



# Høgskulen på Vestlandet

## SK152 - Bacheloroppgave i sykepleie

SK152

### Predefinert informasjon

|                       |                              |                        |                            |
|-----------------------|------------------------------|------------------------|----------------------------|
| <b>Startdato:</b>     | 23-05-2019 09:00             | <b>Termin:</b>         | 2019 VÅR                   |
| <b>Sluttdato:</b>     | 07-06-2019 14:00             | <b>Vurderingsform:</b> | Norsk 6-trinns skala (A-F) |
| <b>Eksamensform:</b>  | Bacheloroppgave i sykepleie  | <b>Studiepoeng:</b>    | 15                         |
| <b>SIS-kode:</b>      | 203 SK152 1 O 2019 VÅR FORDE |                        |                            |
| <b>Intern sensor:</b> | (Anonymisert)                |                        |                            |

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 138

### Informasjon fra deltaker

**Antall ord \*:** 6691

**Egenerklæring \*:** 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

### Gruppe

**Gruppenavn:** (Anonymisert)

**Gruppenummer:** 75

**Andre medlemmer i  
gruppen:** Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja

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

Nei

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

Nei



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGAVE

Hvordan elske med hjertesvikt

How to love with heart failure

**Joachim Heier, Kandidatnummer 138**

Bachelorutdanning i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap/Institutt for  
helse- og omsorgsvitenskap/sykepleie Førde

Veileder: Liudmilla Solenova

Innleveringsdato: 07.06.2019

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

## Sammendrag

**Tittel:** Hvordan elske med hjertesvikt

**Bakgrunn for valg av tema:** Hvert år er det ca. 16.000 behandlet for hjertesvikt i spesialisthelsetjenesten. I dag er det 21% av den norske befolkningen som lever med hjerte- og karsykdommer eller som befinner seg i risikogruppen. Jeg har opplevd i praksis at seksualitet hos hjertesviktpasienter er et tema som sjeldent blir snakket om av både pasienter og helsepersonell.

**Problemstilling:** Hvordan skape åpenhet rundt seksualitet til pasienter med kronisk hjertesvikt?

**Metode:** Jeg har brukt litteraturstudie som metode. Jeg brukte høyskolen sine vitenskapelige databaser: Cinahl with full text, Medline og Academic search elite. Fant 4 relevante forskningsartikler som ble tatt med i oppgaven. Jeg har for det meste brukt pensumlitteratur, men også annen relevant litteratur som blant annet omsorgsfilosofien til Kari Martinsen.

**Oppsummering av funn og konklusjon:** Forsking viser at sykepleiere ikke er trygge på seg selv når det gjelder å håndtere seksuelle bekymringer, som ofte fører til at temaet ikke blir tatt opp av verken pasienter eller helsepersonell. Normen på arbeidsplassen, lite erfaring og kompetanse og manglende retningslinjer er andre faktorer som spiller inn. For å skape mer åpenhet må sykepleiere få mer kompetanse og kommunikasjonsverktøy slik at de blir trygge nok å snakke om det, men samtidig er god relasjon en forutsetning for at pasienter åpner seg. Sykepleiere er redd for at de ikke har tilstrekkelig kompetanse, men ofte trengs det bare å gi pasienten rom til å snakke om seksualitet.

**Nøkkelord:** Hjertesvikt, seksualitet, kommunikasjon, behov for informasjon

## English summary

**Title:** How to love with heart failure

**Background for choice of topic:** Every year it is approximately 16,000 treated for heart failure in the specialist health service. Today, 21% of the Norwegian population live with cardiovascular disease or who are in the risk group. I have experienced in practice that sexuality in heart failure patients is a topic that is rarely talked about.

**Problem:** How to create transparency about sexuality in patients with chronic heart failure?

**Method:** I have used literature study as a method. I used the college's scientific databases: Cinahl with full text, Medline and Academic search elite. Found 4 relevant research articles that were included in the thesis. I have mostly used syllabus literature, but also other relevant literature such as the care philosophy of Kari Martinsen.

**Summary of Findings and Conclusion:** Research shows that nurses are not confident dealing with sexual concerns, which often causes the subject to not be addressed by either patients or health care professionals. The norm in the workplace, little experience and expertise and lack of guidelines are other factors. In order to create more openness, nurses need to have more competence and communication tools so they are safe enough to talk about it, but at the same time good relationship is a prerequisite for patients opening up. Nurses are afraid that they do not have enough expertise, but often only need to give the patient room to talk about sexuality.

**Keywords:** Heart failure, sexuality, communication, need for information

## Innhold

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1 Innledning</b> .....   | <b>1</b>  |
| 1.1 Problemstilling med avgrensning .....   | <b>2</b>  |
| 1.2 Begrepsavklaring .....  | <b>3</b>  |
| 1.3 Oppgavens oppbygging.....   | <b>3</b>  |
| <b>2 Metode</b> .....   | <b>4</b>  |
| 2.1 Litteraturstudie som metode.....  | <b>4</b>  |
| 2.2 Søkeprosessen .....   | <b>4</b>  |
| 2.3 Kildekritikk.....   | <b>5</b>  |
| <b>3 Teori</b> .....  | <b>7</b>  |
| 3.1 Hva er hjertesvikt? .....   | <b>7</b>  |
| 3.2 Hva er seksualitet? .....   | <b>8</b>  |
| 3.3 Kommunikasjon og relasjonsbygging.....  | <b>8</b>  |
| 3.4 Kommunikasjon om seksualitet .....  | <b>9</b>  |
| 3.4.1 PLISSIT-modellen .....  | <b>10</b> |
| 3.5 Omsorgsteori av Kari Martinsen.....   | <b>11</b> |
| <b>4 Resultat</b> .....   | <b>13</b> |
| 4.1 Sexual Counseling in Patients With Heart Failure A Silent Phenomenon: Results From a Convergent Parallel Mixed Method Study ..... | <b>13</b> |
| 4.2 Sexuality of patients with chronic heart failure and their spouses and the need for information regarding sexuality .....         | <b>13</b> |
| 4.3 What keeps nurses from sexual counselling of patients with chronic heart failure.....   | <b>14</b> |
| 4.4 Sexual Concerns and Sexual Counseling in Heart Failure .....  | <b>14</b> |
| <b>5 Drøfting</b> .....   | <b>16</b> |

|  |           |
|--|-----------|
| 5.1 Å leve med hjertesvikt .....                                   | 16        |
| 5.2 Seksualhelse- Et problem man ikke skal feie under teppet ..... | 17        |
| 5.3 kommunikasjon og relasjonsbygging .....                        | 19        |
| <b>6 Konklusjon .....</b>  | <b>21</b> |
| 7 Bibliografi .....  | 22        |

## 1 Innledning

Hvert år i Norge er det rundt 16 000 pasienter som blir behandlet for hjertesvikt. Samtidig blir også ca. 40 000 pasienter hvert år behandlet for hjerteinfarkt og hjertekrampe i spesialisthelsetjenesten (Ariansen, Selmer, Graff-iversen, Egeland, & Sakshaug, 2014). Det er svært mange nordmenn i dag som lever med hjerte- og karsykdommer eller som bruker medisiner for å forebygge dette. 1/5 av hele den norske befolkningen, som tilsvarer 21%, lever i dag med hjerte- og karsykdommer eller befinner seg i risikogruppen (Ariansen, Selmer, Graff-iversen, Egeland, & Sakshaug, 2014). Videre regner en med at antall personer med hjerte- og karsykdommer vil øke de neste årene, både på grunn av bedret behandling og økende antall eldre (Ariansen, Selmer, Graff-iversen, Egeland, & Sakshaug, 2014). Hjerte- og karsykdommer er noe som rammer mange hvert år som gjør at det er et viktig tema å sette fokus på. I dagens samfunn representerer hjertesvikt et stadig økende og alvorlig helseproblem blant befolkningen (Eikeland, Stubberud, & Haugland, 2016).

