underbyggjer Hendersons fjorten grunnleggande behov. Ein skal rettleie og undervise kvar enkelt pasient ut frå deira behov. Om ein ikkje er i stand til dette, vert ikkje dei grunnleggande behova til pasienten ivaretekne. Det fører til at ein ikkje har utført ein fullverdige jobb som sjukepleiar (Mathisen, 2015, s. 125-130).

PLISSIT-modellen vart utvikla for å kunne ivareta seksuell helse. Modellen gjer det enklare for sjukepleiar å snakke om tema samstundes som ein enklare held struktur i samtalen. Ved å bruke modellen ser ein kva som er sjukepleiar sitt ansvar innanfor seksuell helse, og ein ser lettare når ein skal henvise vidare til helsepersonell med spesialutdanning innanfor tema (Helland, 2015, s. 877). Også i forskinga til Richards et al. (2016, s. 1479) vert det foreslått kurs og praksis for deltakarane ved å nytte PLISSIT-modellen. I artikkelen til Stein et al. (2013, s. 1842-1847) viser det seg at helsepersonell treng meir kunnskap og betre opplæring i korleis ein nyttar kartleggingsverktøy. Mi erfaring frå praksis underbyggjer det Stein et al. skriv, eg har aldri høyrte nokon snakke om eller sett nokon som har benytta seg av PLISSIT-modellen. Ei anna erfaring eg har gjort meg er at det verkar som mange sjukepleiarar trur at dei har for lite kunnskap til å snakke om seksuell helse med pasientar sidan dei så sjeldan gjer det. Men for dei fleste pasientar handlar det om å få tillatelse til å snakke om seksualitet, som er det fyrste trinnet i PLISSIT-modellen (Helland, 2015, s. 878; Gamnes, 2016, s. 399; Almås & Benestad, s. 70). Helland (2015, s.878) legg til at dei fleste pasientar befinn seg på dette trinnet.

Eit problem i dagens samfunn er at tema i stor grad vert oversett og pasientar opplever manglande informasjon om sjukdommens innverknad på seksuallivet (Helland, 2015, s.870). Dette er noko som strir i mot Henderson sin sjukepleiarteori, der ein skal rettleie og

undervise pasienten så lenge helsetilstand og motivasjon hjå pasienten tillet det (Mathisen, 2015, s. 125-130). Mi oppleving er at sjukepleiarar ikkje tek initiativ til å snakke om seksualitet med pasientar. Som student i praksis fekk både eg og praksiskontakten min spørsmål av pasientar som var relatert til seksualitet. Eg følte sjølv at eg ikkje hadde nok kunnskap til å svare pasienten, og følte meg utilpass då slike spørsmål er mykje meir personleg enn spørsmål ein elles får. Kontakten min svarte kort og enkelt på spørsmåla, slik at det ikkje vart opna opp for fleire spørsmål kring tema. Dette strir i mot Helland (2016, s. 874) sin teori om korleis ein skal kommunisere om seksualitet. Han påpeikar at ein skal vere tydleg i sin tale for å gi ei formidling om at tema er relevant og at ein som sjukepleiar er villig til å snakke om det.

I Saunamäki et al. (2010, s. 1311) si forskning kjem det fram at veldig mange sjukepleiarar let vere å snakke om seksualitet. I følge Saunamäki & Engström (2013, s. 536-537) kan noko av grunnen til dette vere at sjukepleiarar er usamde om kven sitt ansvar det er å ta opp seksualitet med pasienten. Nokon meiner det heilt klart er sjukepleiar sitt ansvar medan andre meiner det er legen sitt ansvar, eit fåtal meiner det er pasienten sitt ansvar å ta opp tema. Årsaka til at fleire sjukepleiarar ikkje veit kven sitt ansvar det er, kan koma av at tema fleire stadar ikkje er ein del av rehabiliteringsprogrammet. Noko av årsaka kan også vera at ein i dagens praksis som sjukepleiar ikkje har eit krav på seg om å ta opp tema (Helland, 2015, s.870).

