



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001

Predefinert informasjon

| | | | |
|-----------------------|---|------------------------|----------------------------|
| Startdato: | 26-02-2018 09:00 | Termin: | 2018 VÅR |
| Sluttdato: | 26-04-2018 14:00 | Vurderingsform: | Norsk 6-trinns skala (A-F) |
| Eksamensform: | Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave | | |
| SIS-kode: | 203 SYKHB30011 PRO1 2018 VÅR | | |
| Intern sensor: | (Anonymisert) | | |

Deltaker

Kandidatnr.: 1023

Informasjon fra deltaker

Tittel *: La oss snakke om seksualitet.

Antall ord *: 8953

Tro- og loverklæring *: Ja

**Inneholder besvarelsen
konfidensiell materiale?:** Nei

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

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

BACHELOROPPGAVE

«La oss snakke om seksualitet»

Kull: 2015

Antall ord: 8953

Fakultet for Helse-og sosialvitenskap
Institutt for helse- og omsorgsvitenskap,
Fagseksjon for sjukepleie – Haugesund

Samandrag

Tittel: La oss snakke om seksualitet.

Bakgrunn: I 2014 hadde 7704 pasientar i Noreg hjartevikt som hovuddiagnose. Gjennom mine praksisar og arbeidskvardagar observerer eg få samtalar rundt temaet seksualitet. Eg har heller ikkje sett at det har vore dokumentert i pasientjournalen. Informasjon og undervising til pasientar med hjartevikt bør innehalde seksuell rådgiving.

Problemstilling: Kva informasjonsbehov har pasientar med kronisk hjartevikt kring seksualitet, og korleis kan sjukepleiar bidra med tilstrekkeleg informasjon?

Hensikt: Eg ynskja meir kunnskap kring pasientar med hjartevikt sin seksualitet og korleis sjukepleiar kan bidra med tilstrekkeleg informasjon kring seksualitet til desse. Seksualitet er eit tema som fangar mi interesse og difor har eg valt dette temaet.

Metode: Denne oppgåva er ein litteraturstudie. Det er nytta fem forskingsartiklar og faglitteratur om hjartevikt, seksualitet og informasjon, for å finne svar på problemstillinga.

Resultat: Eg har valt artiklar både på pasient- og sjukepleiarperspektiv. Nokre av artiklane omhandlar pasientar med kronisk hjartevikt og kva behov dei har for informasjon kring seksualitet. Dei andre artiklane omhandlar sjukepleiaren sitt forhold til seksualitet, seksuell rådgiving og diskusjon av seksuell helse. Det kjem også fram ulike barrierar hjå dei sjukepleiarane som gir og dei som ikkje gir seksuell rådgiving.

Konklusjon: Pasientar med kronisk hjartevikt ynskjer informasjon om seksualitet. Det kan gjere det lettare for pasientane å ta til seg informasjonen dersom deira føresetnadar vert tatt omsyn til. I botn er det viktig at det ligg til grunne eit godt menneske-til-menneske-forhold, samt relasjon, mellom pasienten og sjukepleiaren. For sjukepleiar kan det vere aktuelt med opplæring i korleis å informere om seksualitet og gi seksuell rådgiving, samt opplæring i PLISSIT-modellen for å bevisstgjere deira kunnskapsnivå.

Nøkkelord: kronisk hjartevikt, seksualitet, informasjon, seksuell rådgiving

Abstract

Title: Lets talk about sexuality.

Background: In 2014, 7704 patients in Norway had heart failure as main diagnosis. I have observed few conversations about the topic of sexuality, through my practices and work. Nor have I observed it has been documented. Information and instructions for patients with heart failure should include sexual counseling.

Research question: When it comes to sexual information, what requirements do patients suffering from chronic heart failure, have? How can nurses provide adequate information?

Purpose: I wanted to expand my knowlegde regarding this group of patients and their sexuality, and how nurses can provide adequate information. Sexuality in general is a topic that catch my interest and therefore I choose this topic in my assignment.

Methodes: This assignment is a literature study. To find answers to the problem, I have used five research articles, literature of heart failure, sexuality and information.

Findings: I have chosen articles both from patients and nurses perspective. Some articles include patients suffering from heart failure and their need of information. The other articles include nurses and sexuality, sexual counseling and sexual health. One article includes barriers to nurses who provide versus not provide sexual counseling.

Conclusions: Patientes suffering from heart failure wants information regardig sexuality. It may make it easier for patients to take to heart the information if their prerequisite is taken into account. The interperseonal relationship is of importants, as well as nurse/patient relationship. It may be necessary for nurses to provide training in order to inform about sexuality and provide sexual counseling, as well as training in the PLISSIT-modle to be aware of their level of knowledge.

Keyword: chronic heart failure, sexuality, information, sexual counseling

Innholdsliste

| | |
|---|-----------|
| Samandrag..... | 3 |
| Abstract..... | 4 |
| 1.0 Introduksjon..... | 7 |
| 1.1 Bakgrunn for val av tema..... | 7 |
| 1.2 Hensikt..... | 8 |
| 1.3 Problemstilling..... | 8 |
| 1.4 Avgrensing..... | 8 |
| 1.5 Omgrepsavklaring..... | 8 |
| 1.5.1 Seksualitet..... | 8 |
| 1.5.2 Informasjon..... | 9 |
| 2.0 Teoretisk perspektiv..... | 10 |
| 2.1 Joyce Travelbee`s sjukepleiar teori..... | 10 |
| 2.1.1 Disiplinert intellektuell tilnæringsmåte til problem..... | 10 |
| 2.1.2 Kommunikasjon..... | 10 |
| 2.1.3 Menneske-til-menneske-forhold..... | 11 |
| 2.2 Relasjon..... | 11 |
| 2.3 Hjartevikt..... | 12 |
| 2.4 PLISSIT-modellen..... | 12 |
| 2.5 Den didaktiske relasjonsmodellen..... | 13 |
| 3.0 Metode..... | 15 |
| 3.1 Kva er metode?..... | 15 |
| 3.2 Litteraturstudie som metode..... | 15 |
| 3.3 Litteratursøk..... | 16 |
| 3.4 Kjeldekritikk..... | 16 |
| 3.5 Metodekritikk..... | 17 |
| 3.6 Forskingsetikk..... | 17 |
| 4.0 Resultat – presentasjon av artiklane..... | 19 |
| 4.1 Oppsummering av artiklane..... | 22 |
| 5.0 Drøfting..... | 23 |
| 5.1 Informasjonsbehov hjå pasientar med kronisk hjartevikt..... | 23 |
| 5.2 Pasienten sine føresetnadar..... | 25 |
| 5.3 Korleis kan sjukepleiar bidra med tilstrekkeleg informasjon kring seksualitet?..... | 27 |

| | |
|---|-----------|
| 6.0 Konklusjon | 31 |
| 7.0 Referanseliste | 32 |
| Vedlegg..... | 35 |
| Vedlegg 1 – NYHA-klassifisering | 35 |
| Vedlegg 2 – PLISSIT-modellen..... | 35 |
| Vedlegg 3 – Søkehistorikk artiklar..... | 36 |
| Vedlegg 4 – Kritisk vurdering | 39 |

1.0 Introduksjon

Innleiingsvis skal eg i dette kapittelet presentere val av tema, hensikt med oppgåva og problemstilling. Vidare skal eg presentere avgrensingar og gje ei omgrepsavklaring.

1.1 Bakgrunn for val av tema

I 2014 vart det registrert 7704 pasientar med hovuddiagnosen hjartesykt. Det vart registrert 14540 pasientar med hjartesykt som bi-diagnose (Kvåle, Reikerås, Egeland, Akerkar & Ebbing, 2016). Hjartesykt representerer eit stadig aukande og alvorleg helseproblem (Eikeland, Stubberud & Haugland, 2016, s. 252).

Eg har valt min problemstilling på bakgrunn av tidlegare sjukehuspraksisar og jobb. I min medisinske praksis var eg utplassert ved hjarteovervakinga. No arbeidar eg på avdelinga som assistent, og skal forsette når er eg ferdigutdanna. Praksisperioden på hjarteovervakinga, jobben eg har på avdelinga og hospitering på hjartesyktpoliklinikken har gjeve meg eit større innblikk og styrka min kunnskap rundt hjartesykt og pasientar med sjukdommen.

Pasientar med hjartesykt og hjarteinfarkt fanga fort mi interesse. På bakgrunn av det har eg valt hjartesykt pasientar. Gjennom mine praksisar og arbeidskvardagar observerer eg få samtalar rundt temaet seksualitet. Det har heller aldri vore dokumentert i pasientjournalen at seksualitet er noko som er tatt opp. Eg sjølv tek heller ikkje opp seksualitet.

Eg har valt å fokusere på seksualitet då eg finn dette interessant og aktuelt for eventuelle vidareutdanningar. Det er eit viktig og tabulagt tema som eg ynskjer auka kunnskap om. Gjennom mine praksisperiodar og jobb har eg sett viktigheita av mellom anna informasjon. Eg har erfart at naudsynt, tilstrekkeleg og riktig informasjon er av stor tyding for å skape tryggleik og ein god relasjon mellom pasient-pleiar. Dei vil også få ei oppleving av å meistre kvardagen betre. For at dette skal la seg gjennomføre er det naudsynt at sjukepleiaren har tilstrekkeleg med kunnskap og kan finne ut av kva som er tilstrekkeleg informasjon hjå kvar enkelt pasient. I mange tilfelle kan det også vere til god hjelp at pårørande får den same informasjonen som pasienten. Det gjeld dersom pasienten sjølv tillèt det. Pasient- og brukarrettighetslova (1999) skriv at dersom pasienten samtykkjer til det eller forholdet tilseier det, skal pasienten sine nærmaste pårørande ha informasjon om pasienten sin helsetilstand og den helsehjelpa som ystast. Eikeland, Stubberud og Haugland (2016, s. 261) seier at informasjon og undervising til hjartesykt pasientar bør inkludere seksuell rådgiving. Dei fleste pasientar med hjartesykt og deira pårørande ynskjer informasjon om seksualitet.

1.2 Hensikt

Hensikta med denne oppgåva er å styrke min kunnskap om kva informasjonsbehov pasientar med kronisk hjartsvikt har kring seksualitet, og korleis sjukepleiarar kan bidra med tilstrekkeleg informasjon hjå desse pasientane. Oppgåva vil gi meg meir kunnskap om korleis å tilnærma meg pasientane, samt gjere meg modigare til å føre samtalar kring seksualitet. Det vil styrke min utøving av sjukepleiefaget når eg er på jobb. § 10 i Helsepersonellova (1999) seier at pasienten har krav på informasjon av den som yt helse-og omsorgshjelp etter reglane i pasient- og brukarrettigheitslova. § 3-2 i Pasient- og brukarrettigheitslova (1999) seier at pasienten skal ha informasjon om innhaldet i helsehjelpa og nødvendig informasjon for å få innsikt i sin helsetilstand. Pasienten skal også informerast om moglege biverknadar og risikoar. Gjennom min arbeidsdag arbeidar eg saman i team. Den tileigna kunnskapen eg får gjennom denne oppgåva kan eg også dele med mine kollegaer. Yrkesetiske retningslinjer for sjukepleiarar (Sykepleien, 2016) seier at ”sykepleieren ivaretar et faglig og etisk veiledningsansvar for andre helse- og omsorgsarbeidere som deltar i pleie- og/eller omsorgsfunksjoner”.