I min oppgave har jeg lagt vekt på seksualitet hos pasienter med kronisk hjertesvikt. Gjennom sykepleiestudiet har jeg blant annet vært i praksis på medisinsk sengepost der jeg møtte mange pasienter med hjertesvikt. Jeg bestemte meg for å skrive om hjertesvikt og seksualitet fordi jeg opplevde i praksis at det var flere hjertesviktpasienter som hadde en del spørsmål og bekymringer rundt dette temaet. Det seksuelle aspektet ved hjertesvikt var noe som svært sjeldent ble snakket om hverken av sykepleierne eller legene. I tillegg merket jeg at det var en del barrierer rundt temaet. Jeg møtte flere pasienter som hadde en del bekymringer rundt egen seksuell helse og hadde behov for informasjon. Jeg følte at jeg ikke hadde tilstrekkelig kompetanse og ikke trygg nok på meg selv til å imøtekomme pasientenes spørsmål. Det var sterke inntrykk å ta inn over seg at så mange hjertesviktpasienter hadde bekymringer rundt deres egen seksuelle helse. Det gjorde meg mer motivert til å øke kunnskapen min om hvordan kronisk hjertesvikt kan påvirke pasientens seksualitet og samliv.



Det er et stort fokus på sex og nakne kroppar i dagens samfunn via medier, reklame, blader, kunst og musikk. På den andre siden er seksualitet noe som er et svært sensitivt og privat både for enkeltmennesker og par (Helland, 2015, s. 862). Dessuten er den seksuelle helsen hos hjertesviktpasienter noe som ofte blir undervurdert eller oversett av helsepersonell (Markhus & Fålum, 2015). Studier har vist at det er mange pasienter som har seksuelle bekymringer, og behov for informasjon og veiledning (Driel, Hosson, & Gamel, 2013). Som sykepleier skal en alltid se hele pasienten og deres individuelle behov, men erfaringsmessig blir ofte spørsmål rettet mot seksualitet unngått og bortprioritert. For at en skal utøve god sykepleie forutsetter det at man gir informasjon og veiledning til pasienter som har behov for det. Jeg er sikker på at jeg kommer til å få en økt forståelse for hvordan en kan skape mer åpenhet rundt seksuell helse til hjertesviktpasienter. Jeg er i tillegg overbevist om at min kompetanse rundt dette temaet vil øke og kan være nyttig å ta med seg ut i arbeidslivet.

## 1.1 Problemstilling med avgrensning

Utifra temaet mitt har jeg valgt å formulere denne problemstillingen.

«Hvordan skape åpenhet rundt seksualitet til pasienter med kronisk hjertesvikt?»

I min oppgave vil jeg skrive om åpenhet rundt seksualitet til hjertesviktpasienter i aldersgruppen 30-65 år og kommer ikke til å skille mellom menn og kvinner. Mitt fokus kommer til å være på pasienter med kronisk hjertesvikt, og ikke akutt hjertesvikt. Jeg kommer til å skrive om pasienter som er innlagt på somatisk sengepost. Videre vil jeg utelukke dem med hjertesvikt grad 4 fordi det er vanskelig for disse pasientene å være i noen form for aktivitet. Pårørende kjenner ofte pasienten best og er en viktig ressurs for at behandlingen skal bli best mulig. I oppgaven min vil jeg fokusere på forholdet mellom sykepleieren og pasienten. I tillegg kommer jeg til å vektlegge viktigheten av en god relasjon og kommunikasjon.

## 1.2 Begrepsavklaring

Hjertesvikt: Når en ikke har tilstrekkelig minuttvolum for å opprettholde tilstrekkelig oksygentilførsel og vevsperfusjon har en hjertesvikt. Likevel har kroppen mulighet for å kompensere slik at det blir opprettholdt et adekvat minuttvolum til tross for redusert pumpeevne (Stokland, 2015, s. 141).

Seksualitet: Er en integrert del og en kjernedimensjon ved det å være menneske. Seksualitet utgjør et grunnbehov for alle mennesker og kan ikke skilles fra andre livsaspekter. Det er en kilde til selvrealisering og glede, samtidig som det kan by på helseutfordringer og vanskeligheter for begge kjønn (Helland, 2015, s. 862).

Seksuell helse: Er en tilstand av sosialt, psykisk, følelsesmessig og fysisk tilfredshet i forbindelse med seksualitet. Da legger en til grunn ikke kun fravær av sykdom, manglende helse eller funksjonssvikt. En forutsetning for seksuell helse er respektfull og positiv tilnærming til både seksuelle relasjoner og seksualitet. Det innebærer også muligheten til trygge seksuelle erfaringer (Helland, 2015, s. 863).

## 1.3 Oppgavens oppbygging

Jeg har bygget opp oppgaven min etter litteraturmetodens seks trinn; innledning, metode, teoridel, presentasjon av forskning, drøfting og konklusjon (Thidemann, 2017, s. 80). Metodedelen inneholder litteraturstudie som metode, søkeprosessen og kildekritikk. Videre i teorien blir det lagt frem relevant innhold knyttet til problemstillingen min. Jeg skal deretter presentere forskning som belyser problemstillingen min. I drøftingen settes teori og forskning opp mot hverandre, i tillegg til egne erfaringer. I konklusjonen vil det være en oppsummering av funn og resultater, synliggjøring av hvordan oppgaven er besvart og implikasjoner for sykepleiepraksisen.

## 2 Metode

### 2.1 Litteraturstudie som metode

For at en skal bruke litteraturstudie som metode er det helt avgjørende å forstå hva det betyr. Litteraturstudie som metode omhandler at en har et kritisk blikk til forskningen, utvelgelsen og om forskningen er relevant for den aktuelle problemstillingen (Cronin & Coughlan, 2017, s. 2). Videre bør litteraturstudien som benyttes være samlet inn på en systematisk og oversiktlig måte for å passe på at all relevant informasjon er blitt tatt i betraktning. Det er viktig at leseren får gjøre opp en vurdering om hvor relevant og sterk forskningen som er tatt med er (Cronin & Coughlan, 2017, s. 2). Ved å bruke denne metoden blir det en kritisk diskusjon på et relevant tema, samtidig som en peker på likheter og forskjeller på litteraturen som er brukt (Cronin & Coughlan, 2017, s. 2).

