



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSS9-H-2021-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	07-05-2021 00:00	Termin:	2021 VÅR
Sluttdato:	21-05-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 BSS9 1 H 2021 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	391
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7998
----------------------	------

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

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	96
Andre medlemmer i gruppen:	326

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

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

Nei

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

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Seksualitet etter hjerteinfarkt

Sexuality after myocardial infarction

Kandidatnummer 391 og 326

Sjukepleie

Institutt for helse-og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Innleveringsdato 21.05.2021

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.

«Om du er modig nok til å finne ut om pasienten baler med utfordringer i seksuallivet, må du være forberedt på å få behov opp i fanget som du ikke umiddelbart kan gå på medisinrommet eller på kjøkkenet for å løse» (Tholens, 2021)

Abstract

Title: Sexual health after myocardial infarction

Problem: How can nurses contribute to the care of patients' sexual health after a myocardial infarction?

Background: Myocardial infarction can lead to sexual dysfunctions. Patients are often in need of counselling and information regarding sexual health and sexual activity, but nurses may encounter various barriers that prevent them from addressing this issue. Lack of such guidance can lead to reduced quality of life.

Aim: The purpose of this thesis is to investigate how nurses can contribute to safeguarding patients' sexual health and activity in the aftermath of a myocardial infarction.

Method: This is a literature study. The thesis articles are found in in Cinahl, Medline (Ovid), and Cochrane Library.

Results: Our findings show that patients who have undergone a myocardial infarction do not receive enough information regarding sexual health and activity. They worry about resuming sexual activity and are in need of counselling. Nurses report several barriers to do so, such as a lack of organizational policy, lack of training and not knowing how to initiate the subject.

Conclusion: In order to safeguard patients' sexual health, it is important that nurses provide guidance and counseling in sexual health and activity. To do this, they should acquire sufficient knowledge and expertise about this topic, which should also be ensured at an organizational level and during the educational process.

Keywords: myocardial infarction, nursing, sexual counselling, sexuality, cardiovascular disease, heart attack, sexual dysfunction female, sexual dysfunction male, sexual health, sexual dysfunction, sexual difficulty and sexual problems.

Innholdsfortegnelse

1.0 Introduksjon	6
1.1. Bakgrunn for valg av tema	6
1.1.1 Norsk strategiplan for seksuell helse	7
1.2 Problemstilling	8
1.3 Begrepsavklaringer	8
1.4 Avgrensning og presisering av problemstillingen	8
2.0 Teori	9
2.1 Hjerteinfarkt.....	9
2.2 Seksuell dysfunksjon	9
2.2.1 Medikamentelle faktorer.....	10
2.3 Grunnleggende behov - Virginia Henderson.....	10
2.4 Sykepleierens rolle og profesjonens helsefremmede ressurser	11
2.4.1 Salutogenese og empowerment.....	12
2.5 Utdanning	13
2.6 PLISSIT som et kommunikasjonsverktøy.....	13
3.0 Metode	14
3.1 Hva er metode	14
3.1.1 Litteraturstudie som metode.....	15
3.2 Søkeprosess	15
3.2.1 Beskrivelse av databaser.....	16
3.2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	16
3.3 Kilde- og metodekritikk	17
3.3.1 Svakheter ved de ulike studiene.....	17
3.4 Ethiske vurderinger	19
4.0 Resultat	20
4.1 Seksuell helse og seksuell aktivitet etter hjerteinfarkt	20
4.2 Barrierer mot å diskutere seksualitet med pasientene.....	21
4.3 Nytte av seksuell rådgivning/veiledning	22
5.0 Drøfting	23
5.1 Seksuell helse og seksuell aktivitet etter hjerteinfarkt	23
5.2 Barrierer mot å diskutere seksualitet med pasientene.....	26
5.3 Nytte av seksuell rådgivning/veiledning	29
5.4 Drøfting av metode.....	30
6.0 Konklusjon	30
7.0 Referanseliste	32

VEDLEGG:	35
<i>Vedlegg 1 – PICO skjema</i>	<i>35</i>
<i>Vedlegg 2 - Søkehistorikk</i>	<i>36</i>
<i>Vedlegg 3 – Flytskjema</i>	<i>38</i>
<i>Vedlegg 4 – Resultatmatrise</i>	<i>39</i>

1.0 Introduksjon

Denne bacheloroppgaven omhandler hvordan vi som sykepleiere kan bidra til å opprettholde god seksuell helse hos pasienter i etterkant av et hjerteinfarkt. Gjennom å arbeide med dette tema ønsker vi å øke vår bevissthet og heve vårt kompetansenivå, fordi vi mener det vil styrke oss i vårt fremtidige arbeid som sykepleiere.

I dette kapitlet vil vi begrunne hvorfor vi synes det er et viktig tema innenfor grunnleggende sykepleie, presentere vår problemstilling, og presisere hvilke avgrensninger vi har valgt.

1.1. Bakgrunn for valg av tema

Siden 2001 har sykepleiere vært lovpålagt å dokumentere helsehjelp. Den skal være målrettet, systematisk og bidra til kvalitet i behandlingsforløpet (Sykepleiernes forum for I. K. T. og dokumentasjon, 2007, s. 8, 10-11). DIPS (Distribuert Informasjons- og Pasientdatasystem i Sykehus) er det mest moderne elektroniske pasientjournalssystem i norsk helsevesen (DIPS, u.å.) og består av 12 punkter, hvor nummer 9 omhandler emne seksualitet/reproduksjon (Sykepleieprosessen, u.å.). Som studenter, både under praksisperioder på et universitetssykehus og i helserelatert arbeid ved siden av studiet, opplevde vi svært begrenset kartlegging av dette tema. På bakgrunn av dette ønsket vi å undersøke nærmere hvorfor det ikke har større fokus i praksis.

Sykepleiere kommer svært tett på pasienter, både fysisk og psykisk. Vi vasker deres underliv, vi legger inn kateter, vi støtter emosjonelt og gir omsorg, alt i et ønske om å kunne gi best mulig helhetlig pleie. Vi skal møte pasienter der de er, vi skal se dem, også forbi deres somatiske utfordringer, og ta vare på deres nærmeste pårørende. Det er et omfattende yrke hvor medmenneskelighet og evne til empati, kombinert med god faglig og evidensbasert kunnskap står som sterke grunnpilarer. Seksualitet er en viktig del av menneskers identitet og må settes på dagsordenen på lik linje med pasienters andre grunnleggende behov (Kristoffersen, 2016c, s. 373, 377).

Pasienter med akutt kardiovaskulære sykdommer ønsker rådgivning og informasjon om seksuell funksjon, og risiko for hjerteinfarkt ved gjenopptakelse av seksuell aktivitet. Dette støttes opp av kvalitative studier som European Society of Cardiology (ESC), Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions (CCNAP), og American Heart Association (AHA), viser til (Steinke et al., 2013, s. 2077). Konsensusdokumentet til Steinke et al. (2013) anbefaler seksuell rådgivning til pasienter rammet av akutt kardiovaskulær sykdom (Steinke et al., 2013, s. 2076).

1.1.1 Norsk strategiplan for seksuell helse

Regjeringens strategiplan drøfter status for seksuell helse i Norge. Selv om det er gjort skritt i riktig retning det siste tiåret, har den økende oppmerksomheten også tydeliggjort forskjeller i helsetjenesten og behovet for fokus på seksuell helse. Denne strategiplanen er, blant annet, rettet mot de som jobber i helse- og omsorgstjenesten. Det understrekes at kunnskap og bevissthet rundt temaet er elementært for at seksuell helse skal kunne anerkjennes som en helsefremmende ressurs (Snakk om det!, 2016, s. 7, 26)

I strategiplanen legges det frem flere punkter for å ivareta den seksuelle helsen til det norske folk. Noen av disse skal:

- «(...) sikre mennesker i alle aldre god kunnskap og nødvendig kompetanse til å ivareta egen seksuell helse»
- «sikre kunnskap om og ivaretagelse av seksuell helse i helse- og omsorgstjenesten»
- «sikre at helsepersonell respekterer og forstår brukere og pasienters seksuelle behov». (Snakk om det!, 2016, s. 8)

1.2 Problemstilling

«Hvordan kan sykepleiere bidra til å ivareta pasienters seksuelle helse i etterkant av et hjerteinfarkt?»

1.3 Begrepsavklaringer

Verdens helseorganisasjon presiserer at seksuell helse er et grunnleggende behov for helhetlig helse (World Health Organization, u.å.), og definerer begrepet som:

Seksuell helse er en tilstand av fysisk, følelsesmessig, mental og sosial velbefinnende i forbindelse med seksualitet. Det er ikke alene fravær av sykdom, dysfunksjon eller handicap. Seksuell helse krever en positiv og respektfull tilgang til seksualitet og seksuelle forhold, herunder også muligheten til å ha lystfylte og sikre seksuelle opplevelser, frie for tvang, diskriminering og vold. For å oppnå og opprettholde seksuell helse må det enkelte individs rettigheter respekteres, beskyttes og oppfylles. (Berteussen et al., 2021)

Vi har i denne oppgaven valgt å fokusere på pasienters seksuelle helse i tråd med denne definisjonen. Vi understreker at seksualitet ikke kun omhandler evne til å utføre samleie og oppnå orgasme, men som et grunnleggende behov for helhetlig velbefinnende, både fysisk og psykisk.

1.4 Avgrensning og presisering av problemstillingen

For å avgrense problemstillingen har vi valgt å fokusere på pasienter over 50 år, uavhengig av kjønn, som har gjennomgått et hjerteinfarkt, og deres seksuelle helse i etterkant av dette. Oppgaven sentrerer seg rundt faktorer som kan tenkes å hindre sykepleiere i å ta opp dette tema med sine pasienter, pasienters kunnskapsnivå og hva de selv rapporterer at de har behov for, og den reelle risikoen seksuell aktivitet har på det kardiovaskulære systemet. Vi anerkjenner gode kommunikasjonsferdigheter som høyst nødvendig, men har valgt å ikke fordype oss i

dette. Vi vil derimot belyse individrettede tiltak, både mot pasientene selv og til sykepleiere på et organisatorisk nivå.