1.3 Problemstilling

Kva informasjonsbehov har pasientar med kronisk hjartsvikt kring seksualitet, og korleis kan sjukepleiar bidra med tilstrekkeleg informasjon?

1.4 Avgrensing

I mine avgrensingar har eg valt å fokusere på pasientar med kronisk hjartsvikt. Eg har ikkje valt ei spesifikk NYHA-rangering, funksjonsklasse av hjartevikt, (vedlegg 1). Eg kjem til å fokusere på menn og kvinner, då problem med seksualitet er noko som rammar begge kjønn. Sexologi er eit fagfelt som omfattar mykje. Difor har eg valt å konsentrere meg om personar med kronisk hjartsvikt sin seksualitet, samt utfordringar og informasjon kring det. Eg har ikkje valt å avgrense til alder, då hjartsvikt og seksualitet er eit område det er lite forska på og det hadde vore problematisk å finne tilstrekkeleg med forskning.

1.5 Omgrepsavklaring

1.5.1 Seksualitet

Seksualitet er eit komplekst omgrep. World Health Organization (2006a) definerer seksualitet som ”kjønn, kjønnsidentiteter og roller, seksuell orientering, erotikk, nytelse, intimitet og reproduksjon. Seksualitet er opplevd og uttrykt i tanker, fantasier, ønsker, tro, holdninger,

verdier, atferd, praksis, roller og relasjoner. Mens seksualitet kan inkludere alle disse dimensjonene, er ikke alle av dem alltid opplevd eller uttrykt. Seksualitet påvirkes av samspillet mellom biologiske, psykologiske, sosiale, økonomiske, politiske, kulturelle, juridiske, historiske, religiøse og åndelige faktorer”.

Seksualitet er i følge Langfeldt og Porter (siteret i Almås & Benestad, 2017, s. 46) det som motiverer eit menneske til å søkje varme, intimitet, kjærleik og kontakt. Menneske uttrykker sin seksualitet i korleis det følar, rører, vert rørt og beveg seg. Det handlar like mykje om å vere sensuell som seksuell. Handlingar, tankar, følelsar og samspel vert påverka av seksualiteten. Det vil vidare påverke menneske sin mentale og fysiske helse.

1.5.2 Informasjon

Ordet informasjon ”har sammenheng med verbet å informere, som betyr å underrette eller gi informasjon eller opplysninger (om noe) til en annen”. Informasjon ein mottar kan vere av svært ulik kvalitet og karakter. Sjølv om informasjonen er gjeven, vil ikkje det gi ein garanti for at informasjonen er mottatt og forstått. Bruk av ukjente omgrep i informasjonen som gis, kan danne ein barriere for nyttiggjering av informasjonen. Det er viktig å vite noko om mottakaren sitt behov og moglegheit til å forstå innhaldet (Kristoffersen, 2011, s. 352). Yrkesetiske rettingslinjer for sjukepleiarar (Sykepleien, 2016) seier at sjukepleiaren skal fremme pasienten sin moglegheit til å ta sjølvstendige avgjerder ved å gi tilstrekkeleg og tilpassa informasjon, samt forsikre seg om at informasjonen er forstått.

2.0 Teoretisk perspektiv

Eg skal i dette kapittelet presentere teorien eg har valt som relevant for å kunne svare på min problemstilling. Eg vil byrje med å forklare Joyce Travelbee sin sjukepleiarteori og hennas tenking kring menneske-til-menneske-forhold, samt kommunikasjon. Vidare skal eg skrive om relasjonar, hjartesvikt, PLISSIT-modellen, seksuell rådgiving og den didaktiske relasjonsmodellen.

2.1 Joyce Travelbee`s sjukepleiarteori

Joyce Travelbee har definert sjukepleie: ”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene” (Travelbee, 1999, s. 29). Sjukepleiaren kan etablere ein relasjon til den sjuke, som formidlar at han ikkje er åleine og vert forstått. Det vil vere ein måte sjukepleiar hjelp sjuke menneske på, ved å hjelpe dei til å meiste sjukdom og lidning som erfaring (Travelbee, 1999, s. 35). Uansett kor alvorleg sjuk eit menneske er, kan det alltid gjerast noko for det sjuke menneske. Situasjonen dei finn som meningslaus kan sjukepleiar hjelpe dei til å finne mening i. Det å hjelpe sjuke med å finne mening i sjukdommen bør gje sjukepleiar ein like stor tilfredsheit som å hjelpe sjuke til å verta friske (Travelbee, 1999, s. 37-38).

2.1.1 Disiplinert intellektuell tilnæringsmåte til problem

Disiplinert intellektuell tilnæringsmåte til problem er ein tilnæringsmåte kor sjukepleiaren har evna til å omsette det ein har lært, i ein kreativ og intelligent handling. Sjukepleiaren skal ut i frå den evna ta sikte på å ivareta sjukepleiebehov hjå den enkelte, familien eller samfunnet. Tilnæringsmåten representerer logisk tenking. Den har fokus på grunnlaget for tankeprosessen, bruken av omgrep og prinsipp. Bruken av tilnæringsmåten tydar at sjukepleiaren kan anvende og utnytte omgrep og prinsipp frå medisin, biologi, fysikk, sjukepleievitskap og åtferdsvitskap (Travelbee, 1999, s. 42-43).

2.1.2 Kommunikasjon

Gjennom eit kvart møte mellom to eller fleire menneske vil det gå føre seg kommunikasjon, sjølv om ein er klar over det eller ikkje. Menneske kommuniserer gjennom ansiktsuttrykk, haldning og åtferd, manerar og gestar (Travelbee, 1999, s. 135). I kommunikasjon ligg det til grunne ein avsendar, mottakar og budskap. Budskapen skal dei deltakande menneska forstå. Kommunikasjon er ein prosess kor ein delar eller overfører følelsar og tankar. Ein sjukepleiar nyttar kommunikasjon som ein prosess for å søke og gi informasjon. Vidare skal

sjukepleiaren motivere og vekke interesse hjå den sjuke. Den sjuke og familien nyttar kommunikasjon for å få hjelp. Det er ein gjensidig prosess (Travelbee, 1999, s. 137). I boka omtalar Travelbee (1999, s. 150-152) kommunikasjonsevner som er av verdi for sjukepleie. Det er evner til å observere og tolke observasjonar, samt tilrettelegging og styrking av interaksjonar for å nå mål. Vidare omtalar ho evner som å vite når ein bør snakke og når ein bør teie.

2.1.3 Menneske-til-menneske-forhold

”Et menneske-til-menneske-forhold er primært en erfaring eller en rekke erfaringer som finner sted mellom sykepleier og de(n) hun har omsorg for. Hovedkjennetegnet ved disse erfaringene er at den syke får sine behov ivaretatt” (Travelbee, 1999, s. 177). Kommunikasjon er ein prosess som gjer sjukepleiaren i stand til å etablere eit menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 1999, s. 136). Menneske-til-menneske-forhold gjer det mogeleg for sjukepleiar å oppfylle hensikt og mål. Det vil seie å hjelpe eit individ til å meistre sjukdom og liding. Den kontakten sjukepleiar har med menneske den har omsorg for, er eit steg mot menneske-til-menneske-forholdet. Det å lære menneske å kjenne, samt kartleggje og ivareta menneske sitt behov, vil styrke menneske-til-menneske-forholdet (Travelbee, 1999, s. 171). Det største kjenneteiknet på eit menneske-til-menneske-forhold er at den enkelte, eller familien, sitt sjukepleiarbehov vert ivaretatt. Sjukepleiarbehov er dei behova hjå ein sjuk person, eller familie, som den profesjonelle sjukepleiaren har i oppgåve å oppfylle. Behovet skal oppfyllest innanfor dei lovene som er satt for sjukepleiaren sin praksis. Eit oppfylt sjukepleiarbehov vil kunne førebyggje eller gi mestring av sjukdom og liding (Travelbee, 1999, s. 177-179).

2.2 Relasjon

Viktige aspekt ved relasjonell samhandling i sjukepleiefaget er å la følelsane sine bli påverka av pasienten sin situasjon. Det er av verdi for korleis ein kan forstå pasienten sitt ubehag eller livskvalitet (Kristoffersen & Nortvedt, 2011, s. 84). I omsorga ein gir, skal pasienten involverst i stor grad. Det vil hindre ein følelse av framandgjerding og det å bli nedverdiga (Kristoffersen & Nortvedt, 2011, s. 86). Jensen og Ulleberg (2011, s. 26-27) skriv at relasjonar handlar om forhold mellom menneske, mellom menneske og dei situasjonane dei finn seg i, samt mellom våre erfaringar og vår forståing av desse erfaringane. Det er relasjonar vi relaterer oss til på alle nivå, meir enn gjenstandar og fysiske realitetar. Vi erfarer kvarandre, verda og oss sjølve i relasjon til andre menneske, til situasjonar og fenomen. Relasjon er grunnleggjande i møte med menneske, og relasjon heng saman med all kommunikasjon mellom menneske.

2.3 Hjartesvikt

Hjartesvikt er ein tilstand kor hjartemuskelen vert svekka. Tilstanden er også eit klinisk syndrom med teikn og symptom på at hjartes evne til å pumpe blod er utilstrekkeleg til å møte vevas behov for oksygen. Det vil fyst merkast ved belastning, og seinare også i kvile. Ved auka belastning, som fysisk aktivitet, eller over tid, vil det oppstå sviktsymptom grunna kroppens reservekapasitet er brukt opp (Stubberud, 2016, s. 94). Stubberud (2016, s. 115) skriv at dei mest vanlege årsakene til kronisk hjartesvikt er iskemisk hjartesyjukdom eller hypertensjon. Andre årsakar er kardiomyopati, myokarditt, medfødt hjartefeil, klaffefeil, aldrande hjarte og hjartearytmiar. Vidare er det ekstrakardiale sjukdommar om diabetes, overvekt, kols og infeksjonar. Ørn og Brunvand (2011, s. 174) omtalar symptom på hjartesvikt. Det er mellom anna redusert fysisk yteevne, tung pust (dyspné) og ødem. Den reduserte fysiske yteevna og tunge pusten kjem av svekking av venstre ventrikkel. Det vil ikkje bli pumpa ut nok arterielt blod til kroppen sin skjellettmuskulatur. Vidare førar svekkinga av venstre ventrikkel til tung pust grunna det hopar seg opp med blod i lungevenene. Det kallast lungevenestuving. Hjartesviktpasientar vil også kunne få symptom som ødem i beina. Personar med hjartesvikt vil kunne oppleve periodar med akutte forverringar av hjartesvikta, etterfølgt av gradvis funksjonsreduksjon. Ved slike forverringar vil personem ha auka symptom i form av auka ødem og tung pust ved mindre anstrengelsar enn før, samt redusert arbeidskapasitet (Ørn & Brunvand, 2011, s. 175).

Hjartesvikt kan klassifiserast etter patofysiologi, klinisk laup og funksjonsklassar (NYHA, vedlegg 1) eller alvorsgrad. Ein skil mellom venstre- og høgresidig hjartesvikt, og mellom akutt- og kronisk hjartesvikt. Venstresidig hjartesvikt er den vanlegaste årsaka til hjartesvikt, og skuldast svikt av venstre ventrikkel. Høgresidig hjartesvikt utviklast sekundært til venstresidig hjartesvikt og skuldast svikt av høgre ventrikkel (Stubberud, 2016, s. 95).