### 2.2 Søkeprosessen

Det er godt over 150 forskjellige databaser som er tilgjengelige inne på høyskolen sine fagressurser. Jeg gjorde et systematisk søk for å finne litteratur og relevant forskning og valgte å bruke tre vitenskapelige databaser: Academic search elite, Medline og Cinahl with full text. Jeg valgte disse databasene fordi de har mye gode sykepleiefaglige artikler som kan anvendes i oppgaven. Jeg kombinerte alle tre vitenskapelige databasene i søkeprosessen min for få et bredest mulig søk. Forskningen som jeg brukte var ikke mer enn 10 år gammel så den var fra 2009-2019. Det ble benyttet relevante pensum litteratur og de resterende bøkene ble funnet på skolens bibliotek.. Da jeg skrev om Kari Martinsens omsorgsfilosofi brukte jeg hennes primærkilder fremfor sekundærkilder fordi andre forfattere kan tolke innholdet på en annen måte.

I mitt første søk brukte jeg først et søkeord og det var «heart failure» som ga 329,563 treff. Siden det var så mange treff valgte jeg å bruke både «heart failure» og «sexuality» som ga 87 treff. Tilslutt kombinerte jeg søkeordene «heart failure», «sexuality» og «information needs» med bindingsordet “And”, som ga totalt 10 treff. Deretter leste jeg gjennom alle de 10

forskningsartiklene for å se om noen av dem var relevant for min oppgave og valgte ut 3 forskningsartikler.

I mitt andre søk brukte jeg søkeordene «heart failure» og «sexuality» som i forrige søk, men mitt tredje søkeord var «psychology» istedenfor «information needs». Grunnen til at jeg brukte ordet «psychology» var for å få fram de psykologiske sidene ved hjertesvikt og seksualitet. Ved å kombinere mine 3 søkeord fikk jeg 18 treff. Jeg leste gjennom alle forskningsartiklene og fant 1 artikkel som jeg mente var relevant for min oppgave.

### 2.3 Kildekritikk

Kildekritikk betyr å karakterisere og vurdere den litteraturen som har blitt funnet (Dalland & Trygstad, 2017, s. 158). Når det gjelder pensum har det blitt skrevet om seksualitet i flere av pensumbøkene. Videre var det mindre skrevet om seksualitet knyttet til kronisk hjertesvikt, men samtidig kan det som er skrevet bli sett på som en trygg kilde. Pensumbøker kan bli ansett som en trygg kilde, men utfordringen er at det kan ta tid før bøkene blir oppdatert. Siden det kan ta tid før bøkene blir oppdatert har jeg vært oppmerksom på når bøkene har blitt gitt ut. Sekundærkilde er en oversatt utgave av den primære kilden (Dalland, 2017, s. 162). Bøkene som er brukt til å besvare oppgaven er hovedsakelig sekundærkilder og bakgrunnen for at de har blitt benyttet er innholdets relevans for problemstillingen. Jeg har vært kritisk til litteraturen da forfatteren kan ha en personlig tolking av primærkilden. Som faglitteratur har jeg med en bok som er skrevet av Kari Martinsen som er en norsk sykepleier og professor. Hun er anerkjent for sin omsorgsfilosofi. Boken er fra 1996, men den er relevant i min oppgave fordi den er med på å belyse temaet mitt.

Før jeg skulle begynne søkeprosessen hadde jeg en bekymring om at det skulle være lite forskning på området. Til min overraskelse fant jeg flere forskningsartikler som traff min problemstilling. Alle forskningsartiklene som er brukt er blitt sjekket opp mot IMRAD-prinsippet som omhandle at artikkelen skal inneholde metode, resultat og drøfting. Strukturen er en vanlig måte å presentere forskning og gjøre det lettere å orientere seg i ukjente artikler (Dalland, 2017, s. 163). Artikkelen er funnet på vitenskapelige databaser som gjør det til trygg og pålitelig forskning. Det må tas i betraktning at artiklene som er funnet er

skrevet på engelsk, der det kan være små rom for feiltolkning. Studiene som jeg bruker er fra forskjellige land der normer, utdanning og verdier kan være medvirkende i resultatet og utførelsen av studien.

## 3 Teori

### 3.1 Hva er hjertesvikt?

Hjertesvikt blir klassifisert med bakgrunn i alvorlighetsgrad, patofysiologi og klinisk forløp. Hjertesvikt er ikke en sykdom i seg selv, men heller et symptom på en bakenforliggende hjertesykdom. En kan skille mellom akutt og kronisk hjertesvikt. Akutt hjertesvikt er en akutt innsettende hjertesvikt som oftest opptrår ved store hjerteinfarkter, der venstre ventrikel svikter. Kronisk hjertesvikt utvikles over tid og inntreffer som oftest fordi kompenseringmekanismen har sviktet (Eikeland, Stubberud, & Haugland, 2016, s. 252). Å leve med kronisk hjertesvikt kan være en stor påkjenning både når det gjelder psykiske, fysiske og sosiale utfordringer. Konsekvensene av hjertesvikt kan føre til at livskvaliteten, livsutfoldelsen og den fysiske helsen blir redusert (Eikeland, Stubberud, & Haugland, 2016, s. 254).

New York Heart Association (NYHA) har laget et system for å klassifisere alvorlighetsgraden av hjertesvikt og hvor mye anstrengelse det skal til før symptomene fremtrer (Stubberud, 2015, s. 420). NYHA kan deles inn i fire forskjellige funksjonsklasser som går fra asymptotisk hjertesvikt til alvorlig hjertesvikt (Stokland, 2015, s. 142). I den første funksjonsklassen har pasienten ingen begrensninger i aktiviteten som følge av hjertesvikten. Vedkommende opplever ingen hjertebank, angina, dyspne eller utmattelse i aktiviteten. Videre kan pasienten oppleve lett begrensning i aktivitet i funksjonsklasse 2. I hvile og lett aktivitet er det ingen symptomer, men med større belastning får personen tydelig dyspné, er utmattet, har angina eller hjertebank. I funksjonsklasse 3 er det en markert begrensning av fysisk aktivitet. Vedkommende har ingen symptomer i hvile, men lett fysisk aktivitet som gange i liten motbakke gir symptomer som dyspné, utmattelse, angina eller hjertebank. Den siste funksjonsklassen er den mest alvorlige og da er hjertesvikten komt så langt at all fysisk aktivitet gir ubehag, hvile dyspné, hjertebank eller angina. Symptomene er tilstede både i hvile og i aktivitet (Eikeland, Stubberud, & Haugland, 2016, s. 253).