5.3 Sjukepleiar sin kunnskap og kompetanse

Fleire sjukepleiarar meiner dei ikkje har nok kunnskap eller erfaring til å kunne snakke om seksualitet med pasientar. Dette underbyggjer forskinga til Saunamäki et al.(2010, s. 1313) der over halvparten av deltakarane følte dei hadde for lite kunnskap. Det same gjer studien til Vikan et al. (2019, s. 361-368), der nesten alle følte dei hadde lite eller ingen kunnskap om tema. Saunamäki & Engström (2013, s. 537) peikar på at sjukepleiarar er redde for å ikkje vere i stand til å handtere situasjonen, eller å gjere pasienten ukomfortabel. Medan Henderson meiner at det krev sjølvinnsett og kunnskap av sjukepleiarar for å kunne utføre den jobben ein har fått (Mathisen, 2015, s. 125-130). Ut frå mi erfaring frå praksis verkar det som at problemet for sjukepleiarar, er det at dei ikkje veit korleis ein skal handtere situasjonen og ikkje veit kva dei skal seie. Dette bekreftar studien til Richards et al. (2016, s.

1475), der ein av deltakarane uttrykte: «Well, I don't know how to do it». Medan Sneltvedt (2012, s. 155) hevdar at ein ikkje klarar å unngå å bruke sin eigen personlegheit i møte med pasientar, og dermed kan personlege tema som ein sjølv har eit forhold til vere vanskeleg å snakke om. Dette kan også ha ei betydning for kvifor temaet er lite snakka om.

Etter det eg har erfart vert tema lite snakka om på sjukepleiarstudie og det er svært lite undervisning om det, sjølv om det står ein del om temaet i nyare pensumbøker. Ofte vert seksualproblematikken registrert, men ikkje tatt hand om. Det viser seg at det ikkje er eit sjølvsgt tema for sjukepleiarar å ta hand om (Richards et al., 2016, s. 1480). Samstundes viser det seg at kompetansenivået til helsepersonell er varierende. Helsepersonell med høgare alder og meir erfaring er meir positive til tema og snakkar oftare med pasientar om seksualitet (Saunamäki et al., 2010, s. 1314). Dette kan tyde på at sjukepleiarar med betre kompetanse og erfaring som har vore i yrket lengre, verkar å vere tryggare i seg sjølve og handtere situasjonen betre. Studien til Vikan et al. (2019, s. 364) viser at dei rehabiliteringssentera som skårar høgt på ivaretaking av seksuell helse, også har meir kunnskap om tema. Helsepersonellet som jobbar der, er også meir positive til å ha det med i rehabiliteringsprogrammet (Vikan et al., 2019, s. 364). Dette tyder på at om seksualitet er med i rehabiliteringsprogrammet er tema meir i fokus hjå dei tilsette.

Då eg var i praksis på slagenhet snakka eg med fleire tilsette sjukepleiarar om kvifor seksualitet ikkje er eit sjølvsgt tema å ta opp med pasienten. Det som gjekk igjen var at dei fleste ikkje følte dei hadde nok kunnskap og kompetanse til å snakke om det. Mi erfaring frå praksis er at det er ingen som har fokus på seksualitet. Eg snakka med to sjukepleiarar som var fast tilsette som hadde jobba på slagenhet i fleire år. Ingen av dei hadde snakka med ein slagamma pasient om seksualitet. Alle sa seg einige i at seksualitet er eit viktig tema i rehabiliteringsfasen etter eit hjerneslag. Det kan tyde på at sjukepleiarar ser behovet for å skape openheit rundt seksualitet og ha det med i rehabiliteringsprogrammet, men at problemet ligg i for lite kompetanse og erfaring kring tema. Dette gjev oss eit bilete på kva fokus rehabiliteringssentera jamt over har på seksuell helse (Vikan et al., 2019, s. 361-368).