2.4 PLISSIT-modellen

PLISSIT-modellen (vedlegg 2) er ein modell sjukepleiar kan nytte for å behandle seksuelle problem. Modellen består av 4 trinn. Trinn 1 (P) omhandlar tillating. Sjukepleiar skal tillate pasienten å ha seksuelle spørsmål. Sjukepleiar kan vise tillating gjennom å stille spørsmål rundt seksualiteten. Det vil gi ei tillating hjå pasienten til å prate eller beklage seg rundt seksualiteten. Trinn 2 (LI) handlar om avgrensa informasjon. Det vert gjeve informasjon om vanlege eller uvanlege forhold ved eit seksualliv som kan vere normalfungerande eller utfordrande. Dersom pasienten stillar spørsmål angående seksualitet knytt til undersøking

eller behandling, gir sjukepleiar avgrensa informasjon rundt spørsmåla. I trinn 3 (SS), spesifikke forslag, kjem sjukepleiar med spesifikke forslag til kva som kan hjelpe for eit eventuelt seksuelt problem eller kva som imøtekomme ei utfordring. Spesifikke forslag kan vere vidare behandling, medisinar eller instruksar for å nytte prevensjon. Det siste trinnet i modellen, trinn 4 (IT) handlar som intensiv terapi. Dersom det seksuelle problemet krev meir intensiv eller spesialisert behandling, og kunnskapen til sjukepleiar ikkje er tilstrekkeleg, skal pasienten bli vist vidare. Den spesialiserte behandling skal bys der kompetansen ligg. Det kan til dømes vere seksuell terapi (Almås & Benestad, 2017, s. 70-72). Det er eit krav i Helsepersonellova (1999) § at helsepersonell skal rette seg etter sin faglege kompetanse, og vise pasientar vidare der det er naudsynt. Ved seksuell rådgiving (Almås & Benestad, 2017, s. 69) hjelp behandleren klienten til å få sjølvinnsikt og løyse eventuelle problem, samt oppnå betre seksuell helse. For rådgiving er det viktig å analysere situasjonen. Kva er det eigentleg klienten vil? Samtidig skal behandleren sjå eigne moglegheiter for å hjelpe: kven skal klienten behandlast av, og korleis skal klienten behandlast? Det skal også vurderast moglegheiter for å vise pasienten til anna hjelp.

2.5 Den didaktiske relasjonsmodellen

Når helsepersonell vurderer kva som er ein god måte å samhandle med pasienten på, gjer helsepersonellet ei rekkje vurderingar og val. Helsepersonellet kan då nytte seg av den didaktiske relasjonsmodellen. Den didaktiske relasjonsmodellen beskriv deltakarføresetnadar, rammefaktorar, mål, innhald, metodar og vurdering, samt relasjonen mellom dei enkelte elementa. Det eine elementet handlar om kven pasienten eller målgruppa er. Ein kan inkludere både pasient og pårørande. Det er viktig å vite noko om kor førebudd pasienten er, kva pasienten veit frå før, kva kunnskapsgrunnlaget er og kva læreføresetnadar pasienten har. Dersom pasienten er vaksen og kronisk sjuk kan det vere aktuelt å vite noko om kva pasienten veit om sjukdommen. Pasienten sitt syn og opplevinga av sin eigen situasjon kan seie noko om haldningane og kunnskaps- og forståingsgrunnlaget. Ein skal spørje pasienten om syn, meiningar, opplevingar, forståing og behov. Det er pasientmedverknad. Det andre elementet i modellen handlar om kva situasjonen er (rammefaktorar). Forhold for og rundt pasienten kan påverke situasjonen. Ein situasjon kan vere ein mann i 50-åra som nyleg har hatt hjarteinfarkt, og som i frykt for eit nytt hjarteinfarkt ikkje tør å røre på seg. Hensikt/mål er neste element i modellen. Hensikta/målet med pasient- og pårørandeopplæring er kompetanseutvikling og mestring. Jo meir konkrete mål, jo meir grunnlag har pasienten og fagpersonen for å gjere vurderingar og val. Det førre vil igjen gjere det lettare å evaluere kva det er blitt prata om.

Vidare er innhald også eit element i modellen. Innhald i planlagde læresituasjonar vert bestemt av hensikta med læresituasjonane. Innhaldet kan fokusere på haldingar, kunnskap eller konkrete ferdigheitar. Vegleiinga kan planleggast, men stort sett ikkje innhaldet. Det er noko som kjem fram i møte med vegleiar og pasient. Det er pasienten som gir uttrykk for sitt behov, og fagpersonen kan bidra med sin erfaring og kunnskap for å velje innhaldet. Det siste elementet er kva metode som er hensiktsmessig. Metode er noko ein finn ut av på bakgrunn av elementa som er omtala over. Vanlegvis er det viktigast å møte pasienten der han eller ho er, og velje metode ut i frå det. I møte med pasienten må fagpersonen vere merksemd på kva som kan påverke pasienten eller situasjonen. Det kan vere fysiske og praktiske forhold, samt tid og stad (Tveiten, 2016, s. 83-88).

3.0 Metode

3.1 Kva er metode?

” En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme fram til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (sitert i Dalland, 2017, s. 51). Metode er eit reiskap for å skaffe kunnskap, samt eit reiskap for noko ein vil undersøke. Metoden nyttast som eit hjelpemiddel for å finne informasjon ein treng i undersøkinga (Dalland, 2017, s. 51-52). Informasjonen ein finn gjennom metoden nyttast til å svare på problemstillinga.

3.2 Litteraturstudie som metode

I følge Støren (2013, s. 16) er litteraturstudie ein studie av litteratur som er skreve av artikkelforfattarar. Litteraturen er undersøkt og vidare skreve om verkelegheita. Gjennom søk i ulike databasar vil ein hente inn allereie eksisterande kunnskap. Den eksisterande kunnskapen er presentert gjennom vitenskapsartiklar. Studiemetoden hjelp ein til å komme fram til ulike svar når ein samanliknar kunnskap frå fleire artiklar. Ved bruk av litteraturstudie skal ein systematisere kunnskapen. Ein skal søke etter kunnskapen i ulike databasar, samle og vurdere den. Til slutt skal ein lage eit resymé av kunnskapen ein har samla og vurdert (Støren, 2013, s. 16-17).

Min metode er basert på forskingsartiklar som eg har henta frå ulike databasar. Hensikta med ein forskingsartikkel er å presentera ny kunnskap. Artikkelen er kvalitetsstempla grunna den er vurdert både av redaktør og fagfeller, som avgjer om artikkelen skal publiserast eller ikkje. Fagfeller er andre personar med god kompetanse på området (Christoffersen, Johannessen, Tuft & Utne, 2015, s. 233). Eg har nytta kvantitative artiklar og tverrsnittundersøkingar. Thidemann (2015, s. 77-78) skriv at kvantitativ metode er målbare einingar, som tal, det vil seie eksakt faktakunnskap. Data i den kvantitative metoden vert samla inn mellom anna ved spørjeskjema med fast svaralternativ. Denne metoden gir breiddekunnskap, kor det gis få opplysingar frå mange undersøkingseiningar. Tverrsnittundersøking er i følge Christoffersen et al. (2015, s. 221-222) undersøkingar som nyttar data frå eit bestemt tidspunkt eller ein avgrensa og kort periode. Tverrsnittundersøkingar kan til dømes dreie seg om førekomsten av sjukdommar i befolkninga eller grupper av befolkninga. Vidare kan undersøkingane eignast til å studera samanhengar mellom ein eller fleire variablar.

3.3 Litteratursøk

Eg har nytta databasane CINAHL og PUBMED for finne aktuelle forskingsartiklar. Det er sjukepleiefaglege databaser som er tilgjengelege gjennom høgskulen sine nettsider og som eg har fått god opplæring i. I min søkeprosess starta eg breitt ut med å søke på hjertesvikt og seksualitet, samt hjertesvikt og seksuell rådgiving. Eg fann ut at det er avgrensa med forskning. Det gjeld både på pasient- og sjukepleiarnivå. På bakgrunn av eit avgrensa utval av forskingsartiklar valte eg å inkludere artiklar frå 2008 og fram til 2018. Vidare avgrensa eg søket ved å inkludere berre forskingsartiklar. Thidemann (2015, s. 84) skriv om inklusjons- og eksklusjonskriterier. Ved å nytte desse kriteriene vert litteratursøket tydeleggjort og mengda litteratur vert avgrensa. Søket vert gjort meir hensiktsmessig ut i frå kva ein ynskjer kunnskap om. For å kome fram til dei ulike artiklane, har eg vore kreativ og kombinert ulike søkeord på forskjellige vis. Eg valte å nytte engelske søkeord då dette gav eit større omfang av artiklar. Ved bruk av MeSH gjennom Helsebiblioteket sine sider har eg kvalitetssikra søkeorda mine. Eg kombinerte dei ved å nytte AND, slik at søket vart mest mogleg avgrensa. Søkeord eg nytta var: "heart failure", "sexuality", "information", "sexual counseling", "nurses" og "cardiac nurses". For ei meir detaljert oversikt over korleis eg har søkt og artiklane sin relevans, sjå vedlegg 3.

3.4 Kjeldekritikk

Kjeldekritikk tydar at ein så godt som ein kan, skal vurdere i kva grad litteraturen ein har funne, let seg belysa og beskriva problemstillinga. Ein skal både vurdere og karakterisere litteraturen ein har funne. Kjeldekritikk vert utøvd for at ein skal få kunnskap om det ein skriv om (Dalland, s. 159, 2017). For å kritisk vurdere dei forskingsartiklane eg har inkludert i min litteraturstudie, har eg nytta sjekklister for prevalensstudiar (Folkehelseinstituttet, 2014). Døme på kritisk vurdering av artikkel 3 "Sexual counselling of cardiac patients in Europe: culture matter (2011)" ligg som vedlegg 4 i slutten av oppgåva. Eg har vurdert artiklane etter IMRaD-strukturen. Artiklar som ikkje hadde denne strukturen vart ekskluderte. Støren (2013, s. 15) skriv at ein vitenskapleg artikkel skal ha ein fast og gjennomtenkt struktur. Artiklane må svare på spørsmål som innleiing, teoretisk perspektiv, metode, resultat og diskusjon.

Teorien om seksuell rådgiving er på specialistnivå. Eg har valt å inkludere teorien med tanke på at teorien kan nyttast av sjukepleiarar utan vidareutdanning innan sexologi. Ved sengepostar, poliklinikkar eller i andre møter med pasientar kan det vere aktuelt med informasjon, vegleiing og rådgiving om seksualitet.

Artikkel 3 (Goossens et al., 2011) sine deltakarar er henta frå ulike kardiologiske konferansar i Europa. Det kan gi skeivleik i resultata dersom det berre er dei mest kvalifiserte som har deltatt på desse konferansane. Med bakgrunn av dette er det viktig å ikkje seie at desse resultata gjeld for alle sjukepleiarar eller kardiologiske sjukepleiarar. Artikkel 5 (Fischer & Bekelman, 2017) fokuserer på begge kjønn. Over halvparten av deltakarane var menn. Det kan gi ei skeivleik i resultata når det vert fokusert på kjønnsforskjellar.