### 3.2 Hva er seksualitet?

Gjennom hele livet kan seksualitet ses på som et sentralt aspekt ved det å være menneske og behovet for nytelse og nærhet er noe som varer livet ut (Siv, 2016, s. 387). I tillegg har seksualitet mange viktige funksjoner, som illustreres i seksualitetens seks R-er. Det er Relasjon, Respekt, Relaksasjon, Rekreasjon, Rehabilitering og Reproduksjon. Videre omfatter også seksualitet bekreftelse, fortrolighet, ømhet og nærhet, noe som er et sentralt aspekt for mange mennesker (Helland, 2015, s. 862). Et stort aspekt av den generelle helsen og medvirkende faktor for en god livskvalitet er seksualitet og seksuelt velvære (Helland, 2015, s. 861). Den generelle helsen og seksualitet kan påvirke hverandre både i en negativ og positiv retning. Seksualitet er kompleks og noe som forandrer seg gjennom et livsløp, der menneskets seksualitet kan variere i fokus og erfaringer gjennom skiftende livsvilkår og livsfaser (Siv, 2016, s. 387). Den kan også bli satt til siden i en periode med akutt forverring av en kronisk sykdom. pasientens seksuelle behov bli endret av den medisinske behandlingen og konsekvensene av kronisk hjertesvikt er både fysiske og psykiske. Pasienter kan oppleve redusert seksuell lyst og ereksjonsproblemer, som kan føre til at de blir mindre seksuelt aktive. Videre kan dette føre til at mange pasienter og deres partnere har spørsmål om seksualiteten, mens de blir lite imøtekommet av helsepersonell (Eikeland, Stubberud, & Haugland, 2016, s. 255).

### 3.3 Kommunikasjon og relasjonsbygging

Mennesket har en medfødt og grunnleggende evne til å kommunisere. Kommunikasjonskompetansen blir utviklet gjennom kontakt med andre mennesker. Relasjonskompetansen er helt avgjørende for å få god kommunikasjon og samhandling. Som sykepleier kan du få pasienten til å føle seg redd, dum, liten, skamfull, avvist, foraktet, hjelpeløs og liten (Røkenes & Hanssen, 2012, ss. 178-179). Væremåte, empati og anerkjennelse er helt avgjørende for å utvikle en god relasjon. Som sykepleier har man et ansvar for å passe på at pasienten opplever relasjonen til helsepersonell som god og utviklingsfremmende (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 180). Det må legges til rette for at pasienter opplever relasjon. Relasjonskompetansen handler om å samhandle og forstå menneskene som man møter i yrkessammenheng på hensiktsmessig, respektfull og

god måte. I tillegg skaper en god relasjon tillit, som igjen kan gjøre det lettere å skape mer åpenhet (Røkenes & Hanssen, 2012, ss. 18-19).

Fireperspektivmodellen legger fram fire grunnleggende perspektiv i all kommunikasjon og samhandling mellom mennesker. Modellen går ut på å forstå ting i fra andre sitt perspektiv og samtidig forstå seg selv i kommunikasjonen. Det første perspektivet er egenperspektivet som handler om at vi ser verden fra vårt eget perspektiv, på bakgrunn av våre egne holdninger, erfaringer og kunnskaper. I situasjoner som kommer opp blir det gjort en forforståelse og selvforståelse, som er med å avgjøre hvordan vi tolker andres atferd og vårt forhold til andre mennesker (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 40). Andreperspektivet handler om å forholde seg til andres opplevelse av verden. I yrkessammenheng vil et møte med personer i forskjellig alder, personlighet, kulturbakgrunn, kjønn og ikke minst forskjellige situasjoner (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 41). Det tredje perspektivet er det intersubjektive opplevelsefelleskapet. Målet er å utvide opplevelsefelleskapet slik at en har større forståelse av hvordan følelsene og tankene til den andre personen er. Opplevelsefelleskapet kan også bli sett på som et mentalt samhandlingsrom der begge deler egne erfaringer, opplevelser og meninger med hverandre (Røkenes & Hanssen, 2012, ss. 41-42). Det fjerde perspektivet er samhandlingsperspektivet. Samhandlingsperspektivet handler om å forstå samhandlingsprosessen og relasjonen mellom partene. Samhandlingsperspektivet er et metaperspektiv som er et perspektiv på perspektivet. I dette perspektivet handler det om å kommunisere om kommunikasjon (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 42).

### 3.4 Kommunikasjon om seksualitet

I helse- og omsorgstjenesten i dag finnes det ingen retningslinjer for hvordan seksuelle spørsmål skal håndteres, og det finnes ingen krav til helseinstitusjonene om å sette seg mer inn i dette feltet (Helland, 2015, s. 870). Helsetilbudet blir ofte ikke komplett fordi pasientens seksuelle behov har en tendens til å bli ignorert. Samtidig er det mange pasienter som kan ha forskjellige spørsmål knyttet til seksualitet og ser på den manglende informasjonen som et problem (Eikeland, Stubberud, & Haugland, 2016, s. 255). Tausheten og manglende retningslinjer er med på å skape usikkerhet om hvordan man som sykepleier skal takle slike situasjonar (Helland, 2015, s. 870).



Seksualitet skal snakkes om med pasienten på lik linje som resten av de grunnleggende behovene. I samtale med pasienten om seksualitet skal man ikke som sykepleier ha en terapeutisk rolle (Helland, 2015, s. 873). Seksualitet er noe som oftest er svært privat for den enkelte og er ofte en bekreftelse for identitet og kjærlighet. Det er avgjørende å ikke ha fokus på problemer når en snakker om seksuelle temaer med pasienten fordi det kan være mange pasienter som ikke ser på det som et problem. En tilnærming der en tar utgangspunkt i hvordan sykdommen mulig påvirker samlivet, vil være med å bidra til å normalisere uten å bagatellisere utfordringer (Helland, 2015, s. 874). Det er helt avgjørende at samtalen om seksuelle spørsmål blir gjennomført på en måte som gjør at pasienten føler støtte, får veiledning og individuelle tilpassete behov (Helland, 2015, s. 873). For å begynne en samtale om seksuelle temaer kan en som sykepleier informerer om hvordan sykdommen påvirker ulike områder. Dette kan blant annet være snakk om deres seksualitet, gjerne i sammenheng med informasjon om sykdommen. En del sykepleiere er redd for at deres kompetanse ikke er god nok, men det kan ofte være nok at pasienten får sette ord på sine bekymringer, og sykepleieren kan gi kortfattet informasjon om hvordan sykdommen kan påvirke seksuallivet deres (Helland, 2015, s. 874).

For at det skal bli en god kommunikasjon mellom sykepleier og pasient, må det foreligge gjensidig respekt for begge parter. Seksualitet er et svært privat område så det er avgjørende å ha respekt for den andres livssituasjon, grenser, følelser og kultur (Helland, 2015, s. 874). I tillegg skal en tenke på kroppsspråket, tonefallet og mimikken i samtale med pasienten. Tonefallet og kroppsspråket kan også være avgjørende for hvordan samtalen utvikler seg. Det er utviklet flere ulike modeller til pasienter som opplever sykdom og har som målsetning å bevare eller å gjenvinne deres seksuelle helse og tilfredshet. Den mest omtalte modellen er PLISSIT-modellen.