2.0 Teori

I dette kapitlet vil vi presentere teori som er relevant for vår problemstilling, for å opparbeide kunnskap før drøfting og konklusjon, samt begrunne hvorfor dette er et aktuelt tema i grunnleggende sykepleie.

2.1 Hjerteinfarkt

Hjertets funksjon er å frakte blant annet oksygenrikt blod til vev og organer i kroppen, og mottar sin blodforsyning fra koronararteriene som omkranser hjertemuskelen (Sjaastad & Toverud, 2018, s. 350) . I oppløpet til et hjerteinfarkt kan denne blodtilførselen bli hindret ved at det dannes aterosklerotisk plakk som skaper en innsnevring i karlumen. Hjerteinfarkt inntreffer når det aterosklerotiske plaketten brister og skaper dannelse av trombin, avleiring av fibrin og blodplateaggregasjon. Denne kjedereaksjonen danner en trombe (blodpropp) som skaper en delvis eller fullstendig stans i blodforsyning til hjertemuskulaturen. Alvorlighetsgraden av hjerteinfarkt korrelerer med hvor lenge myokardcellene forblir uten oksygentilførsel (Almås et al., 2016, s. 242-243).

2.2 Seksuell dysfunksjon

I litteratur som omhandler hjerte- og karsykdom og seksualitet dukker begrepet seksuell dysfunksjon opp. Seksuell dysfunksjon kan defineres som er seksuelle problemer som kommer av fysiske, psykiske og interpersonelle årsaker, som fører til at pasienter ikke er tilfredse med egen seksualfunksjon (Lonnée-Hoffmann et al., u.å.).

Etter et hjerteinfarkt opplever mer enn halvparten av denne pasientgruppen problemer med seksuell helse (Forsberg et al., 2008, s. 12). Kropp, partnerrelasjon og psyke er nøkkelord når kvinner opplever seksuell dysfunksjon, og dette gjelder over 70% av kvinner etter gjennomgått menopause. Det kan utarte seg ved at man

ikke oppnår orgasme, opplevelse av nedsatt evne til seksuell opphisselse og fravær av lyst. Dette igjen fører til tørr skjede og i noen få tilfeller, smerte ved samleie (dyspareuni). Disse dysfunksjonene forsterkes ved hjertesykdom og kan ytterligere forverres om partner ikke er støttende (Forsberg et al., 2008, s. 13).

Seksuell dysfunksjon hos menn knyttes ofte til ereksjonssvikt. Ifølge Landsforeningen for hjerte og lungesyke (2008) forårsakes dette av at aterosklerotisk plakk tetter igjen de trange arteriene som forsyner penis med blod, noe som ofte inntreffer i forkant av et hjerteinfarkt. Dysfunksjonene viser seg gjennom avtagende samleie hyppighet og mindre nytelse, at angsten står i fokus, og at pasienten ikke lenger hengir seg til nytelse (Forsberg et al., 2008, s. 12, 15).

Problematikk som hindrer pasienter med hjertelidelse å gjenoppta seksuell aktivitet kommer altså ikke bare av fysiologiske endringer, men påvirkes også av psykologiske faktorer. Frykt for et nytt hjerteinfarkt, generell angst og depresjon, endret selvbilde, bekymret partner eller at man ikke føler seg god nok for partner trekkes frem (Steinke et al., 2013, s. 2077, 2079).

2.2.1 Medikamentelle faktorer

Legemidler for behandling av hjerte- og karsykdommer kan påvirke seksuell funksjon og lyst (Snakk om det!, 2016, s. 45). Pasienter som har gjennomgått et hjerteinfarkt rapporterer seksuell dysfunksjon knyttet til hjertemedisin, som for eksempel ved bruk av betablokkere og diuretika, og at dette kan utarte seg som nedsatt libido, erektil dysfunksjon og tørrhet i skjeden. Det bør derfor gis rom for at pasienter kan melde fra om symptomer slik at det kan gjøres medikamentelle endringer for å kunne minske bivirkninger (Kristoffersen, 2016b, s. 405; Steinke et al., 2013, s. 2084).

2.3 Grunnleggende behov - Virginia Henderson

Virginia Henderson (1897-1996) var en av de første til å utvikle en allmenn teori om hva grunnleggende sykepleie er (Kirkevold, 2020). Hun mente at målet er å hjelpe pasienter til størst mulig grad av selvstendighet gjennom å kompensere for eventuelle svikt, ved å sørge for at deres grunnleggende behov blir ivaretatt

(Kristoffersen, 2016c, s. 26). Hun presiserte at sykepleie er en svært sammensatt aktivitet som inkluderer hodet, hjerte og kroppen i hele mennesket. Den er enestående i måten disse egenskapene blir blandet sammen hos en sykepleier, og skaper noe helt spesielt i utøvelsen av profesjonen (Henderson, 2011, s. 12, 13). Hun blir beskrevet som en behovsteoretiker; en som forsøker å forklare hva menneskets grunnleggende behov innen faget sykepleie er, noe hun etter hvert oppsummerte til 14 punkter som ble grunnlaget for International Council of Nursing (ICN) sin sykepleiepraksis. (Henderson, 2011, s. 5).

Av disse 14 punktene er to av de relevant for vår problemstilling:

Punkt 10 presiserer «å hjelpe pasienten å få kontakt med andre og med å gi uttrykk for sine behov og følelser». Grunntanken er at psyken og kroppen er uatskillelige og er i et kontinuerlig samspill som påvirker hverandre. Ved å vise forståelse og tilegne seg tillit fra pasient og pårørende kan sykepleier hjelpe pasienter med overkomme psykologiske aspekter som sykdom kan medføre (Henderson, 1997, s. 52, 54).

Punkt 14 går ut på «å hjelpe pasienten å lære». Sykepleieren er pliktig til å gi helseveiledning, hvor målet er at pasienten selv skal kunne gjenvinne helse ut ifra egen tilstand (Henderson, 1997, s. 63-64, 67)

2.4 Sykepleierens rolle og profesjonens helsefremmede ressurser

I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere presiseres det blant annet at man skal fremme helse, mestring og kunne gi helhetlig omsorg på et individuelt plan. Retningslinjene legger også føringer for at sykepleiere skal jobbe kunnskapsbasert og holde seg faglig oppdatert innen sitt fagområde (Norsk Sykepleierforbund, 2019)

Sykepleierne kommer tett på pasientene og kan dermed skape tillit og rom for dialog rundt seksuell helse (Kristoffersen, 2016b, s. 401; Rygg & Mårtensson, 2016). Helsebiblioteket henviser til ESCs retningslinjer for hjerteinfarkt. I deres tilleggsdata om seksualitet presiseres det at helsepersonell burde ta opp temaet seksuell aktivitet, tilby anbefalinger og rådgivning til sine pasienter (Collet et al., 2020, s. 1335). Kristoffersen skriver at informasjon om seksuell helse bør inneholde

muligheter og begrensninger knyttet til pasientens sykdom. (Kristoffersen, 2016b, s. 395). Ifølge lovverket skal sykepleiere informere pasienten om konsekvenser av behandling, dette gjelder også hvordan behandling kan påvirke den seksuelle helse (Kristoffersen, 2016b, s. 401). Plikten til å informere er lovfestet i helsepersonelloven kap 2 §10 etter brukerrettighetsloven §§3-2 til 3-4 (Helsepersonelloven, 1999)

2.4.1 Salutogenese og empowerment

Ved å bruke salutogenese som en helseressurs, endrer man fokus fra patologien og årsaker til sykdom, til hvilke faktorer som fremmer helse. Dette er grunnlaget i den israelske sosiologen Aron Antonovsky sin forskning (Tveiten, 2020, s. 21).

Antonovskys salutogene modell legger vekt på menneskets holdning og ressurser til å mestre vanskelige livshendelser, som kan komme av sykdom. Hver enkelt persons evne til å møte og stå i en belastende situasjon er relatert til deres opplevelse av sammenheng (OAS). Denne holdningen kalte Antonovsky for «sense of coherence» (SOC), og er knyttet til at pasienten opplever situasjonen som forståelig, håndterlig og meningsfull (Kristoffersen, 2016a, s. 53; Lønne, 2019; Tveiten, 2020, s. 22). Forståelse kan oppnås ved å svare på pasienten sine spørsmål, som gir trygghet og kontroll i tilværelsen. Mestringsmuligheter, forutsigbarhet og at pasienten er klar over mulighetene for å motta hjelp gjør at situasjonen kan oppleves som håndterlig. Bak opplevelsen av mening er det ulike faktorer som spiller inn hos den enkelte, hvor det viktigste er at pasienten selv «knytter mening til noe eller noen i sin livssituasjon, selv om den er vanskelig» (Kristoffersen, 2016a, s. 54).

Empowerment knyttes til det salutogene begrepet (Lønne, 2019), og WHO definerer det som en «egenomsorgsstrategi som fremmer helseeffekter og livskvalitet» (Tveiten, 2020, s. 38). WHO vektlegger tre helsefremmende prinsipper som omhandler brukermedvirkning, maktfordeling, og anerkjennelse av pasientens egen kompetanse på seg selv (Tveiten, 2020, s. 33). Empowerment er en del av sykepleieprofesjonens helsefremmende funksjon, hvor samspillet mellom pasient og sykepleier er i en positiv og dynamiske prosess, som kan utvikle mestringssevne og handlingskompetanse hos pasienten. Ved å øke kunnskapsnivået og ferdigheter

bidrar sykepleier til at pasienten kan ta positive valg for å fremme egen helse (Kristoffersen, 2016c, s. 352-354; Tveiten, 2020, s. 37-38).