I min søkeprosess har eg nytta søkeordet "heart failure". Eg prøvde å nytte søkeordet "chronic heart failure" og fekk då få søkeresultat. Ved å ekskludere "chronic" fekk eg fleire resultat. Då eg leste gjennom artiklane eg såg som relevante, valte eg å inkludere dei artiklane som omhandla kronisk hjertesvikt. Eg har også nytta andre søkeord for å sjå etter andre artiklar. Eg har nytta "cardiac patients" i staden for "heart failure". Ved å lese overskrifter og abstract fann eg ut at artiklane ikkje kunne nyttast då dei ikkje omtala pasientar med hjertesvikt eller landet studien var gjennomført i, var kulturelt ulikt med Noreg. Desse vart ekskluderte. Vidare i min søkeprosess har eg ikkje lagt inn peer reviewed/fagfelleverdert som eit inklusjonskriterie då eg søkte etter artiklar. Likevel har eg sett om artiklane er peer reviewed, noko dei er. Fagfelleverdert vil seie at det er mellom anna fagfeller som har godkjent artiklane.

3.5 Metodekritikk

Det er avgrensa med forskning på temaet eg har valt. Difor har eg berre med kvantitative artiklar. Dei kvantitative artiklane gir svar på problemstillinga i artikkelen. Det er også mange deltakarar. Med bakgrunn av dette er det viktig å seie at resultata ikkje gjeld for alle personar med kronisk hjertesvikt, samt sjukepleiarar. Ei negativ side ved bruken av desse artiklane er at ein ikkje får innblikk i deltakarane sine verkelege synspunkt, samt følelsar og meiningar, slik ein gjer gjennom kvalitative artiklar.

3.6 Forskingsetikk

Forskingsetikk handlar om vurdering av forskning i forhold til samfunnets normer og verdiar. Vurderinga handlar om planlegging, problemstilling, metode, samt anvending av resultat og rapportering. Forskingsetikken skal ivareta personvernet og sikre deltakarane i forskinga å unngå skadar eller unauddsynlege belastningar. Forskaren skal sørgje for at datamaterialet om deltakarane er anonymisert og at teieplikta vert ivaretatt (Dalland, 2017, s. 236, 239-240).

Min etikk gjennom denne litteraturstudien er blant anna å unngå plagiering. Ved å ikkje plagiere viser eg sjølvstende, og kopierer ikkje andre personar sitt arbeid. Eg skal ikkje gjere om funn eller resultat frå forskinga, samt omsetje så korrekt som mogeleg. Eg har sett på personvernet til deltakarane og at forskingsresultata er truverdige. Vidare skal eg ikkje finne artiklar som støttar mine synspunkt, noko som kan vere ei ulempe med litteraturstudie som metode. Artiklane eg har nytta er godkjende av etisk komité.

4.0 Resultat – presentasjon av artiklane

Artikkel 1. Sexual concerns and sexual counseling in heart failure

Medina, Walker, Steinke, Wright, Mosack og Forhoud (2009).

Hensikt: Studien har undersøkt seksuelt rådgivingsbehov, seksuell aktivitet- og bekymring hjå pasientar med kronisk hjartsvikt.

Metode: Det blei brukt ein tverrsnittstudie kor 64 hjartsviktpasientar frå ein hjartsviktklinikk eller kardiologisk kontor var rekruttert.

Resultat: 77 % av deltakarane hadde ikkje diskutert seksuelle bekymringar med helsepersonell, og 23 % hadde diskutert det. Pasientane rapporterte mindre frykt for seksuell aktivitet enn partnerane.

Diskusjon: Studien konkluderer med meir enn halvparten av pasientane ynskjer meir spesifikk informasjon rundt seksuell aktivitet. Det er informasjon om til dømes seksuelle aktivitetar i forbindelse med hjartesvikta, kva ein kan forvente og kva effekt medisinane har på den seksuelle funksjonen. Vidare konkluderer studien at helsepersonell må gi seksuell rådgiving til hjartsviktpasientar og deira pårørande, og det må tas omsyn til utvikling av metodar for å hjelpe helsepersonell til å gi seksuell rådgiving.

Artikkel 2. Sexuality of patients with chronic heart failure and their spouses and the need for information regarding sexuality

Driel, Hosson og Gamel (2014).

Hensikt: Studiens hensikt var å beskrive seksualiteten til pasientar med kronisk hjartsvikt og deira partnerar, samt å beskrive deira behov kring seksualitet. Kronisk hjartsviktpasientar, samt partnerar, kan oppleve endringar i seksualiteten og har spørsmål kring dette.

Metode: Det er brukt ein tverrsnittsstudie. Av deltakarane var det 52 pasientar og 32 partnerar. Deltakarane vart spurde om å delta etter dei hadde vore behandla på sjukehus. Det vart nytta eit spørjeskjema om seksualitet og eit om behov for seksuell rådgiving.

Resultat: Ut i frå spørjeskjemaet om seksualitet vart det rapportert ingen eller lite forstyrring i seksuell intimitet og diskusjon. Ein merkbar eller alvorleg forstyrring vart rapportert angående seksuell aktivitet. Når det kjem til seksuell interesse, nyting og yting var det variasjonar i kva forstyrringar delatarane opplevde. Gjennom spørjeskjema om seksuell

rådgiving kom det fram at pasientane og partnerane ynskja samtalar og skriftleg informasjon, kontra datamaskinar eller DVD. Dei ynskja informasjon kring forhold, avslapping og symptom. Partnerane opplevde færre forstyrringar i seksualitet enn pasientane.

Diskusjon: Studien fikk identifisert endringar i seksualitet og informasjonsbehovet rundt seksualitet vart kartlagt. Det vert konkludert med at pasientane med hjartesvikt og deira partnerar ynskja informasjon kring seksualitet, spesielt symptom frå hjartesvikta som kan oppstå under seksuelle aktivitetar. Studien visar at spørjeskjemaet om seksualitet kan vere nyttig i situasjonar kor helsepersonell skal vegleie pasientar kring seksualitet. Meir forskning er naudsynt for å validere effekten av spørjeskjemaet.

Artikkel 3. Sexual counselling of cardiac patients in Europe: culture matters

Goossens, Norekvål, Faerch, Hody, Olsen, Darmer, Jaarsma og Moons (2011).

Hensikt: Hensikta med denne spørjeundersøkinga var å vurdere fire områder realtert til seksuell rådgiving, gjeve av sjukepleiarar. Effekten av kultur på desse fire områda vart undersøkt ved hjelp av sjukepleiarar frå Danmark, Noreg og Belgia. Dei fire områda er praksis, ansvar, sjølvtilitt og opplevd komfort hjå pasientane.

Metode: Dette er ein tverrsnittstudie kor dei nytta spørjeskjema om seksuell rådgiving i Europa som tok for seg dei fire områda. Det var 819 sjukepleiarar som svarte, kor blant anna 541 var sjukepleiarar og 217 var kardiologiske sjukepleiarar. Deltakarane fekk utdelt eit spørjeskjema etter dei deltok på ulike kardiologiske konferansar.

Resultat: Dei fire områda var uavhengig forbundet med kultur. Danskane gav betydeleg meir rådgiving, og rapporterte meir sjølvtilitt og ansvar. Noreg ligg tett opp mot Danmark når det gjeld seksuell rådgiving, sjølvtilitt og ansvar. Den estimerte komforten hjå pasientane under seksuell rådgiving var lik for Danmark og Noreg, og noko lågare for Belgia.

Diskusjon: Studien viser at kultur er viktig med omsyn til seksuell rådgiving for hjartepasientar. Et resultat av avslappa haldingar til å diskutere sex og regjeringa si vekt på å starte med seksualundervising i ein tidleg alder, gjer at Noreg og Danmark føler seg meir sjølvsikre, kunnskapsrike og komfortable med å gi seksuell rådgiving.

Artikkel 4. What keeps nurses from sexual counseling of patients with heart failure?

Hoekstra, Lesman-Leegte, Couperus, Sanderman og Jaarsma (2012).

Hensikt: Pasientar med hjartsvikt og deira partnerar ynskjer informasjon om seksuell aktivitet etter å ha fått diagnosen hjartsvikt. Studien ville finne ut av praksisen blant sjukepleiarar når det kom til å diskutere seksuell helse, samt forskjellar i barrierar for seksuell rådgiving mellom sjukepleiarar som diskuterer og som ikkje diskuterer seksuell helse.

Metode: To spørjeskjema som er brukt i tidlegare studiar danna grunnlaget for studiens spørjeskjema. Spørjeskjemaet vart sendt til alle hjartsviktklinikkar i Nederland.

Resultat: Sjukepleiarar frå 88 av 122 hjartsviktklinikkar i Nederland svarte. Det utgjorde 146 sjukepleiarar, kor 67% hadde bachelorutdanning. 75% av sjukepleiarane følte eit visst ansvar for å diskutere seksuell helse. Sjølv om dei følte ansvaret, tok 61% av sjukepleiarane sjeldan eller aldri opp temaet seksualitet. Dei som diskuterte seksuell helse rapporterte barrierar som spørsmål relatert til kultur, religion, språk og etnisitet. Vidare barrierar var mangel på tilrettelegging for å diskutere temaet seksualitet, pasientar som var for sjuke til å snakke om temaet eller at seksualitet ikkje var eit problem. Sjukepleiarar som sjeldan eller aldri diskuterte seksuell helse rapporterte barrierar som manglande tilrettelegging, mangel på trening og mangel på kunnskap om korleis å starte samtale om emnet eller kunnskapar generelt.

Diskusjon: Seksualitet er eit tema det er lite snakk om, sjølv om sjukepleiarane føler seg ansvarleg for å diskutere det. Fleire barrierar vart identifiserte relaterte til organisatoriske faktorar, språk, kultur, religion og manglande kunnskapar. For å forbetre behandlinga av pasientar med hjarteproblematikk, må det opnast opp for undervising om seksuell rådgiving i sjukepleiarutdanninga.

Artikkel 5. Gender Differences in Sexual Interest or Activity among Adults with Symptomatic Heart Failure

Fischer og Bekelman (2017).

Hensikt: Formålet med denne studien var å avgjere korleis problem med seksuell funksjon hjå pasientar med hjartsvikt er forskjellig etter kjønn. Vidare var formålet og forstå kvinners oppfatning av problem med seksuell aktivitet.

Metode: Deltakarane fullførte ei måling kor dei skulle rangera gjevne fysiske symptom på hjartsvikt på ein skala frå 1-3. 1 var det mest forstyrrende symptomet. Det var flest menn som deltok.

Resultat: Blant dei som rapporterte problem med seksuell interesse eller aktivitet var begge kjønn like mykje ramma. Sjølv om dette var det meir sannsynleg for menn å rapportera problem med seksuell aktivitet og interesse, enn for kvinner.

Diskusjon: Menn og kvinner var like mykje plaga med problem relatert til seksuell interesse eller aktivitet, men menn rapportere oftare om desse plagene. Problem relatert til seksualitet kan vere vanskeleg for helsepersonell og pasientar å bringe opp. Karteleggingsverktøy ved innkøst kan opna for vidare diskusjon rundt seksualitet.

4.1 Oppsummering av artiklane

Artiklane er har valt, tek føre seg både pasient- og sjukepleiarperspektiv. Nokre av artiklane inkluderer også pasientane sine partnarar. Artiklane omhandlar pasientar med kronisk hjartsvikt sitt behov for informasjon kring seksualitet, samt kjønnsforskjellar, kven som søker hjelp og ikkje. Vidare omhandlar dei korleis sjukepleiarar forhold seg til temaet seksualitet, seksuell rådgiving og diskusjon av seksuell helse. Det vert også skreve om ulike barrierar blant sjukepleiarar, samt korleis kultur påverkar det å prate om seksualitet.