#### 3.4.1 PLISSIT-modellen

PLISSIT-modellen ble utviklet i 1976 av Jack Annon, en amerikansk psykoterapeut, og er en modell som blir brukt mye av sykepleiere. Den blir framstilt i en trekant med spissen ned og består av fire trinn. Tillatelse er det øverste trinnet i modellen (Helland, 2015, s. 878). Ifølge PLISSIT-modellen får en utbytte av modellen hvis en får tillatelse til å snakke om sine seksuelle bekymringer og problemer. Det nederste trinnet er intensiv terapi og er noe som

svært få har behov for (Helland, 2015, s. 878; Gamnes 2016, ss. 399-400).

P: Permission given-gi tillatelse

Første nivå av modellen handler om å gi pasienten tillatelse til å snakke om seksualitet og gi bekreftelse på at det er noe som er relevant. I tillegg er det sentralt at tillatelsen blir gitt både non-verbalt og verbalt og å vise at helsepersonell er villig til å ha en dialog om temaet. På dette nivået handler det om å sette ord på hvordan sykdommen påvirker pasienten (Helland, 2015, s. 878).

L: Limited information-begrenset informasjon

På det andre nivået handler det om at helsepersonell gir allmenne opplysninger utifra helsepersonell sin kunnskap fra utdanning og kliniske erfaring. Et eksempel kan være at en sykepleier gir informasjon om hvordan medikament kan påvirke seksuallivet (Helland, 2015, s. 878).

SS:specific suggestion-konkrete forslag

Her handler det om å gi konkrete råd eller spesifikke forslag på hvordan en kan løse et problem. Eksempel kan være at sykepleieren gir råd til pasienten om best mulig tilrettelegging før en seksuell aktivitet (Helland, 2015, s. 879).

I: Intensiv Therapy-sexologisk terapi

Det siste nivået er forbeholdt fagpersoner med spesifikk terapeutisk trening og sexologisk kompetanse. Sykepleieren sitt ansvar her er å henvise til relevante fagpersoner (Helland, 2015, s. 879).

### 3.5 Omsorgsteori av Kari Martinsen

Grunnlaget i Martinsens omsorgsteori er solidaritet med den svake og ansvaret for den andre. Det er tre dimensjoner ved omsorgsbegrepet som hun trekker frem; et moralsk begrep, et rasjonelt og praktisk begrep (Martinsen, 1996, ss. 86-93). Den praktiske dimensjonen for omsorg handler om å hjelpe pasienten ut fra tilstanden til pasienten og ikke

det forventede resultatet. Den rasjonelle omsorgen handler om at den ene parten er pliktet til å yte den hjelpen den trenger ut ifra sin situasjon, og da må sykepleieren være villig til å sette seg inn i den andres situasjon. Ansvarer skal man ikke da vekk fra dem. Ifølge Martinsen er enhver situasjon av moralsk karakter og på bakgrunn av dette må sykepleieren handle godt og rett ut ifra pasientens beste. Videre hevder hun at omsorg har med relasjon, moral og det yter seg i praktiske handlinger. På bakgrunn av dette mener hun at moral og gode sykepleieholdninger må læres på lik linje med teoretiske kunnskaper (Martinsen, 1996, ss. 72-73).

## 4 Resultat

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

Metoden som er brukt er en tverrsnittstudie kombinert med kvalitative og kvantitative data som er samlet inn via selv rapportering. Dette er en tysk kvantitativ studie som har kartlagt tyske kardiologisykepleiere. Bakgrunnen for studien er at det er mange hjertesvikt pasienter som bekymrer seg når gjelder å opprettholde den seksuelle aktiviteten. Disse pasientene har ofte behov for informasjon. Målet med denne studien var å se om sykepleierne diskuterte konsekvensene av hjertesvikt med fokus på seksualitet og om de opplevde dette som ubehagelig/problematisk. Resultatene viste at sykepleierne snakket svært lite om seksuelle problemer med pasientene. De sykepleierne som følte ikke at det var deres ansvar å snakke om pasientens seksuelle bekymringer. Det var bare 8% av sykepleierne sa de at de hadde nok selvtillit til å snakke om seksuelle bekymringer med pasientene. Det kom også fram at sykepleiere ikke snakket om det var enten fordi de var ukomfortable, følte seg ikke ansvarlig for å snakke om seksuelle bekymringer eller var ikke godt nok forberedt. Studien avslutter med at sykepleiere må få spesialisert kunnskap og kommunikasjons verktøy slik at de blir komfortable å snakke om det (Kolbe, Kugler, Schnepf, & Jaarsma, 2016).

### 4.2 Sexuality of patients with chronic heart failure and their spouses and the need for information regarding sexuality

Dette er en tverrsnittstudie hvor utvalget av pasientene og deres partnere var på tre sykehus (Belgia og Nederland). Denne kvantitative studien hadde som mål å sette seg inn i hvordan kronisk hjertesvikt kan påvirke seksualiteten til den som blir rammet, men også deres partnere. Studien hadde også som mål å finne ut behovet for informasjon rundt seksualitet etter at man har fått hjertesvikt. Det var 52 pasienter og 32 partnere som var med i studien. Bakgrunnen for studien er at en kan oppleve både psykiske og fysiske effekter av den kroniske hjertesvikten. Pasientene og deres partnere kan oppleve forskjell med tanke på seksualiteten etter hjertesvikt og ha spørsmål, men dette er noe som sjeldent blir tatt opp av helsepersonell. Det ble brukt to forskjellige spørsmålsskjema som kartla om parene

opplevde endringer med tanke på det seksuelle og behovet for seksuell rettleiding med tanke på hjertesvikten. Resultatet var at mesteparten av både pasientene og deres partnere ville ha informasjon angående seksualitet. Spørsmålskjemaene var lett å svare og forandringer og behovet for informasjon kom fram (Driel, Hosson, & Gamel, 2013).

#### 4.3 What keeps nurses from sexual counselling of patients with chronic heart failure

Dette er en kvantitativ studie og det ble sendt ut spørreskjema på bakgrunn av sykepleiers observasjon til alle hjertesvikt klinikker i Nederland. Det var 146 sykepleiere som ble spurt, mens det var 122 pasienter som hadde oppfølging på den hjertesvikt klinikker. Målet med denne nederlandske studien var å finne ut om sykepleierne snakket om den seksuelle helsen med hjertesvikt pasienter og eventuelle hvilke barrierer som hindret dem fra å snakke om det. Bakgrunnen for studien er at seksuelle problemer er vanlig både blant menn og kvinner. Pasienter med hjertesvikt rapporterte at de opplevde mindre seksuell aktivitet, negative forandringer med tanke på den seksuelle utøvingen og opplevde tap av nytelse relatert til seksuell aktivitet. Funnene i studien fremhevet at pasienter og deres partnere uttrykte et ønske om mer informasjon når det gjelder mulige forandringer i den seksuelle aktiviteten, men opplevde forskjellige barrierer når de tok det opp. 75 % av sykepleierne var enig at de hadde et ansvar for å diskutere den seksuelle helsen med pasientene. I praksis var 61% som sjeldent eller aldri snakket om seksualitet. Barrierer som hindret sykepleiere å snakke om gikk blant annet på hvordan normen var på arbeidsplassen, for lite trening, erfaring og pasientene snakket ikke om det. Det var også en del som ikke visste hvordan de skulle ta opp temaet. Studien konkludert med at sykepleiere følte et ansvar for den seksuelle helsen, men det ble sjeldent tatt opp i praksis (Hoekstra, Lesman-leegte, Couperus, Sanderman, & Jaarsma, 2012)