2.5 Utdanning

I de nasjonale retningslinjene for sykepleierutdanning, i kapittel 2. §4 og §5, står det at sykepleiere skal ha “bred kunnskap om menneskets grunnleggende behov”, og de skal kunne anvende dette i praksis gjennom “å systematisk observere, vurdere, beslutte, iverksette og dokumentere hensiktsmessige sykepleietiltak, samt evaluere effekten av disse og justere ved behov” (Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning, 2019). Regjeringens strategiplan stadfester at det på flere plan må jobbes aktivt for å oppnå et tilfredsstillende nivå når det gjelder tematisering og kommunikasjon om seksualitet i utdanning og i helse- og omsorgstjenesten. Dette kan gjøres ved å fokusere på seksuell helse i grunn- og videreutdanning, og ved å arrangere fagdager, seminarer for ansatte i helse- og omsorgstjenesten (Snakk om det!, 2016, s. 27, 43-44).

2.6 PLISSIT som et kommunikasjonsverktøy

Sykepleiere og annet helsepersonell har flere verktøy å ta i bruk for å snakke om seksualitet med sine pasienter. Noen eksempler er ALARM, PLEASURE, BETTER og PLISSIT. Sistnevnte er den vanligste modellen å bruke, og regjeringen henviser til denne i sin strategiplan (Arnesen et al., 2018; Snakk om det!, 2016, s. 26). Modellen ble utviklet av den amerikanske sexologen Jack Annon i 1976. Modellen består av fire nivåer, som tar for seg hvordan man skal vurdere og imøtekomme ulike grader av seksuelle problemer. Noen av trinnene kan overlape hverandre. De to første nivåene bør være en del av praksisen til alle sykepleiere og regnes som enkle å ta i bruk (Sundbeck, 2013, s. 30). Regjeringen stadfester at helsepersonell med 3-årig grunnutdanning skal kunne anvende disse (Snakk om det!, 2016, s. 26).

PLISSIT står for Permission (tillatelse), Limited Information (begrenset informasjon), Specific Suggestions (spesifikke forslag) og Intensive Therapy (intensiv terapi) (Kristoffersen, 2016b, pp. 399-400).

Det første nivået, tillatelse (P), handler om å skape rom for dialog angående seksualitet. Pasienten skal føle at det er greit/trygt å spørre spørsmål knyttet til egen seksualitet og seksuell helse.

På det andre nivået, begrenset informasjon (LI), mottar pasienten kortfattet og generell informasjon rundt seksuell helse og seksualitet. Dette nivået kan omhandle effekt av behandling eller legemiddelbivirkninger. Informasjon tilpasses pasienten sine spørsmål eller problematikk.

På det tredje nivået, spesifikke forslag (SS), gis konkrete anbefalinger og løsninger utfra pasientens opplevde problematikk rundt egen seksualitet og seksuelle helse. Dette kan være/gjelde samleiestillinger, preparatbytte eller henvisning til relevante instanser for opplevd problem. Her bør sykepleier tilegne seg kunnskap utover grunnutdanning eller ha erfaring innenfor gitt område.

Dette siste nivået, intensiv terapi (IT), tar for seg komplekse og alvorlige seksuelle problemer. Dette nivået krever spesialkompetanse i form av psykoterapi (Kristoffersen, 2016b, s. 399-400; Sundbeck, 2013, s. 30).

3.0 Metode

I dette kapittelet vil vi gjøre rede for hva metode er, beskrive hvilken metode vi har valgt å bruke i oppgaven vår og belyse kilde- og metodekritikk. Vi vil også presisere vår søkeprosess, og avslutter med å vise til hvordan vi etter beste evne har prøvd å opprettholde etiske vurderinger.

3.1 Hva er metode

Metode beskrives som en systematisk fremgangsmåte for å samle inn informasjon og kunnskap som skal belyse en gitt problemstilling (Thidemann, 2019, s. 74). Den stiller krav til ærlighet og sannhet, og forteller oss hvordan vi kan gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap (Dalland, 2020, s. 53). Metoden som er brukt skal synliggjøres i oppgaven for å vise troverdighet ved at funn, argumenter og

drøftinger kan etterprøves eller kontrolleres av andre (Grønseth & Jerpseth, 2019, s. 31).

3.1.1 Litteraturstudie som metode

Denne bacheloroppgaven benytter litteraturstudie som metode. Det er en systematisk innsamling av relevant kunnskap og eksisterende forskning, innenfor et bestemt emne, for å belyse en gitt problemstilling. Prosessen er planlagt, begrunnet, dokumentert og skal være etterprøvbart (Thidemann, 2019, s. 82). Oppgaven bør inneholde en klar problemstilling, omfattende og beskrivende søkestrategi, tydelige inklusjons- og eksklusjonskriterier, og kritisk vurdering av inkluderte artikler (Systematisk oversikt, 2016). Til slutt blir resultatene sammenfattet, presentert og diskutert i lys av problemstillingen sammen med relevant teori.

3.2 Søkeprosess

Vi begynte med å konkretisere en midlertidig problemstilling og utformet relevante søkeord som vi assosierte med denne. Ved å ta i bruk PICO-skjema spesifiserte vi søkeordene ytterligere (vedlegg 1), og for å finne riktig fagterminologi på engelsk brukte vi søkemotoren Mesh.

Vi startet vår søkeprosess med å foreta et par usystematiske søk, på både norsk og engelsk, på Oria, Google, Google Scholar og Sykepleien.no for å se hvilke treff vi fikk. Dette ga oss en innsikt og overfladisk oversikt over temaet vi har valgt. Når dette var gjort valgte vi å søke strategisk og systematisk i databasene Medline, CINAHL og Cochrane Library med søkeordene «myocardial infarction», «nursing», «sexual counselling», «sexuality», “cardiovascular disease”, “heart attack”, «sexual dysfunction female”, “sexual dysfunction male”, “sexual health”, “sexual dysfunction», «sexual difficulty» og «sexual problems». Dette resulterte i 54 artikler.

Etter å ha lest overskrifter og abstract ble disse redusert til 14 artikler som vi leste i fulltekst. Ti av disse møtte ikke våre inklusjonskriterier, og vi satt igjen med fire fagfelleverderte forskningsartikler som vi har kritisk vurdert, og som legger grunnlaget for funn og diskusjon i denne oppgaven.

En redegjørelse for vårt litteratursøk er lagt ved som vedlegg 2 og et oversiktlig flytskjema som vedlegg 3.

3.2.1 Beskrivelse av databaser

Cinahl inneholder referanser til artikler i rundt 3000 engelskspråklige tidsskrifter innenfor helsefagene sykepleie, fysioterapi, ergoterapi og andre tilsvarende emner. Informasjonen går tilbake til 1981 og oppdateres hver måned (Underdal, 2013).

Medline (Ovid) er verdens største database og administreres av National Library of Medicine som er basert i USA. Den består av 4000 sentrale medisinske tidsskrifter og inneholder informasjon fra 1966 og frem til i dag (Aabakken, 2021)

Cochrane Library er verdens fremste database for oppsummert forskning og inneholder systematiske oversikter og metaanalyser som viser effekten av ulike tiltak (Cochrane Library, 2015)

3.2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

For å finne relevant faglitteratur for vår problemstilling valgte vi å ekskludere og inkludere enkelte kriterier. Dette hjalp oss i å ytterligere strukturere og systematisere søket vårt.

Inklusjonskriterier vi har benyttet er:

- Pasienter over 50 år som har gjennomgått et hjerteinfarkt
- Artikler som inkluderer begge kjønn
- Fagfellevurderte artikler og studier
- Databaser som er tilgjengelig via Høgskulen på Vestlandet sin egen nettside
- Både primær- og sekundærstudier

Eksklusjonskriterier vi har benyttet er:

- Artikler som er eldre enn ti år
- Studier som omhandler pasienter med hjerteinfarkt under 50 år

- Litteratur på andre språk enn engelsk og norsk

3.3 Kilde- og metodekritikk

Forskningen som er anvendt i denne litteraturstudien er fagfellevurdert og er derfor godkjent for publisering av eksperter innen samme fagfelt. Tre av de fire inkluderte artiklene er publisert i tidsskriftene “Journal of Cardiovascular Nursing”, “Journal of Clinical Nursing” og “Heart & Lung”, den siste systematiske oversiktsartikkelen er fra Cochrane Library.

Alle artiklene er funnet via medisinske og sykepleiefagligedatabaser, de er publisert i nyere tid hvor den tidligste er fra 2012 og den seneste artikkelen er fra 2016. For å kvalitetsvurdere artiklene har vi har brukt sjekklister fra Helsebiblioteket som forsikrer god kvalitet på studier.

Fordi alle artiklene er skrevet på engelsk er det derfor en mulighet for at noe innhold og meninger har blitt feiltolket. Vi har etter beste evne brukt ordbøker på nett for å unngå dette problemet.

Hoekstra et al. (2012) og Brännström et al. (2014) er begge primærstudier hvor forfatterne har samlet inn data ved bruk av spørreskjema. Artikkelen til Bispo et al. (2013) er en «integrative literature review», en sekundærstudie som har den fordel at den dekker et større datagrunnlag ved å ha flere inklusjonskriterier og få eksklusjonskriterier. Samtidig tyder dette på at det ikke eksisterer mye klinisk forskning på tema. Det kan også tenkes at noe av resultatene fra de originale primærstudiene den baserer seg på kan være mistet eller feiltolket underveis. Den fjerde artikkelen vår er en systematisk oversiktsartikkel fra Cochrane Library (Byrne et al., 2016) som har oppsummert resultater fra tre randomiserte kontrollerte studier (RCT), og står derfor øverst i kunnskapspyramiden (Kildevalg, 2016).

3.3.1 Svakheter ved de ulike studiene

Forfatterne påpeker ulike svakheter ved sine egne studier som vi har tatt hensyn til.