5.0 Drøfting

I denne delen skal eg drøfte problemstillinga mi opp mot sjukepleiefagleg litteratur, forskning, teori og egne erfaringar.

5.1 Informasjonsbehov hjå pasientar med kronisk hjartesykt

Driel et al. (2014) har kome fram til at partnarane til pasientar med hjartesykt opplevde færre forstyringar i seksuell aktivitet enn kva pasienten sjølv gjorde. Det kan ha ei samanheng med at pasientane ikkje har fått tilstrekkeleg med informasjon, eller at dei ikkje har forstått informasjonen som er gjeve. Kristoffersen (2011, s. 352) seier at sjølv om informasjonen er gjeve, vil ikkje det seie at informasjonen er mottatt og forstått. Yrkesetiske retningslinjer for sjukepleiarar støtter opp om dette og seier at sjukepleiaren skal gi tilstrekkeleg med informasjon, samt forsikre seg at informasjonen er forstått (Sykepleien, 2016).

Kommunikasjon er ein byggjestein for å danne relasjon mellom sjukepleiar og pasient. Sett i ljuset av Medina et al. (2009) hadde 23% av pasientane diskutert seksuelle bekymringar med helsepersonell. Det kjem ikkje fram kvifor det er så få som har diskutert dette med ein sjukepleiar. Kan det vere knytt til relasjon?

I relasjonell samhandling skal sjukepleiaren la følelsane sine bli påverka av pasienten sin situasjon. Det er viktig for å kunne forstå pasienten sin livskvalitet eller ubehag (Kristoffersen, 2011, s. 84). Ein sjukepleiar nyttar kommunikasjon for å søke og for å gi informasjon (Travelbee, 1999, s. 137). Jensen og Ulleberg (2011, s. 26-27) seier at relasjon heng saman med all kommunikasjon mellom menneske. Sett at sjukepleiar har vanskar med å kommunisere med pasienten. Det kan gå utover relasjonen mellom partane, og påverke evna til å ta opp temaet med sjukepleiaren. Hoekstra et al. (2012) skriv at sjukepleiarar som gir seksuell rådgiving nemnte fleire barrierar for å ta opp emnet. Det var mellom anna at pasienten ikkje såg på seksualitet som eit problem. Ein kan knytte manglande relasjon opp mot dette også, eller faktumet at dei ikkje hadde problem med seksualitet. Det at få pasientar ikkje hadde snakka med helsepersonell om seksualitet, eller at dei ikkje hadde noko problem kan vidare ha ein samanheng med barrierar som for lite kunnskap hjå sjukepleiaren (Hoekstra, 2012), som eg kjem meir tilbake til seinare. På den andre kanten kan ein gjerne sjå det slik at relasjonen mellom pasienten og sjukepleiaren ikkje er god nok. Det kan ha ein samanheng med at pasienten ikkje ynskjer å snakke om seksualitet med sjukepleiaren då det vert eit for sensitivt tema, og pasienten kan oppleve at det vert å gå over grenser og intimsone. Travelbee

(1999, s. 178) seier at ein del av menneske-til-menneske-forholdet er å ivareta pasienten sitt sjukepleiarbehov. Det inneber at sjukepleiaren skal avgjere om den kan, eller bør, oppfylle pasienten sitt behov eller om vedkommande bør visast vidare til andre profesjonar innan helsetenesta (Travelbee, 1999, s. 180). Det å vise pasienten vidare gjeld både ved for lite kunnskap, som eg seinare kjem tilbake til, men kan også vere aktuelt dersom sjukepleiar ikkje kan ivareta pasienten sitt sjukepleiarbehov grunna relasjonen.

Sett i frå ei anna side opplevde pasientane å ha mindre frykt for seksuell aktivitet enn partnerane (Medina et al., 2009). Ein kan anta at dette kan ha ein samanheng med at partnerane ikkje har vore inkluderte i samtalen kring seksualitet og hjertesvikt. Joyce Travelbee (1999, s. 29) seier at ein sjukepleiar skal hjelpe individ eller familie til å mestre erfaringar med sjukdom, samt å finne mening i desse erfaringane. På bakgrunn av det skal ein sjukepleiar sjå både pasienten og pårørande, i dette tilfellet partnaren. Sett i ljuset av pasient- og brukarrettigheitslova (1999) skal pasienten sin nærmaste pårørande ha informasjon dersom pasienten gir samtykke til det. Det kan sjåast på slik at partnerane gjerna må inkluderast meir i samtalar kring seksualitet til pasientar med hjertesvikt. Det underbyggjer Driel et al. (2014) som skriv at både pasientar og partnerar ynskjer å ha med seg ektefeller under seksuell rådgiving. Det kan gjerne førast vidare til pasientane, at dei vil oppleve mindre frykt for symptom på hjertesvikt under seksuell aktivitet, dersom partnerane også har fått den same informasjonen. Då kan det vere lettare å føre samtalar kring temaet og redusere frykta. Det kan ha seg slik, at ein føresetnad for at pasienten skal få tilstrekkeleg med informasjon er at pårørande bør inkluderast. Dette på bakgrunn av kva pasient- og brukarrettigheitslova seier om informasjon til nærmaste pårørande, at pasienten må samtykkje til det. Det kan vere med på å styrke pasienten sine føresetnadar for å forstå, samt prate eller diskutere den gjevne informasjonen med nokon i etterkant.

Fisher og Bekelman (2017) har kome fram til at menn er meir sannsynleg til å rapporterte problem knytt til seksuell aktivitet eller interesse. Samtidig kjem det fram i same studie at kvinner er like mykje ramma av desse problema som menn. Markus og Fålun (2015) skriv i sin fagartikkel at det er lite forska på behandling og oppfølging av kvinner med kronisk hjertesvikt når det gjeld seksuelle funksjonsforstyrningar. Dei fleste deltakarane i Fisher og Bekelman (2017) er menn. Det vil kunne gje ein skeivleik i resultata, og ein kan på bakgrunn at dette ikkje trekkje konklusjonar. Jaarsma, Fridlund og Mårtensson (2014) skriv at det er lite forska på samanhengen mellom hjertesvikt og seksualitet hjå kvinner. Dei skriv også at

kvinner kan oppleve andre symptom knytt til seksualitet, enn det menn kan oppleve. Ut i frå det som er drøfta og kva Fisher og Bekelman (2017) har kome fram til kring kjønnsforskjellar, kan det vere naudsynt hjå sjukepleiarar å vite korleis ein skal tilpasse informasjonen til kjønna. Markus og Fåln (2015) skriv vidare at helsepersonell har for lite kunnskap om seksuell helse og hjartesvikt, og dette er spesielt hjå kvinner. Det kan koplast til den didaktiske relasjonsmodellen. Gjennom samtale med pasienten får ein vite pasienten sine føresetnadar. Det vil kunne gjere det mogleg for sjukepleiaren å konkretisere målet/måla med pasientopplæringa, slik at pasienten sitt kunnskapsnivå vil verta styrka og pasienten kan oppleve mestring (Tveiten, 2016, s. 84-85). Eit anna nyttig element i denne samanhengen vil vere PLISSIT-modellen, som eg seinare kjem meir tilbake til. Den skal lettare hjelpe sjukepleiaren med seksuell rådgiving (Almås & Benestad, 2017, s. 70), samt vil det kunne gjere sjukepleiaren bevisst på sitt kunnskapsgrunnlag. Ein kan med andre ord seie at det kan vere nyttig av sjukepleiar å tilpasse informasjonen kring seksualitet etter kjønn og kva føresetnadar pasienten har. Det vil igjen kunne stryke pasienten sin følelse av deltaking, samt følelsen av å få eit av sine informasjonsbehov dekkja.

5.2 Pasienten sine føresetnadar

Over halvparten av deltakarane i studien til Medina et al. (2009) seier dei ynskjer spesifikk informasjon kring seksualitet. Det er informasjon som hjarterisiko under seksuell aktivitet og korleis medisinen kan påverke den seksuelle funksjonen. Stubberud (2016, s. 126) skriv at medikamentell behandling hjå personar med kronisk hjartesvikt kan påverke den seksuelle funksjonen. Problem relatert til den seksuelle funksjonen kan også vere knytt til frykt for forverring av symptom på hjartesvikta under seksuell aktivitet. Driel et al. (2014) skriv at pasientar og partnarar helst ynskjer samtalar og skriftleg informasjon. Som sjukepleiar er det viktig å finne ut kva form pasienten, og eventuelt deira partnar, ynskjer å få informasjonen gjennom. Den didaktiske relasjonsmodellen kan vere av relevans i slike situasjonar. Gjennom den didaktiske relasjonsmodellen (Tveiten, 2016, s. 83) skal sjukepleiar finne ut korleis å best mogleg kunne samhandle med pasienten på. Den tek føre seg mellom anna pasienten sine føresetnadar. Det inneber mellom anna kva pasienten veit frå før, og kva læreføresetnadar pasienten har. Ved å nøye gå igjennom pasienten sine føresetnadar og stille spørsmål om syn, opplevingar, meiningar, behov og forståing, vil føre til pasientmedverknad. Desse føresetnadane vil vere viktige for val av tid, stad, innhald og metode for god samhandling med pasienten (Tveiten, 2016, s. 83-84). Pasienten kan på bakgrunn av dette føle seg høyrd og sett av sjukepleiar, ved at sjukepleiar legg meir til rette for at pasienten skal forstå. Det vil også

kunne gjere det lettare for sjukepleiar å vite korleis han/ho må gå fram for å møte pasienten der han/ho er. Den eine deltakaren i studien til Medina (2009) seier at han/ho ynskja meir informasjon enn ”ingen sex før du kan gå to etasjar med trapper”. Dette svaret kan vise viktigheita av det å fokusere på pasienten sine føresetnadar. Sett på ei annan side må sjukepleiaren mellom anna sjå på forhold kring pasienten, som kan påverke samhandlinga. Det kan vere at situasjonen går føre seg i rolege omgivnadar som krevjar minst mogleg med merksemd, samt at pasienten sine grunnleggjande behov er tidfredsstilt. Sjukepleiaren må ta omsyn til tida og tidspunktet (Tveiten, 2016, s. 87). Sjukepleiaren må gjerne tenke over kva tid på døgnet dei skal leggje til rette for ein slik samtale. Det kan vere med tanke på måltidssituasjonar, legevisittar på sjukehus og eventuelle avtalar pasientar har i løpet av dagen. Det kan påverke pasienten sin evne til å ta inn over seg informasjonen og kunnskapen. Etter eigne erfaringar får hjarteviktpasientar på sengepost mykje informasjon over kort tid. Dersom samtalen går føre seg poliklinisk kan ein anta at det er meir tilrettelagt når det kjem til dei tidsmessige forholda, samt det å ta innover seg informasjonen.