#### 4.4 Sexual Concerns and Sexual Counseling in Heart Failure

Denne studien satte seg inn i behovet for seksuell rettleiding hos pasienter med hjertesvikt og seksuell aktivitet. De kartla ved hjelp av spørreskjema og tverrsnitt studie. Det var 45 pasienter med i denne kvantitative studien, hentet hjertesvikt klinikker og legekantor. Hjertesvikt er et signifikant helseproblem. Hjertesvikt kan gi uheldige symptomer,

påvirke psykologiske faktorer som kan føre til angst og depresjon som påvirker livskvaliteten. Disse plagene kan også påvirke det intime mellom par, men blir dessverre ofte oversett. Gjennom studien fant de ut at 77% av pasientene ikke hadde snakket om sine seksuelle bekymringer med helsepersonell. Å ha seksuelle bekymringer kom fram var veldig vanlig både for pasientene og deres partnere. 63% av partnerne var overbeskyttende, 36% av partnere var redd for å ha sex, 42% av pasientene rapporterte nedsatt sexlyst. Videre rapporterte 74% av mennene at de hadde ereksjonsproblemer og 51% av pasientene hadde vansker med seksuelle nytelsen. De fant også ut det var betydelig nedgang i den seksuelle aktivitet etter at pasientene hadde fått diagnosen. 53% sa at de ikke hadde sex de to siste månedene sammenlignet med 11% før pasienten fikk diagnosen. Studien konkluderte med at helsepersonell må gi seksuell veiledning og rettleing til pasienter med hjertesvikt for å øke deres livskvalitet og tilpasning til en ny hverdag (Medina, Walker, Steinke, Wright, & Mosack, 2009).

## 5 Drøfting

I dette kapittelet vil jeg drøfte tidligere presentert forskning og teori opp mot problemstillingen: Hvordan skape åpenhet rundt seksualitet til pasienter med kronisk hjertesvikt?

### 5.1 Å leve med hjertesvikt

Stokland skriver at hjertesvikt kan klassifiseres i fire forskjellige funksjonsklasser som går fra asymptotisk til alvorlig, men at hjertesvikten kan variere i forskjellig grad og hvilke symptomer som fremtrer. Symptomer på kronisk hjertesvikt er dyspné, men den kan variere ut ifra hvor alvorlig hjertesvikten er (Stokland, 2015, s. 142). Eikeland et al. bekrefter det Stokland sier, men legger også til at andre symptomer pasienten kan oppleve er utmattelse, angina eller hjertebank (Eikeland, Stubberud, & Haugland, 2016). Min erfaring støtter både Stokland og Eikeland et al. og jeg har selv erfart i praksis hvor mye hjertesvikt kan variere i grad og symptomer. Mens jeg var i praksis møtte jeg en mann i 50-årene som hadde kronisk hjertesvikt funksjonsklasse 3. Da jeg kom bort til sengens hans, satt han seg opp på sengekanten. På den lille bevegelsen hadde pusten blitt mye tyngre og vedkommende ble tydelig utmattet. På den andre siden har jeg også møtt pasienter i samme klasse som ikke hadde noen funksjonsbegrensning og ikke merket noen av symptomene.

Eikeland et al. fremhever å leve med kronisk hjertesvikt kan være en stor påkjenning for pasienten når det gjelder psykisk, fysisk og sosialt. I situasjonen som er beskrevet ovenfor spurte jeg mannen om hvordan den kroniske hjertesvikten påvirket livskvaliteten hans. Han sa til meg at den kroniske hjertesvikten førte til at han var i mindre aktivitet enn tidligere. Hjertesvikten hadde også redusert pasienten sin fysiske helse og vedkommende følte at livskvaliteten ikke var den samme. Han var redd for at den kroniske hjertesvikten skulle bli verre og hadde en del angst og depresjon. Eikeland (2016, s. 254) underbygger mine observasjoner og påpeker at konsekvensene av hjertesvikt kan gjøre at den fysiske helsen, livsutfoldelsen og livskvaliteten blir rammet. Medina et al. (2009) støtter det som Eikeland sier at hjertesvikt kan påvirke psykologiske faktorer som kan føre til angst og depresjon, som igjen kan gå utover livskvaliteten. Studien legger også vekt på at helsepersonell må gi seksuell veiledning til pasienter med kronisk hjertesvikt for å øke deres livskvalitet (Medina

et al., 2009). Helland (2015, s. 873) støtter dette og påpeker at en skal snakke med pasienten om seksualitet på lik linje som alle de andre grunnleggende behovene. Det er avgjørende at samtalen blir gjennomført på en slik måte at personen føler seg støttet, får veiledning og individuelt tilpassede behov.

Gjennom min erfaring og praksis på somatisk sengepost har jeg fått et inntrykk at det fysiske aspekt hos pasienten blir mer vektlagt i motsetning til det psykososiale aspektet. Jeg husker spesielt godt en hendelse der vi hadde fått opp en ny pasient som hadde diffuse symptomer. Dette var en pasient som var veldig emosjonell og tok lett til tårene, og virket som hun var sliten. Da ble det fokusert mye på det fysiske og hvilken behandling hun skulle få, selv om det var tydelig at hun også hadde et behov for å snakke ut om alt som hadde skjedd.

Episoden er med på å underbygge det Helland (2015, s. 873) skriver om viktigheten av å tilpasse helsehjelpen til den enkelte. Hvis helsepersonellet på avdelingen hadde satt seg ned og snakket med pasienten, kunne de ha fått informasjon om hva pasienten tenkte på som problematisk, og ønsket hjelp med. Dette kunne vært viktig informasjon som helsepersonellet kunne bruke i den videre behandlingen. På denne måten ville de ha sett hele personen, både det fysiske og psykiske.