Artikkelen til Brännström et al. (2014) opplyser ikke hvorvidt pasientene og deres partnere fikk mulighet til å stille egne spørsmål. Det er mulig at dette kunne påvirket resultatene. Det første spørreskjema ble sendt ut en måned etter hjerteinfarkt. Det er derfor usikkert om pasientene og deres partnere kan ha mottatt informasjon om seksuell helse og aktivitet under det første sykehusoppholdet, og/eller fra andre enn helsepersonell (Brännström et al., 2014, s. 338).

I studien til Bispo et al. (2013) påpeker forfatterne at det finnes få studier som avdekker risiko for kardiovaskulære endringer under seksuell aktivitet, og at de ikke fant forskning som inneholder klinisk utprøving. Den konkluderer med at det er behov for mer forskning på tema, også for å bekrefte funnene som artikkelen trekker frem (Bispo et al., 2013, s. 3529).

Artikkelen til Hoekstra et al. (2012) omhandler hvilke barrierer som hindrer kardiologiske sykepleiere i å adressere seksuell helse og aktivitet med sine pasienter med hjertesvikt (Hoekstra et al., 2012, s. 492). Det kan tenkes at resultatene av denne studien kunne fått ett annet utfall hvis spørreskjema var rettet direkte til pasienter med hjerteinfarkt, og ikke hjertesvikt som inkluderer en større pasientgruppe med varierende alvorlighetsgrad.

Byrne et al. (2016) poengterer at alle funn er av lav kvalitet (Byrne et al., 2016, s. 4). Den viser til høy risiko for bias ettersom bruk av blinding ikke var mulig, og at svarene derfor kan være subjektivt rapportert (Byrne et al., 2016, s. 20). Resultatene kan dermed være unøyaktig fordi deltakerne kan holde tilbake informasjon eller svare selektivt. Andre faktorer som belyses er at data fra en av de inkluderte RCT studiene går tilbake til 1977-1979, at antall deltakere i den andre RCT studien var for lavt til å fange opp mindre men signifikante effekter, og at i den tredje inkluderte RCT studien var alle deltakerne gift, utdannet og hvit, som gir studien en lav ytre validitet (Byrne et al., 2016, s. 21). Diverse medikamenter, behandlingsmetoder og eventuelle endringer i praksis kan være endret siden slutten av 1970-tallet. Derfor er det usikkert om disse resultatene fremdeles er relevante i dag.

3.4 Etiske vurderinger

Helsinkideklarasjonen fra 1964 er den mest sentrale profesjonsnorm for medisinsk forskning i dag og har stor respekt både internasjonalt og i Norge. Den ble utformet av World Medical Association (WMA) i Finland som en følge av 2. verdenskrigs forskningsetiske overtramp mot svake grupper, og slår fast at forskning skal følge aksepterte vitenskapelige normer og utføres av vitenskapelig kvalifiserte mennesker. Prinsipper om pasienters medvirkning, informasjon og samtykke står sentralt. Siden 1964 har den blitt revidert ni ganger, sist i 2013 hvor åpenhet rundt finansiering vektlegges (Førde, 2014; Helsinkideklarasjonen, 2012).

Nasjonale forskningsetiske retningslinjer definerer forskningsetikk som “verdier, prinsipper, normer og institusjonelle ordninger, som til sammen bidrar til å konstituere og regulere vitenskapelig virksomhet”. Det er et krav til samtlige som driver med forskning innen medisin og helsefag at de følger retningslinjer og veiledere, både nasjonale og internasjonale. Dette er rettesnorer for etisk og ansvarlig forskning som omfatter god vitenskapelig praksis, ansvar for de inkluderte grupper og/eller individer i forskningen, og ansvar for anvendelse av forskningen i samfunnet (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2018).

Et kvalitetskriterium for de inkluderte artikler i denne oppgaven er at forfatterne har gjort rede for etiske refleksjoner, som skal inkludere disse overordnede prinsipper:

- Alle personer som er inkludert i forskning skal behandles med respekt.
- Forskere skal etterstrebe at arbeidet gir gode konsekvenser.
- Forskningsprosjektet skal være rettferdig utformet og utført.
- Forskeren skal ha integritet ved å følge anerkjente normer, opptre ansvarlig, åpent og ærlig over kollegaer og i offentlighet (Grønseth & Jerpseth, 2019, s. 90-91).

Vi har etter beste evne vurdert om dette er overholdt, samt prøvd å gjengi resultatene slik de er beskrevet i de ulike artiklene uten ytterligere fortolkninger. Begge kandidater har gjennomlest alle utvalgte artikler og vært særlig påpasselig med å oversette ordlyden fra engelsk til norsk på korrekt måte. Der hvor det har oppstått tvil, har vi begge gjennomgått artiklene i felleskap og diskutert oss frem til en enighet.

4.0 Resultat

I dette kapittelet redegjøres resultatene av de fire artiklene. Vi har identifisert følgende tema: seksuell helse og seksuell aktivitet etter hjerteinfarkt, barrierer mot å diskutere seksualitet med pasientene, og nytte av seksuell rådgivning/veiledning. En oversiktlig resultatmatrise over hver enkelt artikkel er presentert i vedlegg 4.

4.1 Seksuell helse og seksuell aktivitet etter hjerteinfarkt

Artikkelen til Brännström et al. (2014) avdekker at pasientenes kunnskapsnivå rundt seksuell helse og seksuell aktivitet ikke er tilfredsstillende ett år etter hjerteinfarkt, trass noe økning siden oppfølging en måned etter hendelsen (Brännström et al., 2014, s. 332). Kun halvparten av pasientene visste at sex generelt sett kan trygt gjenopptas innen få uker etter hjerteinfarkt (Brännström et al., 2014, s. 337). Studien konkluderer videre med at kun 41% av pasientene og 31% av deres partnere rapporterte å ha mottatt informasjon om seksuell helse og aktivitet 1 år etter hjerteinfarkt, hvor majoriteten i begge gruppene vurderte denne informasjonen som akseptabel eller tilfredsstillende (Brännström et al., 2014, s. 336).

Bispo et al. (2013) rapporterer seksuell dysfunksjon etter et hjerteinfarkt som redusert libido, sjeldnere samleie og ereksjonssvikt. De kan bli engstelig for angina, et nytt infarkt, utvikle depresjon og angst som en følge av sin nye diagnose, og påpeker at mangel på informasjon om den reelle risikoen under seksuell aktivitet påvirker seksuallivet negativt (Bispo et al., 2013, s. 3527). Dette støttes av Hoekstra et al. (2012) som konkluderer med at pasientene bekymrer seg for å gjenoppta seksuell aktivitet, og har behov for opplæring og veiledning rundt seksuell helse (Hoekstra et al., 2012, s. 496).

Bispo et al. (2013) har undersøkt hvilke kardiovaskulære endringer som kan oppstå under seksuell aktivitet (Bispo et al., 2013, s. 3522) og konkluderer med at samleie tilsvarer en fysisk belastning som å gå opp to etasjer med trapper. Forfatterne viser til metabolic equivalent of task (MET) som den vanligste kliniske måleenheten for energiforbruk, og påpeker at en spasertur tilsvarer 2 METs. Seksuell aktivitet i

preorgasmisk fase ligger på 2-3 METs og når sitt høyeste nivå på 3-4 METs under orgasme, som er nokså kortvarig. Studien understreker dermed at det totale energiforbruket er nokså lavt sammenliknet med en løpetur som ligger på 6-7 METs (Bispo et al., 2013, s. 3526-3527).

Pasienter som er i dårlig fysisk form og lever stillesittende liv har større risiko for å pådra seg et nytt hjerteinfarkt i sammenheng med seksuell aktivitet, fordi tung trening eller samleie kan aktivere det sympatiske nervesystemet til en høyere grad enn hos pasienter som trener regelmessig. Regelmessig fysisk aktivitet, gjerne et individuelt tilpasset program, har derfor en betydelig beskyttende effekt (Bispo et al., 2013, s. 3526-3528).

Risikoen for å utløse et nytt hjerteinfarkt eller arytmi er liten hvis seksuell aktivitet blir praktisert i et kjent miljø med en stabil partner, fri fra stress og uten et høyt inntak av mat og alkohol i forkant. Studien påpeker at arytmier oppstår sjelden under samleie, og skulle dette inntreffe er det sjelden dødelig (Bispo et al., 2013, s. 3527).

4.2 Barrierer mot å diskutere seksualitet med pasientene

Ifølge forfatterne av artikkelen til Bispo et al. (2013) er seksuell aktivitet fortsatt tabu å snakke om, og helsepersonell finner det for privat og intimt til å ta opp tema med sine pasienter (Bispo et al., 2013, s. 3523). Funnene til Hoekstra et al. (2012) bekrefter dette og konkluderer med at majoriteten av sykepleierne som jobber innenfor kardiologi (61%) sjelden eller aldri adresserer seksuell helse, trass at de fleste av deltakerne (75%) føler seg ansvarlig for å diskutere dette tema med sine pasienter (Hoekstra et al., 2012, s. 494). Når pasientene selv har spørsmål rettet mot seksualitet er det halvparten av sykepleierne som aldri henviser videre til andre yrkesgrupper, og 49% som sier at de gjør det av og til (Hoekstra et al., 2012, s. 494).

Bispo et al., (2013) presiserer at mangel på god seksuell helse kan bidra til økt ekteskapelige problemer, angst og/eller andre psykologiske problemer som kan affektere pasienters liv og velvære (Bispo et al., 2013, s. 3527). Dessverre er det mangel på slik veiledning, og barrierer som trekkes frem er mangel på kunnskap, ubehag ved å diskutere dette tema med pasienter, de føler det er invaderende i

pasienters privatliv, i tillegg til egne personlige tanker, atferd og holdninger (Bispo et al., 2013, s. 3528).

Hoekstra et al. (2012) konkluderer med flere barrierer som gjør at sykepleiere synes dette er et utfordrende tema å ta opp med sine pasienter. Manglende struktur og retningslinjer på avdeling blir nevnt som en av de mest fremtredende årsakene, som hindrer 67% av de spurte sykepleierne i å diskutere seksuell helse. Dette skyldes mangel på opplæring (42%), utfordringer relatert til kultur og religion (40%), og noen av deltakerne mener at pasientenes alder er til hinder (39%) (Hoekstra et al., 2012, s. 495).