Det kan også vinklast til den andre sida, at sjukepleiar ikkje har forstått pasienten korrekt, slik at pasienten ikkje får informasjon eller samtale kring seksualitet, eller vert vist vidare. Ved hjelp av den didaktiske relasjonsmodellen kan sjukepleiar lettare finne ut korleis laupet vidare skal gå føre seg, korleis lettare kome fram til pasienten sin situasjon, samt forme mål, innhald og metode. Det å finne ut av føresetnadane vil kunne vere med på å dekkje pasienten sitt behov for informasjon. Dersom sjukepleiar finn språk som ein barriere for seksuell rådgiving (Hoekstra et al., 2012), kan det vere naudsynt å nytte tolk. Hanssen (2015, s. 147) skriv at dersom det oppstår kommunikasjonsproblem mellom sjukepleiaren og pasient grunna dei ikkje har felles språk, skal det nyttast tolk. Pasient- og brukarrettighetslova (1999) seier at informasjon skal vere tilpassa mottakaren sine individuelle føresetnadar, som mellom anna språk. Gjennom å nytte tolk bidreg sjukepleiar til informasjon kring seksualitet, samt pasienten sitt behov for informasjon vert tilfredsstilt. Pasienten kan føle seg høyrd og sett i situasjon han/ho er i. Travelbee (1999, s. 136) seier at kommunikasjon er ein prosess som gjer sjukepleiaren i stand til å danne eit menneske-til-menneske-forhold. Dette forholdet vil gjere det mogeleg å oppfylle hensikt og mål, slik at den sjuke kan meistre sjukdom og lidning. Det heng saman med den didaktiske relasjonsmodellen kor sjukepleiaren saman med pasienten skal kome fram til ei hensikt og eit mål med samhandlinga. Dersom kommunikasjon er ei barriere for sjukepleiaren og det vert aktuelt med tolk, kan det på ei annan side danne ein barriere for pasienten sjølv. Det å stille spørsmål kring seksualitet til ein person som pasienten

ikkje har kjennskap eller relasjon til, kan vere faktorar som spelar inn for å danne ei eventuell barriere. Ved å etablere ein relasjon til den sjuke (Travelbee, 1999, s. 35) visar sjukepleiar at den sjuke ikkje er åleine og vert forstått. Det vil kunne hjelpe det sjuke menneske til å meistre sjukdom og lidning som ei erfaring. Språk kan vere eit hinder for å danne ein god relasjon, og relasjon er igjen viktig for å finne ei hensikt og eit mål for å kunne meistre sjukdommen eller lidinga. Det å få svar på spørsmål kring seksualitet kan vere ein måte å meistre sjukdommen på.

5.3 Korleis kan sjukepleiar bidra med tilstrekkeleg informasjon kring seksualitet?

Det kjem fram at 75% av sjukepleiarane i studien til Hoekstra et al. (2012) seier seg einige i at dei er ansvarlege for seksuell rådgiving. Sjølv om dei føler ansvaret, tok 61% sjeldan eller aldri opp temaet seksualitet med sine pasientar. Kva er det som kan vere årsaka til at dette ikkje vert tatt opp? I ein hektisk kvardag i spesialisthelsetenesta er det mykje som skjer og det kan vere utfordrande for sjukepleiaren å finne det rette tidspunktet og staden. Det kan ha seg slik at sjukepleiaren ikkje følar for eit bra nok tidspunkt for seksuell rådgiving og informasjon rundt temaet. Sjukepleiaren ynskjer gjerne å nytte god tid med pasienten i tillegg. Fleire og fleire pasientar delar rom med mellom 1-4 pasientar, etter kva eg har erfart. Ein kan anta at dette kan opplevast som ein barriere for sjukepleiarane. Hoekstra et al. (2012) underbyggjer dette med at barrierar både hjå dei som gir og dei som ikkje gir seksuell rådgiving er mangel på organisatorisk tilrettelegging for å diskutere seksualitet. For mange personar er seksualitet eit sensitivt og ømt tema. Difor kan det vere nyttig av sjukepleiar å vise at dei har god tid og er opne for spørsmål. Almås og Benestad (2017, s. 59) skriv at seksualitet har vore, og fortsatt er, eit tabulagt område. Fischer og Bekelman (2017) skriv at det er vanskeleg for både pasient og helsepersonell å bringe opp temaet seksualitet.

Sett frå ei annan side kjem manglande kunnskap fram som ein barriere hjå sjukepleiarar som ikkje gir seksuell rådgiving (Hoekstra et al., 2012). Ein kan gå ut i frå at lågt kunnskapsnivå rundt dette temaet kan gi utryggleik. I mitt møte med hjarteviktpasientar, samt andre hjartesjuke, tenker eg ofte på temaet seksualitet. Tross tanken tek eg ikkje opp temaet. Det har sin samanheng med mitt kunnskapsgrunnlag, at eg frykter for å ikkje kunne gi tilstrekkeleg med informasjon og undervising, samt svare på eventuelle spørsmål. For å behandle seksuelle problem kan sjukepleiarar nytte seg av PLISSIT-modellen. Ved å nytte denne modellen gir sjukepleiaren, gjennom fyste trinn, pasienten tillating til å prate om temaet seksualitet. I trinn

to skal sjukepleiaren gi avgrensa informasjon kring seksualitet. Det kan mellom anna vere informasjon om seksuell dysfunksjon (Almås & Benestad, 2017, s. 70-72). Medina et al. (2009) skriv at dei mest rapporterte seksuelle problema relatert til den kroniske hjertesvikta var erektil dyfunksjon og orgasmeproblem.

Gjennom trinn ein og to i PLISSIT-modellen, opnar sjukepleiaren opp for samtalar rundt seksualitet. Pasienten kan kome fram med sine problem, dersom det er aktuelt for pasienten. Allereie i trinn to kan sjukepleiaren bli observant på sitt kunnskapsnivå. Har sjukepleiaren den kunnskapen som trengs, eller er det naudsynt å vise pasienten vidare? Trinn fire i PLISSIT-modellen seier at dersom problema ikkje er avhjulpet på dei tre fyste nivåa, og problema krev meir spesialisert behandling, skal pasienten visast vidare til der kompetansen kan bli tilbydt (Almås & Benestad, 2017, s. 72). Dette underbyggjer Travelbee, som tidlegare nemnt, gjennom menneske-til-menneske-forholdet. Sjukepleiaren skal avgjere om pasienten skal visast vidare til andre profesjonar i helsetenesta (1999, s. 180). Ved at sjukepleiar visar pasienten vidare er han/ho bevisst sitt kunnskapsnivå. Samtidig arbeidar sjukepleiaren fagleg forsvarleg, ser og møter pasienten der han/ho er, slik at pasienten sine behov vert tilfredstilt i høgast mogeleg grad. § 4 i helsepersonellova (1999) seier at sjukepleiar skal innrette seg etter sine faglege kvalifikasjonar, og hente bistand eller vise pasientane vidare dersom det er naudsynt. Sjukepleiaren visar at han/ho arbeidar fagleg forsvarleg.

Hoekstra et al. (2012) viser til at 50% av sjukepleiarane viste aldri pasientar med seksuelle problem vidare til andre profesjonar, og 49% gjorde det av og til. Kva kan vere årsaka til at 50% ikkje gjer det, og at ein omtrent like høg del berre gjer det av og til? Hoekstra (2012) skriv at ein barriere hjå sjukepleiarane som gir seksuell rådgiving, var at pasienten ikkje såg på seksualitet som eit problem. Det kan ha ei samanheng med kvifor halvparten av sjukepleiarane ikkje visar pasienten vidare. Ein kan på ei annan side sjå det slik at pasienten ikkje uttrykk behov for å snakke om seksualitet. Det kan gjerne ha ei samanheng med at pasienten ikkje har fått tillating til å prata om temaet seksualitet. Seksualitet er som tidlegare nemnt eit tabulagt tema (Almås & Benestad, 2017, s. 59), noko som kan gjere det utfordrande for pasienten å starte ein samtale kring temaet. Sjølv om pasienten sjølv kan bringe temaet opp for samtale, er ikkje det alltid like lett for pasienten. Ved å nytte trinn 1 i PLISSIT-modellen gir sjukepleiaren tillating hjå pasienten til å snakke om seksualitet (Almås & Benestad, 2017, s. 70). Ein vidare barriere hjå dei som gir seksuell rådgiving er knytt til språk. Det kan antas å vere ein årsak til at sjukepleiar ikkje visar pasienten vidare. Det kan ha ei

samanheng med at pasienten ikkje har forstått det sjukepleiaren har spurt eller informert om. Sjukepleiaren kan sjå på det som at pasienten ikkje har behov for å snakke om seksualitet. Det er av relevans for sjukepleiaren å vite noko om korleis pasienten tar til seg, forstår og har forstått informasjonen som vert gjeve. Ved å ta omsyn til pasienten sin health literacy, kan sjukepleiar få ei oversikt over kva grunnlag pasienten har for å forstå informasjon. Health literacy er i følge Johnson (2015) kunnskapen, kompetansen, kapasiteten og motivasjonen til ein person til å få tilgangen til, forstå, vurdere og anvende den informasjonen som vert gjeve. Pasient-og brukarrettighetslova (1999) seier at personell skal så langt det let seg gjere, sikre at mottakaren har forstått betydinga og innhaldet av informasjonen. Travelbee (1999) underbyggjer dette med å seie at gjennom kommunikasjon skal budskapet som ligg til grunne, forstås av dei deltakande menneska. Vidare seier Pasient-og brukarrettighetslova (1999) at opplysingar om informasjonen som er gjeven, skal dokumenterast i pasienten sin journal. Dokumentasjonen i pasientjournalen kan vere av relevans for andre sjukepleiarar når det kjem til eventuell vidare informasjon. Sjukepleiaren veit at det er gjeve informasjon kring seksualitet, og ved at det er tatt omsyn til pasienten sin helath literacy, vil det kunne bidra til å synleggjere om informasjonen må gjentakast eller leggjast fram på ein annan måte. Dokumentasjonen kan også vere nyttig med tanke på kva informasjon som er gjeven, samt om det er gjeve informasjon i det heile.

Som sjukepleiar kan det vere aktuelt å finne ut om pasienten faktisk har eit problem eller informasjonsbehov knytt til seksualitet. Gjennom å opne opp for samtale kring seksualitet, kan sjukepleiaren bli bevisst på om pasienten har eit problem eller informasjonsbehov knytt til seksualitet. Til tross for at seksualitet kan vere eit sårbart og intimt tema, bør helsepersonell ta utfordringa med å vegleie pasientar med kroniske sjukdommar kring deira seksualitet (Markus & Fålun, 2015). Som tidelgare nemnt kjem det fram i Hoekstra et al. (2012) sin studie at ein barriere hjå dei sjukepleierane som gir seksuell rådgiving var at pasienten ikkje såg på seksualitet som eit problem. På ei annan side vil spørsmål kring seksualitet kunne bevisstgjere pasienten på at han/ho har spørsmål kring seksualitet. På ei tredje side seier Medina et al. (2009) at 23% av deltakarane hadde diskutert seksuelle bekymringar med helsepersonell. Det er færre enn halvparten, og som tidlegare nemnt kjem det ikkje fram kva årsaka er. Sett i ljuset av eit sjukepleiarperspektiv har Hoekstra et al. (2012) kome fram til at ein barriere hjå sjukepleiarar som ikkje gir seksuell rådgiving er at dei ikkje veit korleis å starte ein samtale kring temaet. Travelbee skriv om den disiplinerte intellektuelle tilnæringsmåten til eit problem. Det går ut på at sjukepleiaren skal gjere om det ein har lært, i ein kreativ og

intelligent handling. Tilnæringsmåten tydar på at sjukepleiaren kan anvende og utnytte mellom anna ord og uttrykk dei har lært, på ein kreativ måte. Dette for ivareta den enkelte sitt sjukepleiarbehov (Travelbee, 1999, s. 42-43). Ved å nytte denne metoden kan ein anta at det gjer det lettare for pasienten å forstå informasjonen, samt det kan gjere det lettare for sjukepleiaren å prate om temaet. Sett i lyset av Hoekstra et al. (2012) vert det sagt at opplæringskurs kring seksualitet bør vere praktiske, og fokusere på å forbetre sjukepleiaren sin kunnskap om seksuell helse og kommunikasjonsferdigheiter. Ved å betre sjukepleiaren sin kunnskap og kommunikasjonsferdigheiter kring seksualitet kan det vere med på å hjelpe sjukepleiaren til å kunne ta opp temaet med pasienten. Det kan antas at det kan verte lettare for sjukepleiaren å nytte den disiplinerte intellektuelle tilnæringsmåten til problema dersom dei har meir kunnskap. Fisher og Bekelman (2017) skriv at det kan vere nyttig med kartleggingsverktøy ved innkomst for å opne opp for diskusjon rundt seksualitet. Eit slikt kartleggingsverktøy kan gjere det lettare for sjukepleiaren å starte ein samtale kring temaet. Driel, Hosson og Gamel (2014) skriv også at eit spørjeskjema kring seksualitet kan vere eit nyttig reiskap når sjukepleiaren skal vegleie pasienten kring seksualitet.