## 5.2 Seksualhelse- Et problem man ikke skal feie under teppet

Seksualitet er et tabubelagt tema som sjeldent blir snakket om (Kolbe et al., 2016; Hoekstra et al., 2009). I praksis tok jeg opp en av pasientene sine seksuelle bekymringer under legevisitten. Både legen og sykepleieren avfeide det og begrunnet det med at det var andre behov som kom først. Ifølge Martinsens (1996, ss. 72-73) omsorgsteori er sykepleieren pliktet til å gi den nødvendige hjelpen utfra sin situasjon og en må være villig til å sette seg inn den andres situasjon. Pasienten i praksis fikk ikke den nødvendige hjelpen av verken sykepleieren eller legen. Kanskje hadde de for lite erfaring med denne problemstillingen. Helland (2015, s. 870) påpeker at det ikke finnes noen retningslinjer på avdelingene for hvordan sykepleieren skal møte pasientens seksuelle bekymringer og spørsmål. I tillegg kan manglende retningslinjer være med på å skape usikkerhet rundt hvordan man som sykepleier skal handle i slike situasjoner. Det er et tema som kan være vanskelig å snakke om for både pasienter og deres partnere. Eikeland et al. (2016, s. 255) fremhever at det er mange pasienter og deres partnere som har spørsmål om seksualitet, men helsepersonell



imøtekommer ikke informasjonsbehovet. Studien bekrefter det som skjedde i hendelsen over hvor helsepersonell ikke imøtekom forespørselen om informasjon. Driel et al. (2013) er med på å bekrefte dette. Deres studie viste at kronisk hjertesvikt kan gjøre at seksuallivet blir forandret. Det var mange som hadde spørsmål om forandringene i seksuallivet, men dette var noe som sjeldent ble tatt opp av helsepersonellet. Likevel påpekes det i studien til Kolbe et al. (2016) at noen av sykepleierne hadde nok selvtillit til å snakke med pasienten om temaet. Kolbe et al. (2016) og Driel et al. (2013) vektlegger at temaet blir svært sjeldent tatt opp med pasientene. Kolbe et al. (2016) legger frem at sykepleierne i studien ikke følte at det var deres ansvar å snakke om seksualitet med pasientene. I praksis har også jeg opplevd at seksualitet sjeldent blir tatt opp. I tillegg har jeg også observert at hverken sykepleiere eller leger stiller spørsmål til pasienter om temaet.

I likhet med alle de andre resultatene ovenfor ble det skrevet en fagartikkel, der ble det gjort en undersøkelse som fant ut av 87% av kvinnene med kronisk hjertesvikt rapporterte funksjonsforstyrrelse i seksuallivet (Markhus & Fålum, 2015). De legger også til at nesten ingen av kvinnene som var med i studien hadde fått snakket med helsepersonell om sine utfordringer (Markhus & Fålum, 2015). Alle disse funnene understøtter det jeg erfarte da jeg var i praksis på somatisk sengepost. Mens jeg var i praksis bygget jeg opp en god relasjon til en pasient. Vi hadde mange gode samtaler i løpet av praksisperioden min. Da det nærmet seg slutten på praksisen min, begynte hun å snakke om sine seksuelle bekymringer mens vi var alene på et firemannsrom. Hun var blant annet bekymret for hvordan den kroniske hjertesvikten kom til å påvirke seksuallivet med mannen sin og hvordan den kroniske sykdommen ville påvirke hverdagen. Da spørsmålet kom ble jeg glad for at pasienten åpnet seg og turte å stille spørsmålet til meg. Jeg var ikke forberedt på spørsmålet, men behandlet henne med respekt og svart ærlig at jeg ikke hadde så mye kunnskap om dette, men at jeg kunne forhøre meg med kollegaene. Da jeg snakket med ene sykepleieren på avdelingen om dette fikk jeg inntrykk av at hun virket ukomfortabel over at jeg tok opp temaet. Hun bortprioriterte det og begrunnet det med at det var andre arbeidsoppgaver som skulle bli gjort og som var viktigere.

Ifølge Martinsen er enhver sykepleiesituasjon av moralsk karakter, og sykepleieren må handle ut ifra pasienten sitt beste (Martinsen, 1996, ss. 72-73). I situasjonen som er

beskrevet ovenfor var det tydelig at det ikke var det som var best for pasienten som ble gjort. Mine erfaringer oppleves som todelt fordi jeg ser viktigheten av å kunne snakke med pasienten om sine seksuelle bekymringer, men samtidig kan det være skummelt fordi det kan utvikle seg til en ukomfortabel situasjon. Dette blir bekreftet i studien til Kolbe et al. (2016) som fant ut at noen av sykepleierne ikke snakket om pasientens seksuelle helse fordi de følte seg ukomfortabel.

### 5.3 kommunikasjon og relasjonsbygging

Jeg har observert i min praksis at enkelte sykepleiere har hatt negative holdninger ovenfor pasientene. I ett tilfelle var det en pasient som ville ha informasjon om hvordan hjertesvikten kunne påvirke seksuallivet. Istedenfor for å gi den informasjonen som pasienten ønsket, himlet sykepleieren med øynene, sukket og begynte å spørre om pasienten hadde smerter. Pasienten svarte sykepleieren og hun gikk ut av rommet. I dette tilfellet ble det opprettet en dårlig relasjon. Sykepleieren avfeide pasientens spørsmål og viste tydelig at hun ikke ville snakke om temaet. Seksualitet er et svært privat område, og for de fleste er det avgjørende å ha respekt for den andres livssituasjon, kultur, følelser og grenser (Helland, 2015, s. 874). Pasienten sa ved utskrivelse at hun følte seg oversett, krenket og lite hørt under oppholdet. Jeg støtter med her til Røkenes og Hansen (2012, s. 179) som sier at en fagperson kan få den andre til å føle seg dum, avvist og liten. Helland (2015, s. 874) påpeker at det må være gjensidig respekt for å skape en god kommunikasjon. Hos kvinnen over hadde ikke sykepleieren respekt for henne og det ble en dårlig kommunikasjon dem imellom.

Jeg har sett eksempler på god og dårlig bruk av kroppsspråk. I ett tilfelle observerte jeg en sykepleier i samtale med en pasient. Under samtalen så sykepleieren ofte på klokken, unngikk blikkontakt med pasienten og avbrøt ofte. I et annet tilfelle var det en sykepleier som satt seg ned ved siden av pasienten, hadde blikkontakt og lot vedkommende snakke ferdig. Tonefallet og kroppsspråket kan være avgjørende for hvordan samtalen utvikler seg (Helland, 2015, s. 874). I eksemplene ser vi forskjellene på god- og dårlig kommunikasjon. Hos sykepleieren som satt seg ned klarte pasienten å slappe av. Hun senket skuldrene og tok opp temaene som hun ønsket og fikk svar på det. Hos den andre sykepleieren ble pasienten ukomfortabel, hun fiklet med hendene og var urolig. Sykepleieren så mye på klokken og viste

ikke interesse ovenfor pasienten noe som førte at pasienten ikke fikk svar på det hun lurte på. En god kommunikasjon er avhengig av en god relasjon og gjensidig respekt (Helland, 2015, s. 874).