Hoekstra et. al vurderer også de forskjellige barrierene hos sykepleiere som tar opp temaet, vs sykepleiere som ikke gjør det. De som diskuterer seksuell helse med sine pasienter trekker frem barrierer som hovedsakelig handler om faktorer rundt pasienten, som for eksempel etnisitet, kultur, religion, og at pasienten er for syk til en slik samtale. Sykepleierne som sjeldent eller ikke tar opp dette tema rapporterer barrierer basert på ytre faktorer, som mangel på opplæring og kunnskap, og at pasienten selv ikke tar opp tema. Det er små forskjeller i disse to gruppene, men en fellesnevner er at de sykepleierne som tar opp en diskusjon om seksuell helse med sine pasienter oftere rapporterer høyere utdanning eller kurs innen seksuell veiledning. Studien anbefaler bruk av standardiserte og valide spørreskjema for å initiere tema, eventuelt under en samtale om medikamenter (Hoekstra et al., 2012, s. 497-498).

4.3 Nytte av seksuell rådgivning/veiledning

Byrne et al. (2016) foretok et systematisk litteratursøk og inkluderte 3 randomiserte kontrollerte studier (RCT), totalt 381 deltakere, i sin oversiktsartikkel. Formålet var å måle om intervensjoner innenfor seksuell veiledning har en effekt på pasienter med kardiovaskulær sykdom. Alle deltakerne har vært innlagt på sykehus med hjerteinfarkt, og en av studiene inkluderte også pasienter som har gjennomgått koronar bypassoperasjon (Byrne et al., 2016, s. 2)

De forskjellige intervensjonene bestod i seksuell rådgivning utført av en seksualterapeut på totalt 5 timer (92 deltakere), en 15 minutters lang psykoedukasjonell video og utlevering av skriftlig informasjon på hvordan å gjenoppta seksuell aktivitet etter hjerteinfarkt (115 deltakere), og i den siste studien ble pasientene fulgt opp i et rehabiliteringsprogram som fokuserte på gjenopptakelse av seksuell aktivitet etter et hjerteinfarkt (174 deltakere) (Byrne et al., 2016, s. 2).

En av studiene rapporterte at 5 timer med seksuell rådgivning, her utført av helsepersonell med kunnskap innen seksualitet, hadde positiv effekt på økt seksuell funksjon og tilfredshet, og reduserte tiden det tok for pasienten å gjenoppta seksuell aktivitet i etterkant av sitt infarkt. Dette sammenliknet med kontrollgruppen som mottok standard behandling (Byrne et al., 2016, s. 3).

De to andre studiene fant ingen evidens på at seksuell veiledning i form av de forskjellige intervensjonene har effekt på hverken livskvalitet eller ekteskapelig tilfredshet. Seksuell funksjon og økt seksuell tilfredsstillelse gikk i favør til intervensjonsgruppen i to av studiene, men ikke i de andre (Byrne et al., 2016, s. 5).

5.0 Drøfting

I dette kapittelet vil vi drøfte vår problemstilling i lys av forskningsartiklene vi har inkludert i oppgaven, teori og våre egne vurderinger.

5.1 Seksuell helse og seksuell aktivitet etter hjerteinfarkt

Seksuell helse er i dag anerkjent som en helsefremmende ressurs av den norske regjeringen, som i 2016 utga strategiplanen "Snakk om det!" (2017 - 2022). Nåværende helseminister Bent Høie skriver i innledningen at seksualitet er en fantastisk kraft som kan gi god helse og livskraft, uavhengig av alder og sykdom (Snakk om det!, 2016, s. 3). Formålet er å bidra til et mer åpent og inkluderende samfunn hvor mangfold anerkjennes og tabu knyttet til seksualitet motvirkes (Snakk om det!, 2016, s. 8), og det tydeliggjøres at ansatte i helse- og omsorgstjenesten skal bidra til å ivareta norske menneskers seksuelle helse. Helsepersonell skal

anerkjenne pasienters seksuelle behov som en helsefremmende ressurs, og behovet for økt kompetanse og kunnskap i denne yrkesgruppen skal vektlegges (Snakk om det!, 2016, s. 26). Om dette er implementert i praksis på norske sykehus i dag kan derimot diskuteres. I tiden fremover vil det være behov for forskning som belyser om det har skjedd en endring i riktig retning.

Som WHO tydeliggjør i sin definisjon av begrepet seksuell helse innebærer det ikke et fravær av sykdom og/eller seksuell dysfunksjon, men er et behov for helhetlig fysisk, psykisk og sosialt velbefinnende (Berteussen et al., 2021). Det handler om nærhet, intimitet, kjærlighet og varme, som er viktige komponenter for god livskvalitet og kvalitet i parforhold. Seksuelle vansker er utfordrende for både pasienten og deres partner, og det presiseres i artikkelen til Bispo et al. (2013) at mangel på god seksuell helse kan få negative konsekvenser for parforholdet og gi andre psykologiske utfordringer som angst og depresjon (Bispo et al., 2013, s. 3527).

Ifølge Landsforeningen for hjerte og lungesyke opplever mer en halvparten av pasienter seksuell dysfunksjon i etterkant av et hjerteinfarkt (Forsberg et al., 2008, s. 12). Det kommer til uttrykk både som fysiologiske og psykologiske faktorer, hvor de mest belyste i litteratur vi har sett på er redusert libido (seksuell lyst), mangel på evne til ereksjon, dyspne, en overbeskyttende partner (Bispo et al., 2013, s. 3522), nedsatt evne til seksuell opphisselse, tørrhet i skjeden, manglende orgasme og dyspareuni (Forsberg et al., 2008, s. 13). Angst for angina, plutselig død, og å gjenoppleve et nytt infarkt står i fokus, og pasientene kan utvikle depresjon som en følge av sin nye diagnose (Bispo et al., 2013, s. 3527). Det kan tenkes at selvfølelsen og tillit til hjertes yteevne er redusert, og at pasientene føler et tap av kontroll over egen kropp. Vanlige medikamenter i behandling etter hjerteinfarkt kan også forsterke og/eller forårsake den seksuelle dysfunksjonen (Snakk om det!, 2016, s. 45). Skulle så være tilfelle kan pasient i samråd med lege revurdere hvilke medikamenter som egner seg best, eventuelt behandle den seksuelle dysfunksjonen med andre preparater.

Ifølge Hoekstra et al. (2012) bekymrer pasienter seg for å gjenoppta seksuell aktivitet og har behov for opplæring og veiledning innen seksuell helse (Hoekstra et al., 2012, s. 496). Funnene til Brännström et al. (2014) bekrefter dette ved å tydeliggjøre at kunnskapsnivået blant denne pasientgruppen og hos deres partnere er lavt ett år

etter hjerteinfarkt, og påpeker at halvparten av studiens deltakere ikke visste at sex generelt sett trygt kan gjenopptas innen få uker etter hjerteinfarkt (Brännström et al., 2014, s. 332, 337). Den viser til funn hvor kun 41% av pasientene og 31% av deres partnere rapporterte å ha mottatt informasjon om seksuell helse og aktivitet i løpet av det første året, og at denne ble vurdert som tilfredsstillende (Brännström et al., 2014, s. 336). Det er derfor nærliggende å anta at sykepleiere bør ha større fokus på å veilede denne pasientgruppen innen seksualitet i etterkant av et hjerteinfarkt, i håp om å bidra til økt bevissthet og livskvalitet. Det påpekes også at kunnskapsnivået steg noe fra 1 måneds oppfølging til 1 års oppfølging (Brännström et al., 2014, s. 336), og det kan derfor tenkes at sykepleiere som jobber innenfor rehabilitering har en viktig rolle i å informere hjertepasienter.

Frykt for et nytt hjerteinfarkt, som i verste fall kan resultere i plutselig død, trekkes frem som en faktor (Bispo et al., 2013, s. 3527). En årsak kan være mangel på kunnskap om hvor mye hjerte tåler av fysisk påkjenning. Det fremkommer i resultatene til Bispo et al (2013) at seksuell aktivitet tilsvarer en fysisk belastning som å gå opp to etasjer med trapper. Artikkelen konkluderer videre med at det totale energiforbruket er lavt hvis en sammenlikner med en løpetur (Bispo et al., 2013, s. 3526). I denne sammenheng er det viktig å påpeke at pasientens fysiske form er av betydning, ettersom tung trening eller samleie aktiverer det sympatiske nervesystemet på et høyere nivå hos inaktive mennesker. Det anbefales derfor regelmessig tilpasset trening, og påpekes at dette vil ha en beskyttende effekt (Bispo et al., 2013, s. 3526- 3528). Det kan tenkes å være hensiktsmessig å evaluere pasienters fysiske form, kartlegge risiko for angina og hjerteflimmer, samt vurdere seksuell dysfunksjon, i forkant av gjenopptagelse av seksuell aktivitet. Reduksjon av andre stressmomenter viser seg å være av betydning. Forfatterne av artikkelen til Bispo et al. (2013) belyser at inntak av mat og alkohol i forkant bør unngås. Videre fremhever den at samleie bør praktiseres med en fast partner i et kjent miljø, dette for å unngå emosjonelt stressende faktorer som kan forårsakes av utenomekteskapelige forhold (Bispo et al., 2013, s. 3527). Altså er det også psykiske hensyn som må tas for å hindre en over aktivering av kroppens sympatiske nervesystem som kan utløse en stressreaksjon.

Pasienter må betrygges gjennom å øke deres kunnskapsnivå rundt seksuell helse og aktivitet. Som forskningen påpeker tilsvarer den fysiske belastningen under samleie relativt hverdagslige aktiviteter, og kan stort sett trygt gjenopptas få uker etter et hjerteinfarkt (Bispo et al., 2013, s. 3526; Brännström et al., 2014, s. 337). Slik informasjon er viktig å få frem for å dempe pasienters og deres partners angst, og samtidig fremme seksuell helse som en ressurs for et godt parforhold og god livskvalitet.