Ut i frå mine erfaringar i praksis, tenkjer eg at det å tore å trø ut av komfortsona si, samstundes som ein er i stand til å kommunisere godt, er viktige faktorar for å lykkast i samtalen om seksualitet. Dette underbygger Heyn (2015, s.363), der han skriv at god kommunikasjon vil gjere situasjonen meir overkomeleg for pasienten også. Røkenes & Hanssen (2012, s.241) påpeikar at for å få god kommunikasjon må begge partar ha same forståing av det som vert kommunisert om. Relasjonen ein har til pasienten vil også ha mykje å sei for kor god kommunikasjonen vert (Røkenes & Hanssen, 2012, s.178). I fylgje Henderson er det sjukepleiar si oppgåve å skape ei gjensidig forståing mellom pasient og sjukepleiar (Mathisen, 2015, s.125-130). I praksis opplevde eg at sjukepleiar svarar kort og avvisande på spørsmål om seksualitet. Noko som er teikn på dårleg relasjon og kommunikasjon mellom sjukepleiar og pasient. Det er då lett for at pasienten føler seg dum og liten. Det skal ikkje så mykje til før ein sjukepleier kan få pasienten til å føle seg liten og oversett i følge Røkenes & Hanssen (2012, s.179). Det er difor det er så viktig med relasjonskompetanse som sjukepleiar, som Røkenes & Hanssen (2012, s. 180) meiner skal byggje på god væremåte, empati og anerkjenning av pasienten.

Det vert konkludert med i fleire av studiane at det trengs betre opplæring av sjukepleiarar for å verte betre rusta til å ta opp temaet seksualitet, då opplæringsprogramma ikkje finst eller er for lite nytta i praksis (Saunamäki et al., 2010, s. 1314; Saunamäki & Engström, 2013, s. 538; Stein et al., 2013, s. 1842-1847).

5.4 Sjukepleiar sitt ansvar

I regjeringa sin strategi for seksuell helse, står det mellom anna kva ansvar helsepersonell har for å ivareta seksuell helse. I fleire undersøkingar kom det fram at helsepersonell i stor grad overser seksuell helse. Regjeringa meiner sjukepleiarar skal vere i stand til å ta opp temaet med pasientar, og viser til PLISSIT- modellen som eit godt kartleggingsverktøy å nytte (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Dette vert også underbygd av Richards et al. (2016, s. 1479) som også foreslår dette tiltaket for deltakarane i studien sin.

I fleire tilfelle vert seksualproblematikken registrert, men ikkje tatt hand om. Det er ikkje eit sjølvstøtt tema som vert diskutert under rehabiliteringsfasen etter eit hjerneslag (Richards et al., 2016, s. 1480). Temaet vert oversett og pasientar føler seg for dårleg ivaretatt i forhold til si seksuelle helse (Helland, 2015, s.870). Grunnen til dette kan skuldast at dagens praksis på ulike rehabiliteringssenter begrensar moglegheita til å ta hand om pasientens seksualitet (Richards et al., 2016, s. 1479). Om ein hadde hatt retningslinjer for korleis ein skulle ivareta pasientens seksuelle helse (Helland, 2015, s.870), ville dette kunne bidra til at sjukepleiar handterte situasjonen betre og snakka oftare om tema. Noko som igjen ville ha bidrege til å skape openheit rundt tema. Då eg var i praksis såg eg at sjukepleiarar ofte har det travelt, og at dei går rundt med eit konstant press på å få gjort alle arbeidsoppgåvene sine i løpet av vakta. Dersom ein ikkje har noko å forholde seg til som seier at ein skal ta opp temaet seksualitet med pasienten, kan det vere vanskeleg å skape rom og tid for det.

Eg kjenner att frå andre situasjonar at det å snakke om vanskelege tema, gjer temaet mindre farleg og ein vert van å snakke om det. Saunamäki & Engström (2013, s. 537) støttar denne påstanden, og meiner det vil skape meir openheit om ein snakkar meir om temaet.

6 Konklusjon

Målet med oppgåva var å finne ut korleis ein som sjukepleiar kan bidra til å skape openheit rundt seksualitet til pasientar som har gjennomgått hjerneslag.

Det viser seg at sjukepleiarar er usamde i kven sitt ansvar det er å snakke om seksualitet. Sjukepleiarar har eit ansvar for å utøve heilheitleg sjukepleie, noko som inneberer å ivareta pasientens seksuelle helse. Seksualitet kan vere vanskeleg å snakke om for både sjukepleiarar og pasientar. Det viser seg at sjukepleiarar har ein barriere kring det å snakke om seksualitet med pasientar. Mangel på kompetanse og lite erfaring innanfor tema kan vere ei av årsakene til at det i dag i stor grad vert oversett.