Seksualitet er et svært privat område og det er avgjørende å ha respekt for den andres livssituasjon, grenser, følelser og kultur (Helland, 2015, s. 874). Da jeg var i praksis observerte jeg en sykepleier som skulle ha en utskrivingsamtale. Sykepleieren spurte pasienten om vedkommende hadde noen bekymringer. Pasienten svarte at han hadde fått all informasjonen som var ønsket. Likevel fortsatte sykepleieren å spørre om pasienten hadde noen seksuelle bekymringer. Det virket ikke som vedkommende var forberedt på et slikt spørsmål og pasienten ble tydelig ukomfortabel. Jeg støtter meg her til PLISSIT modellen som fremhever at det første trinnet i kommunikasjon handler om å gi rom og tillatelse for å snakke om et emne (Siv, 2016, ss. 399-400). I eksemplet over tar sykepleieren initiativ og gir pasienten tillatelse til å snakke om temaet, men pasienten ga ikke tillatelse tilbake. Dette førte til at vedkommende ikke var forberedt på spørsmålet og ble ukomfortabel.

Kari Martinsens (1996, ss. 86-93) rasjonelle omsorg fremhever at som sykepleier må en være villig til å sette seg inn i den andres situasjon. Seksualitet er et svært sensitivt tema. For mange kan det være svært ubehagelig å snakke med personer man ikke kjenner så godt om bekymringer eller spørsmål man har rundt seksualitet. Av og til kan pasienter ta opp dette temaet selv, men hos dem som ikke gjør det kan det være vanskelig å komme inn på det. Det kan være vanskelig å vite om det er pasienten eller helsepersonellet som skal ta ansvar og åpne temaet under samtalen. Som sykepleier har man en plikt til å yte hjelp ut fra den andres situasjon, selv om det kan være vanskelig å gi sårbar informasjon (Martinsen, 1996, ss. 86-93). Hvis en følger en slik tenkemåte ville det vært sykepleieren som skal ta initiativ til å snakke om pasientens seksuelle bekymringer så lenge pasienten har gitt tillatelse. På den ene siden kan det være vanskelig for pasienten å åpne seg til en fremmed. På den andre siden kan sykepleieren oppleve at det er vanskelig å gå frem for å snakke om et sårbart tema. Dette kan være med på å forklare hvorfor seksualitet er et tema som sjeldent blir tatt opp. I studien til Kolbe et al. (2016) blir det konkludert med at det sjeldent blir tatt opp fordi sykepleierne ikke føler seg trygge nok på egen kompetanse. Dette påpeker også Helland (2015, s.), men legger i tillegg vekt på at det ofte er det at helsepersonell fokuserer på å gi rom, slik at pasienten får snakke.

## 6 Konklusjon

Målet med studien min var å finne ut hvordan en kan skape mer åpenhet rundt seksualitet til pasienter med kronisk hjertesvikt. Seksualitet er et sensitivt tema som kan være ukomfortabelt å snakke om for både pasienter og helsepersonell. For lite erfaring og manglende kompetanse kan være grunner til at helsepersonell ikke våger å ta opp temaet. I tillegg finnes det ikke noen retningslinjer på hvordan man skal håndtere spørsmål om seksuell helse. Dette kan være med på å gjøre helsepersonellet usikre på hvordan de skal møte disse pasientene.

For å skape mer åpenhet rundt pasientens seksuelle helse må det avklares hvem som har ansvar; om det er pasient, lege eller sykepleier. Sykepleierne må også bli tryggere på seg selv og egen kompetanse. Ofte er det nok å gi pasienten rom og tillatelse til å snakke ut om sine bekymringer. Helsepersonell som jobber med denne pasientgruppen må bli tryggere på seg selv og bli komfortabel med å snakke om temaet. Dermed er det behov for økt kompetanse.

Seksualitet er et svært privat tema for pasienter. For at man skal kunne ta dette opp, må det skapes en god relasjon mellom sykepleier og pasient. Denne relasjonen er avhengig av en god kommunikasjon som er preget av gjensidig respekt.

I løpet av denne oppgaven har jeg lært at man må behandle denne pasientgruppen med respekt for å kunne skape en god kommunikasjon. Man må våge å snakke om temaet selv om det er ubehagelig, fordi det kan være nødvendig for pasienten å få svar på sine tanker og bekymringer. Hvis man som sykepleier ikke tar opp et slikt tema som er så sentralt i et menneskes liv, vil man ikke kunne gi dem beste behandlingen til pasienten. Dermed er min konklusjon at man må som sykepleier snakke om seksuell helse for å kunne ivareta den hjerterammende pasienten.

## 7 Bibliografi

- Ariansen, I., Selmer, R., Graff-iversen, S., Egeland, G., & Sakshaug, S. (2014, 30. Juni). Hjerte- og karsykdommer i Norge. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/Hjerte-kar/>
- Cronin, P., & Coughlan, M. (2017). *Doing a literature review in nursing, health care and social care*. London: Sage Publications inc.
- Dalland, O., & Trygstad, H. (2017). Kilder og kildekritikk. I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving* (6. utg., ss. 149-165). Oslo: Gyldendal.
- Driel, A., Hosson, M., & Gamel, C. (2013). Sexuality of patients with chronic heart failure and their spouses and the need for information regarding sexuality. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 13(3), 227-234. <https://doi.org/10.1177/1474515113485521>
- Eikeland, A., Stubberud, D.-G., & Haugland, T. (2016). Sykepleie ved hjertesykdommer. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (Red.), *Klinisk Sykepleie* (5. utg., ss. 229-280). Oslo: gyldendal Akademisk.
- Helland, Y. (2015). Seksualitet. I E. Grov, & I. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (ss. 861-886). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Hoekstra, T., Lesman-leegte, I., Couperus, M., Sanderman, R., & Jaarsma, T. (2012). What keeps nurses from the sexual counseling of patients with heart failure. *Heart & Lung: The Journal Of Critical Care*, 41(5), 492-499. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2012.04.009>
- Kolbe, N., Kugler, C., Schnepf, W., & Jaarsma, T. (2016). Sexual Counseling in Patients With Heart Failure: A Silent Phenomenon: Results From a Convergent Parallel Mixed Method Study. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 31(1), 53-61. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000215>
- Markhus, L., & Fålum, N. (2015, 4. Desember). Ingen snakker med meg om sex. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2015.55918>

- Martinsen, K. (1996). *Fenomenologi og omsorg tre dialoger*. Otta: Engers boktrykkeri A/S.
- Medina, M., Walker, C., Steinke, E., Wright, D., & Mosack, V. (2009, Desember 1). Sexual Concerns and Sexual Counseling in Heart Failure. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 24(4), 141-148. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7117.2009.00052.x>
- Røkenes, O., & Hanssen, P.-h. (2012). *Bære eller breste* (3. utg.). Oslo: Fagbokforlaget.
- Gamnes, S. (2016). Seksualitet og helse. I F. Nortvedt, N. Kristoffersen, & E.-A. Skaug (Red.). *Grunnleggende sykepleie Bind 2* (3. utg., ss. 373-405). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Stokland, O. (2015). I B. Bendz (Red.) *Kardiovaskulær intensivmedisin* (3. utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Stubberud, D.-G. (2015). Sirkulasjon. I E. Grov, & I. Holter (Red.), *Grunnleggende Kunnskap i klinisk sykepleie* (ss. 440-490). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Thidemann, I.-J. (2017). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter- Den lille motivasjonsboken*. Oslo: Universitetsforlaget.