5.2 Barrierer mot å diskutere seksualitet med pasientene

Viktigheten av økt kunnskapsnivå hos pasienter kommer til uttrykk i de konsekvensene mangel på kunnskap gir. Å trygge pasienter er viktig for seksuell helse, men det forutsetter at det blir startet en dialog mellom pasient og sykepleier. Sykepleiere kommer tett på pasientene og kan dermed skape tillit og rom for samtale om seksualitet og sykdom (Kristoffersen, 2016b, s. 401; Rygg & Mårtensson, 2016). Det er sett flere barrierer for å skape dette rommet rundt seksualitet. Sykepleiere opplever at de mangler kunnskap og opplæring rundt tema for å føle seg komfortabel nok til å starte en slik samtale (Hoekstra et al., 2012, s. 497).

Det fremkommer i strategiplanen til regjeringen «Snakk om det!» at det trengs å bedre kompetanse om seksuell helse og fremme det som en ressurs i helse- og omsorgstjenesten. Den legger vekt på at det fortsatt må jobbes for å bedre kompetansen i helseprofesjoners grunnutdanning, og at det må tematiseres i fagdager i helse- og omsorgstjenesten for å styrke kompetansen om seksuell helse (Snakk om det!, 2016, s. 27). Ved å ha forståelse for empowerment og salutogene begreper som omhandler fokusendring fra sykdom til faktorer som fremmer helse, kan man se sammenheng med å øke kunnskapsnivået hos pasienter for at de selv på best mulig måte kan ta valg som fremmer egen helse (Kristoffersen, 2016c, s. 352). Dette forutsetter økt kunnskapsnivå for sykepleiere også. Strategiplanen understreker at kunnskap og bevissthet rundt temaet er elementært for at seksuell helse skal kunne anerkjennes som en helsefremmende ressurs (Snakk om det!, 2016, s. 26).

Sykepleiere har plikt til å holde seg faglig oppdatert (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Dette er også gjeldende selv om man opplever kunnskapen som utilgjengelig. Vi har fortsatt et ansvar til å ta opp seksualitet med pasientene ettersom det er definert som et grunnleggende behov (World Health Organization, u.å.). Virginia Henderson belyser hvordan sykepleiere kan hjelpe til med å ta vare på pasienters grunnleggende behov. Dette omhandler blant annet å hjelpe de til å få kontakt med andre, og å kunne gi uttrykk for sine behov og følelser (Henderson, 1997, s. 52). Gjennom å vise forståelse og opprette tillit fra pasienten kan sykepleier bidra til å overkomme psykologiske aspekter, i dette tilfelle problematikk rundt seksualitet som sykdom kan medføre (Henderson, 1997, s. 54).

I studien til Hoekstra formidler 75% av sykepleierne som jobber innenfor kardiologi at de føler et ansvar for å ta opp seksuell helse, men at hele 61% sjeldent eller aldri praktiserer dette (Hoekstra et al., 2012, s. 494). Vår egen erfaring fra praksisperioder og i deltidsarbeid er at DIPS punkt 9 om seksualitet og reproduksjon (Sykepleieprosessen, u.å.), ofte ikke blir godt nok dokumentert utover relasjoner pasienten har, for eksempel ektefelle eller barn. Vi kan derfor støtte opp under at sykepleiere sjelden diskuterer seksuell helse med pasientene. Strategiplanen Snakk om det! skriver at helsepersonell ser viktigheten av å diskutere seksuell helse med sine pasienter, men undersøkelser viser til at dette blir neglisjert (Snakk om det!, 2016, s. 26).

Det fremkommer i studien til Hoekstra et al. (2012) at 67% av sykepleiere opplever at det er hinder for de å diskutere seksuell helse på grunn av manglende struktur og retningslinjer på avdelingen, og 42% legger også frem at det er manglende opplæring om temaet (Hoekstra et al., 2012, s. 495). Skal seksualitet fremmes som en helseressurs på kardiologiske avdelinger trengs det både støtte og positive holdninger på et høyere nivå, som avdelingsleder eller sykehusledelse. Vi vil sette lys på det organisatoriske planet og ser på det som viktig at sykepleiere ikke sitter med ansvaret alene, men at dette er lagt inn i sykehusets prosedyrer (Snakk om det!, 2016, s. 27).

Sykepleiere i studien til Hoekstra et al. (2012) mener at pasienter selv skal ta opp seksuell helse (Hoekstra et al., 2012, s. 497). Dette stiller vi oss kritiske til, da

sykepleie skal utøve en praksis som fremmer helse (Norsk Sykepleierforbund, 2019) og ESC sine retningslinjer for hjerteinfarkt som helsebiblioteket viser til, skriver at helsepersonell bør ta opp temaet om seksuell aktivitet med pasienter (Collet et al., 2020, s. 1335). Ut ifra dette stiller vi spørsmål om det er en sammenheng mellom følelsen av ansvar for å diskutere seksuell helse og kunnskapsnivå. Funnene til Hoekstra et al. (2012) viser til at de sykepleierne som diskuterer seksuell helse oftere hadde utdanning innenfor seksuell veiledning. En av barrierene som hindrer de sykepleierne som sjeldent eller aldri adresserer seksuell helse er manglende kunnskap (Hoekstra et al., 2012, s. 497). Dette tilsier at ved å heve kunnskapsnivået blant sykepleiere innen seksuell helse vil flere kanskje tilegne seg ansvaret og oppleve det som trygt å initiere en dialog om dette med sine pasienter. Helsepersonelloven stadfester at helsepersonell har plikt til å informere pasienter, dette gjelder også informasjon angående konsekvens av behandling, noe som også innebærer hvordan behandling påvirker den seksuelle helse (Kristoffersen, 2016b, s. 401).

Bispo et. al. (2013) trekker frem at helsepersonells personlige atferd, tanker og holdninger rundt seksualitet har noe å si for barrieren for å diskutere seksuell helse. Helsepersonell opplever det som invaderende, for intimt og ubehagelig å ta opp tema (Bispo et al., 2013, s. 3528). Studien til Hoekstra et al. (2012) underbygger faktorer ved sykepleiers personlige holdning da deres funn fremhever at pasientens etnisitet, religion og kultur oppleves som en barriere. Alvorlighetsgraden av sykdom og alder var også en påvirkende faktor (Hoekstra et al., 2012, s. 497). Sykepleiere ivaretar pasienter sine grunnleggende behov daglig i sin praksis. Det står nedført i yrkesetiske retningslinjer at sykepleiere skal sørge for at pasienten sitt behov for helhetlig omsorg dekkes på et individuelt nivå (Norsk Sykepleierforbund, 2019). En sykepleier kommer nært pasienter i svært intime situasjoner, dette kan blant annet innebære fysisk intimitet der man hjelper en pasient med å stille seg nedentil. Hvorfor klarer sykepleiere å hjelpe pasienter med stell av kjønnsorganer, men ikke å prate om funksjonen av dem?

For å initiere samtalen foreslår Hoekstra et al. (2012) bruk av validerte spørreskjema for å bryte disse barrierene (Hoekstra et al., 2012, s. 497). Regjeringen sin strategiplan og Sundbeck sin metodebok støtter bruken av PLISSIT – modellen som

et verktøy for å ta opp og snakke om seksualitet med pasienter. Sundbeck skriver at alle sykepleiere bør kunne bruke de to første trinnene i PLISSIT-modellen, altså P og LI (Snakk om det!, 2016, s. 26; Sundbeck, 2013, s. 30). Det vil si at det er forventet at pasienten skal føle på trygghet og åpenhet for å snakke om sin seksualitet, og få tildelt generell informasjon om seksuell helse i henhold til sin sykdom. Bruken av PLISSIT kan også fremme pasientens egen helse, ved å gi pasienten forståelse, som igjen gir trygghet og kontroll i tilværelsen (Kristoffersen, 2016a, s. 54). Forventningen om at sykepleier bare skal ta i bruk P og LI kan tilsi at sykepleier ikke skal gi noe form for terapi, men ved å tillate åpenhet og gi generell informasjon kan det ha en terapeutisk effekt for pasienten.

5.3 Nytte av seksuell rådgivning/veiledning

Studien til Byrne et al. (2016) konkluderer med at 5 timer seksuell veiledning utført av en seksual terapeut til hjertepasienter hadde positiv effekt på økt seksuell funksjon og tilfredshet. Den påpeker også at intervensjonen reduserte tiden det tok for denne pasientgruppen å gjenoppta seksuell aktivitet (Byrne et al., 2016, s. 3). Forfatterne av artikkelen fant ingen evidens på at de andre intervensjonene hadde effekt, sammenlignet med kontrollgruppen som mottok standard behandling. Det blir også belyst ulike bias som fører til lav kvalitet på alle funn (Byrne et al., 2016, s. 4), noe som gjør at vi stiller oss kritisk til dens indre og ytre validitet.

Sammenlignet med all annen litteratur vi har gjennomgått er det allikevel nærliggende å tro at intervensjon i form av seksuell rådgivning/veiledning kan ha positiv effekt på pasienter og deres partnerses seksuelle helse og livskvalitet. Forskning som ligger til grunn i denne oppgaven bekrefter at pasienter har et lavt kunnskapsnivå, at de bekymrer seg for seksuell aktivitet i etterkant av et hjerteinfarkt, og har et behov for at sykepleiere initierer til slik veiledning (Brännström et al., 2014, s. 332; Hoekstra et al., 2012, s. 496). At den norske regjeringen har utviklet en samlet strategiplan for seksuell helse (Snakk om det! 2017 – 2022) bekrefter dette ytterligere ved å påpeke at det er behov for et større fokus på tema (Snakk om det!, 2016, s. 7). Økt kompetanse blant helsepersonell, anerkjennelse av seksualitet som en helsefremmende ressurs, og å sikre pasienter kunnskap om seksualitet trekkes frem, som samsvarer med forskning vi har belyst. Med tanke på at 5 timer med

veiledning utført av personell med ekstra kompetanse innen seksualitet viste seg å ha en positiv effekt (Byrne et al., 2016, s. 3), stiller vi oss positiv til virkning av dette. Vi understreker igjen hvor elementært det er at sykepleiere får god opplæring og kunnskap om seksuell helse.