Sett i frå ei annan side er kultur viktig når det gjeld seksuell rådgiving av pasientar med hjartesyjukdom (Goossens et al., 2011). Dei forskjellige landa i verda har ulike kulturar. Ein kan anta at ulike land sin kultur for det å snakke om seksualitet kan påverke i kva grad sjukepleiarar bringer temaet opp for samtale og diskusjon. Det kjem fram i studien til Goossens et al. (2011) at Noreg og Danmark har generelt positive haldingar til seksualitet og det er meir lett å ta opp temaet seksualitet, grunna liberalisme og tidleg seksualundervising i grunnskulen. Studien har fokusert på Noreg, Danmark og Belgia og det kan ikkje trekkast konklusjonar kor ein seier at dette gjeld for alle land. Same studie seier på ei annan side at Belgia har blitt meir liberale, og det er variasjonar i seksualundervising (Goossens et al., 2011). Som tidelgare nemnt kom det fram at ein barriere for å ikkje gi seksuell rådgiving var at sjukepleiarane ikkje visst korleis å starte ein samtale rundt temaet. Samtidig følte 75% av sjukepleiarane seg ansvarlege for seksuell rådgiving, og 61% av dei tok sjeldan eller aldri opp temaet (Hoekstra et al., 2012). Det kan antas at dette er forbundet med kultur. Studien er gjennomført i Tyskland, og det kan ha seg slik at kulturen kan verke inn. Det vert å anta, med tanke på at dette er resultat frå berre to artiklar. Det kan ha seg slik at kulturen kan kome i vegen for å danne eit menneske-til-menneske-forhold og ein relasjon.

6.0 Konklusjon

Pasientar med kronisk hjartesykt ynskjer informasjon kring seksualitet. Det kan gjere det lettare for pasientane å ta til seg informasjonen dersom deira føresetnadar vert tatt omsyn til. Det kan bidra til at pasienten får sitt informasjonsbehov dekkja, samt pasienten får informasjonen tilrettelagt etter sine ynskjer, behov og føresetnadar. Det kan også vere aktuelt å avtale med pasienten å snakke om seksualitet då dei kjem til poliklinisk oppfølging. Dette på bakgrunn av at det kan verte mykje informasjon over kort tid då dei vert lagt inn på sengepost. I botn er det viktig at det ligg til grunne eit godt menneske-til-menneske-forhold, samt relasjon, mellom pasienten og sjukepleiaren. Gjennom pasienten sine føresetnadar vil sjukepleiaren kunne ta stilling til om kjønn eller språk må tas omsyn til.

For sjukepleiarar kan det vere aktuelt med praktisk opplæring i korleis å informere om seksualitet og gi seksuell rådgiving. Opplæringa kan nyttast vidare både på sengepost og poliklinikk. Ved å gi sjukepleiarar opplæring i PLISSIT-modellen kan det bidra til å bevisstgjere sjukepleiarane sitt kunnskapsnivå, samt når dei bør vise pasienten vidare. Dette vil gjere det lettare for kvar enkelt pasient og få tilpassa med tilstrekkeleg informasjon, ut i frå deira føresetnadar. Dokumentasjon i pasientjournal vil vere viktig. Dette med tanke på kva informasjon som er gjeven, eller om det er gjeve informasjon i det heile. Det kjem også fram at kartleggingsverktøy og spørjeskjema kring seksualitet kan vere nyttig for å starte samtalar og vegleing kring seksualitet. Vidare vil eg seie at kronisk hjartesykt og seksualitet er eit område det trengst å forskast meir på. Det trengst kvalitative studiar slik at ein kan tileigna seg meir kunnskap om problematikken pasientane oppleve.

7.0 Referanseliste

- Almås, E. & Benestad, E. E. P. (2017). *Sexologi i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, A., & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt Forlag.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (6. utg.). Oslo: Gyldendal akademiske.
- Driel, A. V., de Hosson, M. J., & Gamel, C. (2014). Sexuality of patients with chronic heart failure and their spouses and the need for information regarding sexuality. *European Journal Of Cardiovascular Nursing*, 13(3), 227-234. doi: 10.1177/1474515113485521
- Eikeland, A., Stubberud, D-G., & Haugland, T. (2016). Sykepleie ved hjertesykdommer. I D-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., s. 229-273). Oslo: Gyldendal akademiske.
- Fischer, S., & Bekelman, D. (2017). Gender Differences in Sexual Interest or Activity among Adults with Symptomatic Heart Failure. *Journal Of Palliative Medicine*, 20(8), 890-894. doi: 10.1089/jpm.2016.0476
- Folkehelseinstituttet. (2014). *Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler*. Henta 23. mars 2018 fra <https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler/>
- Goossens, E., Norekvål, T., Faerch, J., Hody, L., Olsen, S., Darmer, M., & ... Moons, P. (2011). Sexual counselling of cardiac patients in Europe: culture matters. *International Journal Of Clinical Practice*, 65(10), 1092-1099. doi: 10.1111/j.1742-1241.2011.02756.x
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell*. Henta fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

- Hoekstra, T., Lesman-Leegte, I., Couperus, M. F., Sanderman, R., & Jaarsma, T. (2012). What keeps nurses from the sexual counseling of patients with heart failure?. *Heart & Lung, 41*(5), 492-499. doi: 10.1016/j.hrtlng.2012.04.009
- Jaarsma, T., Fridlund B., & Mårtensson, J. (2014). Sexual dysfunction in heart failure patients. *Current Heart Failure Reports, 11*(3), 330-336. doi: 10.1007/s11897-014-0202-z
- Jensen, P. & Ulleberg, I. (2011). *Mellom ordene: Kommunikasjon i profesjonell praksis*. Oslo: Gyldendal akademiske.
- Johnson, A. (2015). Health literacy; how nurses can make a difference. *Australian Journal of Advanced Nursing, 33*(2), 21-28.
- Kristoffersen, N. J. (2011). Den myndige pasienten. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3: Pasientfenomener og livutfordringer* (2. utg., s. 337-385). Oslo: Gyldendal akademiske.
- Kristoffersen, N. J., & Nortvedt, P. (2011). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1: Sykepleierens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg., s. 83-127). Oslo: Gyldendal akademiske.
- Kvåle, R., Reikerås, E., Egeland, G., Akerkar, R., & Ebbing, M. (2016). Hjerteregisteret 2012-2014 – resultater, erfaringer og fremtidige muligheter. *Hjerteforum, 29*(2), 64-74.
- Markhus, L. S., & Fålun, N. (2015). Ingen snakker med meg om sex. *Sykepleien, 103*(12), 60-63. doi: 10.4220/Sykepleiens.2015.55918
- Medina, M., Walker, C., Steinke, E., Wright, D., Mosack, V., & Farhoud, M. (2009). Sexual concerns and sexual counseling in heart failure. *Progress In Cardiovascular Nursing, 24*(4), 141-148. doi: 10.1111/j.1751-7117.2009.00052.x

- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Henta frå <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Stubberud, D-G. (2016). Sykepleiers funksjon og ansvar ved behandling av akutt hjertesvikt. I D-G. Stubberud (Red.), *Sykepleie til personer med hjertesykdom* (s. 94-114). Oslo: Cappelen Damm akademiske.
- Stubberud, D-G. (2016). Sykepleiers funksjon og ansvar ved behandling av kronisk hjertesvikt. I D-G. Stubberud (Red.), *Sykepleie til personer med hjertesykdom* (s. 115-134). Oslo: Cappelen Damm akademiske.
- Støren, I. (2013). *Bare søk! Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudie*. Oslo: Cappelen Damm akademiske.
- Sykepleien. (2016, 23. mai). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Henta 6. januar 2018 frå <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- Thidemann, I-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk – pasient- og pårørendeopplæring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- World Health Organization. (2006a). *Sexual and reproductive health*. Henta 9. januar 2018 frå http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/
- Ørn, S., & Brunvand, L. (2011). Hjerte-og karsykdommer. I S. Ørn, & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 159-194). Oslo: Gyldendal akademiske.

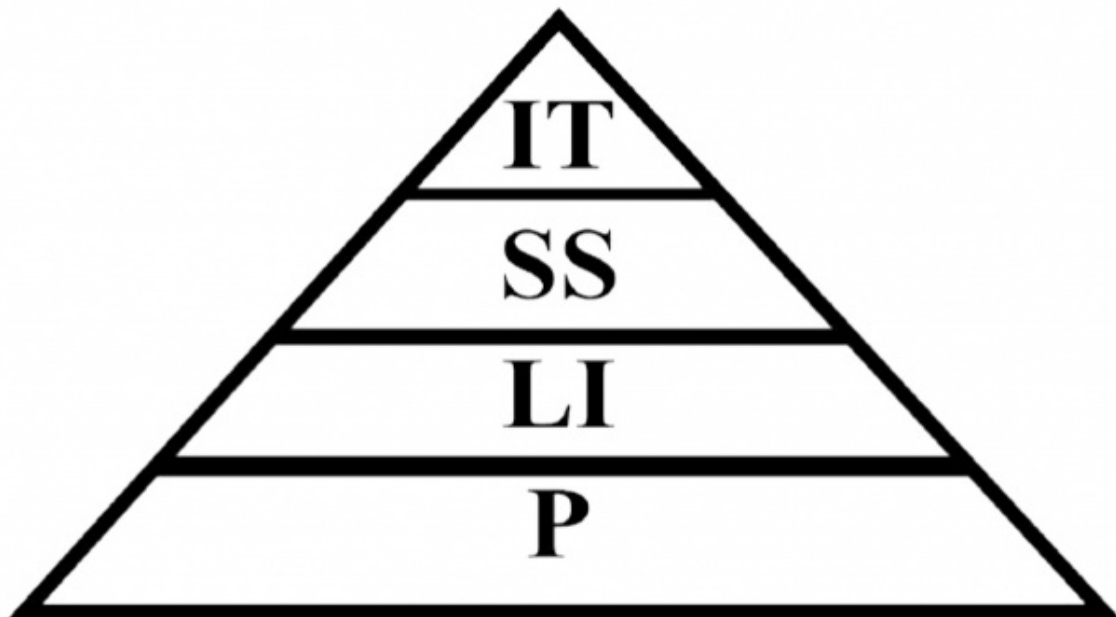
Vedlegg

Vedlegg 1 – NYHA-klassifisering

| Tabell 1: New York Heart Association funksjonelle klassifikasjon av hjertesvikt basert på alvorlighetsgraden av symptomer og fysisk aktivitet. | |
|--|---|
| Klasse 1 | Ingen symptomer på hjertesvikt ved fysisk aktivitet. |
| Klasse 2 | Symptomer på hjertesvikt ved moderat fysisk aktivitet. |
| Klasse 3 | Symptomer på hjertesvikt ved lett fysisk aktivitet. |
| Klasse 4 | Symptomer på hjertesvikt i hvile og ved all fysisk aktivitet. |
| McMurray et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure (4). | |