Seksualitet er eit personleg tema for dei aller fleste pasientar. For å kunne snakke om tema, er ein difor avhengig av å skape ein god relasjon til pasienten. God kommunikasjon vil vere viktig. Væremåte, empati og anerkjenning er tre sentrale punkt for å skape ein god relasjon til pasienten.

Sjukepleiarar må i større grad verta flinkare til å trø utanfor komfortsona og sjå kor viktig seksuell helse er hjå pasientar som har gjennomgått hjerneslag. Ein vil kome langt med å stole på seg sjølv og den kompetansen ein har. Ein må gi pasienten tillating til å stille spørsmål og å snakke om problema sine knytt til seksuell helse. Sjukepleiarar må vere trygge i seg sjølv, og tore å snakke om tema. Det vil kunne bidra til å skape openheit.

I oppgåva har eg fått betre forståing for kvifor temaet seksualitet er lite snakka om og kva ein kan gjere for å bidra til å skape openheit rundt tema. Det er viktig å ta opp eit slikt tema som er så sentralt i eit menneske sitt liv. Om pasientar vert sitjande att utan å få svar på spørsmål dei har kring seksualitet, vil ein ikkje ha utført ein god nok jobb som sjukepleiar. Min konklusjonen er at ein som sjukepleiar må snakke om seksualitet for å ivareta pasientar som har gjennomgått hjerneslag, dette vil også vere med på å skape openheit rundt temaet seksualitet.

7 Referansar

- Almås, E. & Benestad, E. E. P. (2017). *Sexologi i praksis* (3. utg.). Universitetsforlaget.
- Andreassen, H. M. (2019). Sykepleie til pasienter med sykdom i sentralnervesystemet. I U. Knutstad (Red.), *Utøvelse av klinisk sykepleie* (s. 519-591). Cappelen Damm Akademisk.
- Bertelsen, A. K. (2016). Sykdommer I nervesystemet. I S. Ørn & E. Bach- Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 320-343). Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Gamnes, S. (2016). Seksualitet og helse. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 2* (3.utg., s. 373-407). Gyldendal Akademisk.
- Helland, Y. (2015). Seksualitet. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i sykepleie* (5. utg., s. 861-886). Cappelen Damm Akademisk.
- Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). Sjekkliste. Helsebiblioteket.
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekkliste>
- Helsedirektoratet. (2017, 21. desember). *Rehabilitering etter hjerneslag*. Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag/rehabilitering-etter-hjerneslag>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Snakk om det!: Strategi for seksuell helse (2017-2022)*. Regjeringen.
https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/stategi_seksuell_helse.pdf
- Heyn, L. (2015). Kommunikasjon – menneskets grunnleggende behov for å forstå og bli forstått. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., s. 363-398). Cappelen Damm Akademisk.
- LHL Hjerneslag. (2021, 24. mars). *Hjerneslag*. LHL Hjerneslag. <https://www.lhl.no/lhl-hjerneslag/>
- Mathisen, J. (2015). Hva er sykepleie?. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., s. 119-141). Cappelen Damm Akademisk.
- Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*.
<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinart, L. M. (2017). *Jobb kunnskapsbasert* (2. utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Richards, A., Dean, R., Burgess, G. H. & Caird, H. (2016). Sexuality after stroke: an exploration of current professional approaches, barriers to providing support and future directions. 1471-1482. <https://doi.org/10.3109/09638288.2015.1106595>
- Røkenes, O. H & Hanssen, P. -H. (2012). *Bære eller bryte* (3. utg.). Fagbokforlaget
- Saunamäki, N., Andersson, M. & Engström, M. (2010) Discussing sexuality with patients: nurses' attitudes and beliefs. 1308-1316. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05260.x>
- Saunamäki, N. & Engström, M. (2013) Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears. 531-540. <https://doi.org/10.1111/jocn.12155>
- Seymour, L. M. & Wolf, T. J. (2014) Participation changes in sexual functioning after mild stroke. 72-80. <https://doi.org/10.3928/15394492-20131217-01>
- Sneltvedt, T. (2012). Hva innebærer det å være profesjonell sykepleier?. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (3. utg., s. 151-165). Gyldendal Akademisk.
- Stein, J., Hillinger, M., Clancy C. & Bishop, L. (2013). Sexuality after stroke: patient counseling preferences. 1842-1847. <https://doi.org/10.3109/09638288.2012.754953>
- Store medisinske leksikon. (2019, 10. desember). *Seksualitet*. <https://sml.snl.no/seksualitet>
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (3. opplag). Universitetsforlaget.
- Vikan, J. K., Nilsson, M. I., Bushnik, T., Wanying, D., Elessi, K., Frost-Bareket, Y., Kovrigina, E., Shahwan, J., Snekkevik, H., Åkesson, E., Stanghelle, J. K. & Fugl-Meyer, K. S. (2019). Sexual health policies in stroke rehabilitation: A multi national study. 361-368. <https://doi.org/10.2340/16501977-2552>
- Wergeland, A., Ryen, S. & Ødegaard-Olsen, T. G. (2016). Sykepleie ved hjerneslag. I D.-G. Stubberud, H. Almås & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5. utg., s. 303-328). Gyldendal Akademisk.