5.4 Drøfting av metode

Vi startet oppgaveprosessen med å søke etter faglitteratur i databasene CINAHL, Cochrane Library og Medline, som resulterte i 54 artikler. Basert på våre inklusjons- og eksklusjonskriterier ble flesteparten ekskludert og vi satt igjen med totalt 4 artikler som belyser vår problemstilling fra ulike vinkler. To av våre utvalgte artikler er sekundærkilder, og det kan derfor tenkes at noe av innholdet i den originale primærstudien kan være mistet eller feiltolket underveis. Søk i andre databaser kunne muligens resultere i flere primærstudier, eventuelt flere RCT studier.

Det kunne også vært hensiktsmessig og inkludert flere artikler som belyser en og samme vinkel av vår problemstilling for å se om de bekrefter og/eller utfyller hverandre, eventuelt påpeker flere elementer eller mangler. Dette kunne belyst våre resultater ytterligere gitt oss et enda større helhetlig overblikk.

6.0 Konklusjon

Det fremkommer at en stor andel av pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt opplever problematikk med seksuell helse knyttet til fysiologiske og psykologiske aspekter og man ser at pasientene har behov for informasjon. Sykepleiere er sentrale for at pasienter skal kunne gi uttrykk for sine behov og følelser også relatert til seksualitet. Forskning viser at sykepleiere på kardiologiske avdelinger har flere barrierer knyttet til det å ta opp seksualitet som tema med sine pasienter. Dette er knyttet opp mot kunnskapsnivå, opplæring og sykepleiers personlige holdninger. Sykepleiere skal i henhold til de yrkesetiske retningslinjer holde seg oppdatert på fagkunnskap, samtidig kan vi ikke forvente at sykepleiere alene skal implementere seksuell helse i helse- og omsorgstjenesten. Derfor ser vi at grunnutdanningens læreplan har forbedringspotensialer knyttet til seksuell helse. Kardiologiske

avdelinger må fremme seksuell helse på arbeidsplassen med retningslinjer, prosedyrer og fagdager. Videre etterlyser vi mer forskning i form av kliniske studier.

7.0 Referanseliste

- Aabakken, L. (2021). *MEDLINE*. Store medisinske leksikon. <https://sml.snl.no/MEDLINE>
- Almås, H., Stubberud, D.-G., Grønseth, R., & Toverud, K. C. (2016). *Klinisk sykepleie : 1* (5. utg. ed., Vol. 1). Gyldendal akademisk.
- Arnesen, H., Bendz, B., & Steigen, T. (2018, 14.09.18). *Hjerteinfarkt*. Store medisinske leksikon. <https://sml.snl.no/hjerteinfarkt>
- Berteussen, L. M., Hiis, H., Nesheim, B.-I., & Lem, G. H. (2021, 25.02.2021). *Reproduktiv helse*. Store medisinske leksikon. https://sml.snl.no/reproduktiv_helse
- Bispo, G. S., Lima Lopes, J., & Barros, A. L. B. L. (2013). Cardiovascular changes resulting from sexual activity and sexual dysfunction after myocardial infarction: integrative review. *J Clin Nurs*, 22(23-24), 3522-3531. <https://doi.org/10.1111/jocn.12356>
- Brännström, M., Kristofferzon, M.-L., Ivarsson, B., Nilsson, U. G., Svedberg, P., & Thylén, I. (2014). Sexual Knowledge in Patients With a Myocardial Infarction and Their Partners. *J Cardiovasc Nurs*, 29(4), 332-339. <https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e318291ede6>
- Byrne, M., Doherty, S., Fridlund, B. G. A., Mårtensson, J., Steinke, E. E., Jaarsma, T., & Devane, D. (2016). Sexual counselling for sexual problems in patients with cardiovascular disease. *Cochrane Database Syst Rev*, 2016(2), CD010988-CD010988. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010988.pub2>
- Cochrane Library*. (2015). <https://www.helsebiblioteket.no/221600.cms>
- Collet, J.-P., Thiele, H., Barbato, E., Barthélémy, O., Bauersachs, J., Bhatt, D. L., Dendale, P., Dorobantu, M., Edvardsen, T., Folliguet, T., Gale, C. P., Gilard, M., Jobs, A., Jüni, P., Lambrinou, E., Lewis, B. S., Mehilli, J., Meliga, E., Merkely, B., Mueller, C., Roffi, M., Rutten, F. H., Sibbing, D., Siontis, G. C. M., & Group, E. S. D. (2020). 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*, 42(14), 1289-1367. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa575>
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utgave. ed.). Gyldendal.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2018). *Hva er forskningsetikk?* forskningsetikk.no. <https://www.forskningsetikk.no/om-oss/hva-er-forskningsetikk/>
- DIPS. (u.å.). <https://www.dips.com/no/dips-arena>
- Forsberg, K., Sørensen, D., Strand, U. K., Pedersen, K. A., Lunde, P., & Træen, B. (2008). *Hjertes i lyst og nød*. LHL Landsforeningen for hjerte- og lungesyke. <https://www.lhl.no/globalassets/ressurssenter-for-hjerterehabilitering/dokumenter/lhlseksualitetoghjertesykdomhelsep.pdf>
- Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning, (2019). <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-412>
- Førde, R. (2014). *Helsinkideklarasjonen*. forskningsetikk.no. <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>
- Grønseth, R., & Jerpseth, H. (2019). *Bacheloroppgaven i sykepleie : praktiske råd i skriveprosessen* (1. utgave. ed.). Fagbokforlaget.

- Lov om helsepersonell m.v., (1999). https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2
- Helsinkideklarasjonen. (2012). legeforeningen.no. <https://www.legeforeningen.no/fag/forskning/helsinkideklarasjonen/>
- Henderson, V. (1997). *Basic principles of nursing care* (Rev.ed. ed.). International Council of Nursing.
- Henderson, V. (2011). *Sykepleiens natur - Refleksjoner etter 25 år* (1 utgave, 2. opplag 2011 ed.). Gyldendal Norsk Forlag.
- Hoekstra, T. M., Lesman-Leegte, I. R. N. P., Couperus, M. F. R. N., Sanderman, R. P., & Jaarsma, T. R. N. P. (2012). What keeps nurses from the sexual counseling of patients with heart failure? *Heart Lung*, 41(5), 492-499. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2012.04.009>
- Kildevalg. (2016). Helsebiblioteket.no. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/kildevalg>
- Kirkevold, M. (2020). *Sykepleieteori*. Store medisinske leksikon. <https://sml.snl.no/sykepleieteori>
- Kristoffersen, N. J. (2016a). *Grunnleggende sykepleie : B. 1 : Sykepleie - fag og funksjon* (3. utg. ed., Vol. b. 1). Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016b). *Grunnleggende sykepleie : B. 2 : Grunnleggende behov* (3. utg. ed., Vol. b. 2). Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016c). *Grunnleggende sykepleie : B. 3 : Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg. ed., Vol. b. 3). Gyldendal akademisk.
- Lonnée-Hoffmann, R., Johansen, N., & Gjessing, R. (u.å.). *Seksuelle dysfunksjoner*. Norsk gynekologisk forening. Retrieved 11.04.2021 from <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-gynekologi/seksuelle-dysfunksjoner/>
- Lønne, A. (2019). *Salutogenese*. Store medisinske leksikon. <https://sml.snl.no/salutogenese>
- Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Norsk Sykepleierforbund. <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Rygg, A. A., & Mårtensson, J. (2016). Seksuell rådgjeving etter hjarteinfarkt. *Sykepleien*(11). <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2016.59345>
- Sjaastad, Ø. V., & Toverud, K. C. (2018). *Arbeidsbok til Menneskekroppen : fysiologi og anatomi* (3. utg. ed.). Gyldendal akademisk.
- Snakk om det!* (2016). Helse- og omsorgsdepartementet Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/sstrategi-seksuell-helse.pdf>
- Steinke, E. E., Jaarsma, T., Barnason, S. A., Byrne, M., Doherty, S., Dougherty, C. M., Fridlund, B., Kautz, D. D., Mårtensson, J., Mosack, V., & Moser, D. K. (2013). Sexual Counseling for Individuals With Cardiovascular Disease and Their Partners: A Consensus Document From the American Heart Association and the ESC Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions (CCNAP). *Circulation*, 128(18), 2075-2096. <https://doi.org/10.1161/CIR.0b013e31829c2e53>
- Sundbeck, M. (2013). *Sexuell hälsa i vården : en metodbok för sjuksköterskor*. Studentlitteratur.
- Sykepleieprosessen*. (u.å.). omhelse.no. <https://omhelse.no/sykepleieprosessen/>
- Sykepleiernes forum for I. K. T. og dokumentasjon. (2007). *Dokumentasjon av sykepleie i elektronisk pasientjournal* (3. utg. ed.). Norsk sykepleierforbund.