Tabell henta 09.01.18 frå <https://sykepleien.no/forskning/2015/11/seksuell-helse-hos-kvinner>

Vedlegg 2 – PLISSIT-modellen



Biletet er henta 11.01.18 frå <https://sykepleien.no/en/node/56726>

Vedlegg 3 – Søkehistorikk artiklar

| DATABASE/ DATO | SØKEORD | AVGRENSINGAR | TREFF | VALT | RELEVANS |
|--------------------|---|-------------------------------|-------|------|--|
| CINAHL 10.01.18 | Heart failure AND sexual counseling | | 9 | 0 | |
| CINAHL 10.01.18 | Heart failure AND sexual counseling | Research article 2008-2017 | 6 | 1 | Hjartsviktpasientars behov for informasjon kring seksualitet. Behovet for seksuell rådgjeving frå helsepersonell til hjartsviktpasientar og deira partnarar. |

Her fann eg artikkelen: *Sexual concerns and sexual counseling in heart failure (Medina, Walker, Steinke, Wright, Mosack & Forhoud, 2009)*

| DATABASE/ DATO | SØKEORD | AVGRENSINGAR | TREFF | VALT | RELEVANS |
|--------------------|---|-------------------------------|-------|------|---|
| CINAHL 05.01.18 | Heart failure AND sexuality | | 37 | 0 | |
| CINAHL 05.01.18 | Heart failure AND sexuality | Research article 2008-2017 | 13 | 0 | |
| CINAHL 05.01.18 | Heart failure AND sexuality AND information | Research article 2008-2017 | 3 | 1 | Hjartsviktpasient ars behov for informasjon kring seksualitet. |

Her fann eg artikkelen: *Sexuality of patients with chronic heart failure and their spouses and the need for information regarding sexuality (Driel, Hosson & Gamel, 2014)*

| DATABASE/ DATO | SØKEORD | AVGRENSINGAR | TREFF | VALT | RELEVANS |
|--------------------|------------------------------------|-----------------------------------|-------|------|---|
| PUBMED 07.03.18 | Cardiac nurses AND sexuality | | 33 | 0 | |
| PUBMED 07.03.18 | Cardiac nurses AND sexuality | Published in the last 10 years | 18 | 1 | Seksuell rådgiving gjeve av sjukepleiarar, og korleis kultur påverkar det, samt openheit rundt seksualitet. |

Her fann eg artiklane: *Sexual counselling of cardiac patients in Europe: culture matters (Goossens et al., 2011)*

| DATABASE/ DATO | SØKEORD | AVGRENSINGAR | TREFF | VALT | RELEVANS |
|---------------------|--|-------------------------------|-------|------|---|
| CINAHL 07.03.18 | Heart failure AND sexuality | | 38 | 0 | |
| CINAHL 07.03.18 | Heart failure AND sexuality | 2008-2017 | 27 | | |
| CHINAHL 07.03.18 | Heart failure AND sexuality | 2008-2017 Research article | 14 | | |
| CINAHL 07.03.18 | Heart failure AND sexuality AND | 2008-2018 Research article | 1 | 1 | Praksisen blant sjukepleiarar når det gjeld å diskutere seksuell |

| | | | | | |
|--|--------|--|--|--|--|
| | nurses | | | | helse, samt barrierar for dei som diskuterer og dei som ikkje. |
|--|--------|--|--|--|--|

Her fann en artikkelen: *What keeps nurses from he sexual counseling of patients with heart failure? (Hoekstra, Lesman-Leegte, Couperus, Sanderman & Jaarsma, 2012)*

| DATABASE/ DATO | SØKEORD | AVGRENSINGAR | TREFF | VALT | RELEVANS |
|--------------------|-----------------------------------|-------------------------------|-------|------|--|
| CINAHL 07.03.18 | Heart failure AND sexuality | | 38 | 0 | |
| CINAHL 07.03.18 | Heart failure AND sexuality | 2008-2017 | 27 | | |
| CINAHL 07.03.18 | Heart failure AND sexuality | 2008-2017 Research article | 14 | 1 | Problem med seksuell funksjon hjå menn og kvinner med symptomatisk hjarteinfarkt, og kjønnsforskjellar relatert til det. |

Her fann eg artikkelen: *Gender Differences in Sexual Interest or Activity among Adults with Symptomatic Heart Failure (Fischer & Bekelman, 2017)*

Vedlegg 4 – Kritisk vurdering

Kritisk vurdering - prevalensstudie

Artikkel 3: Sexual counselling of cardiac patients
in Europe: culture matters.

SJEKKLISTE FOR VURDERING AV PREVALENSSTUDIE

(Tverrsnittstudie, spørreundersøkelse, survey)

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

Kan vi stole på resultatene?

Hva forteller resultatene?

Kan resultatene være til hjelp i praksis?

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på spørsmålene.

Basert på EBMH Notebook. Guidelines for evaluating prevalence studies. May 1998, Vol 1, No 2 pp 37-9. URL: [http://www.psychiatry.ox.ac.uk/cebmh/journal/contents/1\(2\)/37-9.html](http://www.psychiatry.ox.ac.uk/cebmh/journal/contents/1(2)/37-9.html)

Cathryn Thomas, Sheila Greenfield and Yvonne Carter. Questionnaire design. Chapter 6 in "Research Methods in Primary Care" (1997) Oxford: Radcliffe Medical Press.

¹
Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2006

INNLEDENDE SPØRSMÅL

| | | | |
|---|---|---------------------------------|------------------------------|
| 1. Er problemstillingen i studien klart formulert? | Ja <input checked="" type="checkbox"/> | Uklart <input type="radio"/> | Nei <input type="radio"/> |
| 2. Er en prevalensstudie en velegnet metode for å besvare problemstillingen / spørsmålet? | Ja <input checked="" type="checkbox"/> | Uklart <input type="radio"/> | Nei <input type="radio"/> |

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE

| | | | |
|--|---|---------------------------------|------------------------------|
| <p>3. Er <u>befolkningen</u> (populasjonen) som utvalget er tatt fra, klart definert?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Er det gitt opplysninger om befolkningsgruppen som alder, kjønn, språk, etnisk tilhørighet og sosio-økonomiske forhold? - Er det gjort rede for subgrupper i befolkningen som ikke dekkes av studien? | Ja <input checked="" type="checkbox"/> | Uklart <input type="radio"/> | Nei <input type="radio"/> |
| <p>4. Ble <u>utvalget</u> inkludert i studien på en tilfredsstillende måte?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En god studie inkluderer et utvalg som nøyaktig representerer en definert befolkningsgruppe. Dette sikres ved bruk av statistiske utvalgsmetoder og ved en vurdering av respondentenes karakteristika - Var utvalget representativt for en definert befolkningsgruppe? | Ja <input checked="" type="checkbox"/> | Uklart <input type="radio"/> | Nei <input type="radio"/> |

Det er samla inn demografisk data om deltakarane.

| | | | | | | | |
|---|---|-----------------------|--------|-----|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------|
| <p>5. Er det gjort rede for om <u>respondentene</u> skiller seg fra dem som ikke har respondert?</p> <p>TIPS: Ikke-responderer er frafall i utvalget.</p> | <table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> | Ja | Uklart | Nei | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ja | Uklart | Nei | | | | | |
| <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | | |
| <p>6. Er svarprosenten høy nok?</p> <p>TIPS: I spørreundersøkelser er det vanligvis OK med en svarprosent på >70, så lenge forfatterne viser at respondenter og ikke-responderer har like karakteristika som befolkningen de er utvalgt fra.</p> | <table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Danmark: 81,8% Noreg: 78,2% Belgia: ca. 67%</p> | Ja | Uklart | Nei | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ja | Uklart | Nei | | | | | |
| <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | | |
| <p>7. Bruker studien <u>målemetoder</u> som er pålitelige (valide) for det man ønsker å måle?</p> <p>TIPS: Er det brukt spørreskjemaer som er valide, testet og anvendt i tidligere studier? Ble spørreskjemaet pilottestet, evt validert?</p> | <table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Spørreskjema fra UNITE forskingsgruppe for den europeiske kardiologiforeninga. Det vart lagt til 10 tilleggsspørsmål om seksuell rådgiving.</p> | Ja | Uklart | Nei | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ja | Uklart | Nei | | | | | |
| <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | | |
| <p>8. Er <u>datainnsamlingen</u> standardisert?</p> <p>TIPS: Er datainnsamlingen identisk for alle utvalgte individer? Alle avvik fra en standard kan gi skjevhet når dataene samles inn. (F.eks intervjuetoder og personer) Sikres ved opplæring av intervjuer, veiledning, metode for å sikre data fra respondenter, spørreundersøkelsens utforming (avkryssing, Liker- skala etc) Standardiserte og valide målemetoder ved tester</p> | <table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> | Ja | Uklart | Nei | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ja | Uklart | Nei | | | | | |
| <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | | |
| <p>9. Er <u>dataanalysen</u> standardisert?</p> <p>TIPS: Analysen skal kunne skille individuelle forskjeller som er reelle fra tilfeldige. Se på hvordan "åpne spørsmål" er behandlet. Er analysering av data gjort av to uavhengige personer?</p> | <table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> | Ja | Uklart | Nei | <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ja | Uklart | Nei | | | | | |
| <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | | |

HVA FORTELLER RESULTATENE?

| | |
|--|---|
| <p>10. Hva er resultatet i denne studien?</p> <p><i>TIPS:</i> Hva er hovedkonklusjonen? Kan du oppsummere resultatene i én setning?</p> <p>Kan resultatene skyldes tilfeldigheter? Presenterer studien resultatene med konfidensintervall for statistiske estimater? Er det oppgitt p-verdier?</p> | <p>Kultur er viktig med omsyn til seksuell rådgiving, og openheit rundt seksualitet verkar inn.</p> <p>Dei aller fleste p-verdier er under 0,05 (<0,05).</p> |
|--|---|

KAN RESULTATENE VÆRE TIL HJELP I MIN PRAKSIS

| | | | |
|---|--|---|--------------------------------------|
| <p>11. Kan resultatene overføres til praksis?</p> | <p>Ja <input checked="" type="radio"/></p> | <p>Uklart <input type="radio"/></p> | <p>Nei <input type="radio"/></p> |
| <p>12. Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene i andre tilgjengelige studier?</p> <p><i>TIPS:</i> Prevalensstudier gjøres for å bekrefte en eksisterende teori eller kunnskap, ikke for å lage en ny teori! Eksisterende kunnskap kommer fra kliniske og epidemiologiske studier som fokuserer på etiologi, prognose og effekt av tiltak.</p> | <p>Ja <input checked="" type="radio"/></p> | <p>Uklart <input type="radio"/></p> | <p>Nei <input type="radio"/></p> |

Eg har lese artikkelar kor resultatane samantfaller med denne artikkelen, som eg ikkje har inkludert i denne litteraturstudien.