8 Vedlegg

Vedlegg 1 – PICO-skjema

Pateint/problem	Intervention/tiltak	Comparison/samanlikning	Outcome/resultat
Post-stroke	Sexuality		Taboo
Stroke	Sexual counseling		
Nurse	Information needs		
Sexual dysfunction	Talk		
	Information		

Vedlegg 2 – Systematisk treff i databasar

Dato	Database	Søkeord	Antall treff	Artikkel
20.april	Academic Search Elite (Academic Search Elite, Medline, CINAHL)	Søk 1: Stroke or Post stroke Søk 2: Sexuality Søk 3: Information needs Søk 4: S1,S2 and S3	Søk 1: 646,790 Søk 2: 181,982 Søk 3: 75,206 Søk 4: 2	Artikkel 1: Sexual health policies in stroke rehabilitation: a multinational study
21.april	Academic Search Elite (Academic Search Elite, Medline, CINAHL)	Søk 1: Stroke or Post stroke Søk 2: Sexuality Søk 3: Information Søk 4: S1, S2 and S3	Søk 1: 646,965 Søk 2: 182,032 Søk 3: 2,448,004 Søk 4: 26	Artikkel 2: Sexuality after stroke: an exploration of current professional approaches, barriers to providing support and future directions. Artikkel 3: Sexuality after stroke: patient counseling preferences.
22.april	Academic Search Elite (Academic Search Elite, Medline, CINAHL)	Søk 1: Sexuality Søk 2: Talk Søk 3: Nurse Søk 4: S1,S2 and S3	Søk 1: 182,249 Søk 2: 284,786 Søk 3: 1,171,668 Søk 4: 83	Artikkel 2: Discussing sexuality with patients: nurses' attitudes and beliefs.

Dato	Database	Søkeord	Antall treff	Artikkel
30.april	Academic Search Elite (Academic Search Elite, Medline, CINAHL)	Søk 1: Sexuality Søk 2: Stroke Søk 3: Sexual dysfunction Søk 4: S1,S2 and S3	Søk 1: 182,391 Søk 2: 648,186 Søk 3: 42,859 Søk 4: 39	Artikkel 22: Participation Changes in sexual functioning after mild stroke.
10.mai	Academic Search Elite (Academic Search Elite, Medline, CINAHL)	Søk 1: Sexuality Søk 2: Nurse Søk 3: Taboo	Søk 1: 182,693 Søk 2: 1,173,400 Søk3: 10,918 Søk 4: 118	Artikkel 17: Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears.



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave i sykepleie

SK152

Predefinert informasjon

Startdato:	10-06-2021 12:30	Termin:	2021 VÅR
Slutt dato:	14-06-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave i sykepleie		
Flowkode:	203 SK152 1 O 2021 VÅR		
Intern sensor:	Aud Berit Fossøy		

Deltaker

Kandidatnr.:	236
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7292
----------------------	------

Egenerklæring *: Ja

Inneholder besvarelsen
konfidensielt
materiale? Nei

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

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

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

Nei

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

Nei