- Systematisk oversikt.* (2016). Helsebiblioteket.no.
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/systematisk-oversikt>
- Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter : den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utgave. ed.). Universitetsforlaget.
- Tholens, B. (2021). En åpen plass. *Sykepleien*(1).
<https://sykepleien.no/meninger/2021/02/hjelpe-pasienten-med-seksuelle-utfordringer-ma-sykepleiere-vaere-donn-konkrete>
- Tveiten, S. (2020). *Helsepedagogikk : helsekompetanse og brukervedvirkning* (2. utgave. ed.). Fagbokforlaget.
- Underdal, H. (2013). *CINAHL*. Helsebiblioteket.no. <https://www.helsebiblioteket.no/om-oss/artikkelarkiv/cinahl-tilgjengelig-i-helsebiblioteket>
- World Health Organization. (u.å.). *Sexual and Reproductive Health and Research (SRH), including the Human Reproduction Programme (HRP)*. who.int.
<https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research/key-areas-of-work/sexual-health/defining-sexual-health>

VEDLEGG:

Vedlegg 1 – PICO skjema

Problemstilling				
Hvordan kan sykepleiere bidra til å ivareta pasienters seksuelle helse i etterkant av et hjerteinfarkt?				Type spørsmål: Effekt av tiltak
	P:	I:	C:	O:
Norsk formulering hentet fra din problemstilling	Pasienter med seksuelle utfordringer etter hjerteinfarkt	Kunnskap om seksualitet Informasjon Sykepleie Seksualrådgivning Kommunikasjon	Standard pleie Vanlig pleie	God seksualfunksjon God seksuell helse
<u>MeSH</u> ord	Patient*, myocardial infarction*, heart attack, cardiovascular stroke, sexual dysfunction, sexuality, sexual function	Knowledge about sexuality, information, sex counselling, communication,	Care as usual	Good sexual health, sexual health

..

Vedlegg 2 - Søkehistorikk

Database og søkedato	Søkeord og kombinasjoner	Avgrensning	Antall treff	Utvalgt artikkel, forfatter og årstall
Cinahl 28.12.20	<p>S1: MH myocardial infarction OR MH Cardiovascular diseases OR (myocardial infarction or heart attack) OR cardiovascular disease</p> <p>S2: Sexual dysfunction female OR Sexual dysfunction male OR Sexual health OR (sexual dysfunction or sexual difficulty or sexual problems) OR sexuality</p> <p>S3. S1 AND S2</p>	<p>2010-2020 Peer Reviewed</p> <p>Age 45-64 years, Age 65+ years, Age 80+</p>	18	“Sexual knowledge in patients with a myocardial infarction and their partners”, Brannström et al. (2014)
Medline (ovid) 28.12.20	<p>S1. Sexual counseling.mp.</p> <p>S2. Nurse*.mp.</p> <p>S3. S1 AND S2</p>	2010-2020	29	“What keeps nurses from the sexual counseling of patients with heart failure”, Hoekstra et al. (2012)

Database og søkedato	Søkeord og kombinasjoner	Avgrensning	Antall treff	Utvalgt artikkel, forfatter og årstall
Medline (ovid) 28.12.20	S1. Myocardial infarction S2. Nursing S3. Sexual counselling S4. 1 OR 2 S5. S3 AND S4	2010-2020	5	“Cardiovascular changes resulting from sexual activity and sexual dysfunction after myocardial infarction: integrative review”, Bispo et al. (2013)
Cochrane Library 28.12.20	S1. Myocardial infarction S2. Sexuality S3. 1 AND 2	Ingen	2	«Sexual counselling for sexual problems in patients with cardiovascular disease”, Byrne et al. (2016)



PRISMA 2009 Flow Diagram

Identification

Records identified through database searching
Cinahl (n = 18)
Medline (n = 34)
Cochrane Library (n = 2)

Additional records identified through other sources
(n = 0)

Screening

Records after duplicates removed
(n = 54)

Records screened
(n = 54)

Records excluded
(n = 30)

Eligibility

Full-text articles assessed for eligibility
(n = 14)

Full-text articles excluded, with reasons
(n = 10)
• Did not match the inclusion criteria

Included

Studies included in qualitative synthesis
(n = 0)

Studies included in quantitative synthesis (meta-analysis)
(n = 4)

Vedlegg 4 – Resultatmatrise

Tittel, forfatter, årstall og utgivelsesland	Hensikt	Metode	Resultat	Konklusjon
<p><u>Artikkel 1:</u></p> <p>«What keeps nurses from the sexual counseling of patients with heart failure?»</p> <p>Tialda Hoekstra, Ivonne Lesman-Leegte, Margriet F. Couperus, Robbert Sanderma, Tiny Jaarsma.</p> <p>Heart & Lung, 2012, Nederland.</p>	<p>Å undersøke hvilke barrierer som hindrer sykepleiere i å ta opp seksuell helse med sine pasienter.</p>	<p>En spørreundersøkelse. Tre spørreskjema ble sendt ut til 122 kardiologiske klinikker i Nederland, hvorav 146 sykepleiere responderte. Svarene deres ligger til grunn for studiens funn.</p>	<p>Av totalt 146 sykepleiere svarte 61% at de sjelden eller aldri tok opp temaet seksualitet med pasienter, men at de fleste (75%) allikevel følte et ansvar for å gjøre det.</p> <p>Viser til barrierer som mangel på opplæring (80%), mangel på ledelse fra organisasjonen (79%), mangel på kunnskap om når det er passende å ta opp tema (60%) og generell mangel på kunnskap om seksualitet (57%).</p>	<p>For å styrke pasient behandling burde det fokuseres på å øke sykepleiernes kunnskap om seksuell helse og ferdigheter i kommunikasjon. I tillegg burde det opprettes egne retningslinjer som inkluderer seksuell rådgivning som en del av behandling.</p>
<p><u>Artikkel 2:</u></p> <p>«Sexual knowledge in patients with a myocardial infarction and their partners»</p> <p>Margareta Brannström, Marja-Leena Kristofferzon, Bodil Ivarsson, Ulrica G. Nilsson, Petra Svedberg, Ingela Thylén, SAMMI-study group</p> <p>Journal og Cardiovascular Nursing, 2014, Sverige.</p>	<p>Å undersøke kunnskapsnivået rundt seksuell helse og aktivitet hos pasienter og deres partnere 1 måned og 1 år etter hjerteinfarkt.</p> <p>Undersøke om denne pasientgruppen og deres partnere mottok informasjon om seksuell helse og aktivitet fra helsepersonell i løpet av det første året etter hjerteinfarkt.</p>	<p>En spørreundersøkelse som inkluderte 115 pasienter og deres partnere fra 13 sykehus i Sverige. Deltakerne fylte ut et spørreskjema 1 måned og 1 år etter et førstegangs hjerteinfarkt.</p>	<p>Pasienter og deres partnere sitt kunnskapsnivå rundt seksuell helse og aktivitet er lavt 1 år etter hjerteinfarkt, trass en liten økning fra 1 måneds oppfølging.</p> <p>Kun 41% av pasienter og 31 % av partnene rapporterte at de hadde mottatt informasjon om seksuell helse og aktivitet fra helsepersonell i løpet av det første året etter hjerteinfarkt. Denne ble rapportert som tilfredsstillende.</p>	<p>Helsepersonell bør diskutere seksuell aktivitet og helse i større grad enn dagens praksis, både med pasienter og deres partnere, for å øke deres kunnskapsnivå og velvære, og for å bevare deres intime relasjon. Spørreskjema som ble brukt i denne studien anbefales som et verdifullt verktøy.</p>

<p><u>Artikkel 3:</u></p> <p>“Cardiovascular changes resulting from sexual activity and sexual dysfunction after myocardial infarction: Integrative review “</p> <p>Gisele S Bispo, Juliana de Lima Lopes, Alba LBL de Barros.</p> <p>Journal of clinical nursing, 2013, Brasil.</p>	<p>Å identifisere studier som omhandler kardiologiske endringer som en følge av seksuell aktivitet, samt undersøke forekomst av seksualdysfunksjon etter et hjerteinfarkt.</p>	<p>En «integrative literature review» som har inkludert 20 nasjonale og internasjonale artikler publisert mellom 2000 – 2011.</p> <p>Det er søkt i databasene Lilacs, Medline og Pubmed.</p>	<p>Resultatene indikerer at mange pasienter med kardiologisk sykdom opplever seksuell dysfunksjon grunnet frykt for et nytt hjerteinfarkt og/eller bivirkninger av medikamenter.</p> <p>Seksuell aktivitet fører til få endringer på det kardiologiske systemet. Den totale fysiske belastning er relativt lav og sammenlignes med andre hverdagslige aktiviteter som å gå opp to etasjer med trapper.</p>	<p>Seksuell dysfunksjon påvirker livene til mennesker negativt. Å gi veiledning til individer med kardiologisk sykdom, særlig etter et hjerteinfarkt, kan være en essensiell faktor for å avgjøre livskvalitet og burde bli brukt i klinisk praksis.</p>
<p><u>Artikkel 4:</u></p> <p>“Sexual counselling for sexual problems in patients with cardiovascular disease”</p> <p>Molly Byrne, Sally Doherty, Bengt GA Fridlund, Jam Mårtensson, Elaine E Steinke, Timy Jaarsma, Declan Devane.</p> <p>Cochrane Library</p>	<p>Å undersøke effekten av ulike intervensjoner relatert til seksualitet, sammenlignet med standard pleie, hos pasienter etter hjerteinfarkt.</p>	<p>En systematisk oversiktsartikkel som har inkludert 3 randomiserte kontrollerte studier, totalt 381 deltakere.</p> <p>Det ble søkt i databasene CENTRAL, MEDLINE, EMBASE, CINAHL, PsycINFO (Ovid) og CPCI-S med en tidsbegrensning på frem til februar 2016.</p>	<p>En av studiene rapporterte at 5 timer med seksuell rådgivning hadde positiv effekt på økt seksuell funksjon og tilfredshet, og reduserte tiden det tok for pasienten å gjenoppta seksuell aktivitet i etterkant av sitt infarkt.</p> <p>De to andre studiene fant ingen evidens på at seksuell veiledning i form av de forskjellige intervensjonene har effekt på hverken livskvalitet eller ekteenskapelig tilfredshet.</p> <p>Seksuell funksjon og økt seksuell tilfredsstillelse gikk i favør til intervensjonsgruppen i to av studiene, men ikke i de andre.</p>	<p>Forfatterne konkluderer med at de ikke finner evidens av god kvalitet for at seksuell veiledning har effekt, og etterspør derfor flere robuste RCT studier fremover</p>

