

**Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid,
Pilestredet,
Fakultet for helsefag**

Kandidatnummer: 283 og 317 _____

Eksamensnavn: SYBA3900 _____

Dato: 31.05.17 _____

Klasse: 3c og 3b _____

Kull: 2014 _____

Antall ord: 11920 _____

Bacheloroppgave 2017

La oss snakke om seksualitet!

-Seksuell helse hos menn med kronisk hjertesvikt

Hvorfor er det av betydning for menn med kronisk hjertesvikt at sykepleiepraktiker tar initiativ til å snakke om seksualitet?

Antall ord: 11920

Sammendrag

Denne oppgaven tar for seg hvordan diagnosen kronisk hjertesvikt påvirker menns seksuelle helse både fysisk og psykisk. Vi ser på hvilken betydning det har for pasienten at sykepleier snakker om det grunnleggende behovet for seksualitet.

Oppgaven er et litteraturstudie som bygger på selvvalgt litteratur, 7 forskningsartikler og 2 fagartikler. Ved å se på de ulike forskningsartiklene har vi fått kunnskap om seksualitetens betydning for pasienter med hjertesvikt og hvordan sykepleier forholder seg til dette.

Funn fra forskning viser at pasienter med hjertesvikt har en lavere opplevelse av seksuell helse, og dårlig seksuell helse kan føre til angst, depresjon og et truet selvilde.

Hjertesviktpasienter ønsker spesifikk informasjon om hvordan sykdommen påvirker deres seksualitet, men sykepleiere er ikke komfortable med å snakke om dette. Sykepleiere forteller at de unngår temaet av hensyn til pasienten samt at de mangler på kunnskap. Mange sykepleiere angir at grunnutdanningen ikke formidler kunnskap om seksualitet eller seksuell helse.

Vi har valgt å bruke Joyce Travelbee sin sykepleieteori gjennom oppgaven fordi hun vektlegger grunnutdanningens ansvar for å forme gode sykepleiere. Hun setter også pasientens opplevelse av helse i fokus og mener at helsehjelp skal ytes der pasienten opplever at hjelpen trengs, noe som er relevant for oppgaven.

Funnene fra oppgaven viser at det er av betydning for menn med kronisk hjertesvikt at sykepleiere snakker om seksualitet. Både fysiske og psykiske aspekter ved seksualitet må inkluderes for å utføre holistisk sykepleie. Det er en sammenheng mellom selvilde og seksuell helse. Pasienter med dårlig selvilde har lavere grad av etterlevelse, noe som medfører hyppige reinnleggelser og dårligere sykdomsprogno. Seksuell helse er en individuell egenopplevelse og for noen kan det å ikke være seksuelt aktivt være helsefremmende.

Inneholdsfortegnelse

Sammendrag	3
1.0 INNLEDNING	6
1.1 Tema.	6
1.2 Problemstilling med sykepleiefaglig begrunnelse.	6
1.3 Hensikt.	7
1.4 Begrepsavklaring.	8
1.4.1 Grunnleggende behov.	8
1.4.2 Sirkulasjon.	8
1.4.3 Seksualitet.	9
1.4.4 Helse.	9
1.4.5 Seksuell helse.	9
1.4.6 Den profesjonelle sykepleiepraktiker.	10
1.5 Avgrensning.	10
1.6 Oppgavens disposisjon.	11
2.0 METODE	12
2.1 Litteraturstudie.	12
2.2 Søkeprosess.	12
2.3 Kilde og metodekritikk.	14
3.0 PRESENTASJON AV FAGLITTERATUR	16
3.1 Etikk og lovverk.	16
3.1.1 Yrkesetiske retningslinjer.	16
3.1.2 Holistisk menneskesyn.	16
3.1.3 Regjeringens strategi for seksuell helse.	17
3.2 Joyce Travelbee.	17
3.2.1 Menneske-til-menneske-relasjonen.	18
3.2.2 Den subjektive helsen.	18
3.3 Hva er kronisk hjertesvikt?	19
3.3.1 Livsstilsendring som behandling ved kronisk hjertesvikt.	20
3.3.2 Hvordan medikamenter kan påvirke mannens seksualitet.	20
3.3.3 Tilrettelegging av seksuell aktivitet til hjertesviktspasienter.	21
3.4 Selvbilde.	22
3.5 Seksualitet og seksuell helse.	22
3.5.1 Seksualitet som et grunnleggende behov.	23
3.5.2 Konsekvenser ved dårlig seksuell helse.	23
3.5.3 På hvilken måte har sykepleier ansvar for pasientens seksuelle helse?	24
3.5.4 PLISSIT-modellen.	25
4.0 PRESENTASJON AV FUNN	27
4.1 Hjertesvikt rammer seksualiteten.	27
4.2 Selvbildet betydning for pasientens etterlevelse.	28
4.3 Sykepleiere snakker ikke om seksualitet.	29
5.0 DRØFTING	30
5.1 Behovet for sex vs. behovet for intimitet.	30
5.2 Seksuell helse- en individuell opplevelse.	31
5.3 Selvbildets betydning for en vellykket behandling.	32
5.4 Kartlegging av behov for informasjon og behandling.	34
5.5 Sykepleiere må snakke om seksualitet.	35

5.6 Grunnutdanningens ansvar for å forme gode sykepleiepraktikere.	38
6.0 KONKLUSJON.....	39
LITTERATURLISTE.....	40
Vedlegg 1. Maslows Behovspyramide.....	45
Vedlegg 2. PICO- Skjema.....	46
Vedlegg 3. Søkeprosess	47

1.0 INNLEDNING

1.1 Tema.

Seksualitet er et tema de fleste av oss har et forhold til, men som få av oss snakker åpent om. Temaet berører de innerste delene av våre kropper og våre følelser. Det er med på å danne et grunnlag for vårt velbefinnende og vår relasjon til andre. For menn som rammes av kronisk hjertesvikt og dermed må endre livsstil er det naturlig å tro at også deres seksuelle helse blir påvirket. Sykepleiere har en viktig funksjon i å fremme helse, og hjelpe personer som er utsatt for sykdom med å ivareta sine grunnleggende behov og opprettholde et positivt selvbilde.

Som sykepleierstudenter på tredje studieår opplever vi at vi fått lite opplæring i hvordan seksualitet har innvirkning på vår helse. Dette til tross for at det er vårt lovfestede ansvar som sykepleiere å behandle pasientens grunnleggende behov og ivareta den enkelte pasients rett til helhetlig sykepleie. Kartlegge deres problemer er av betydning for å kunne utføre helhetlig sykepleie, og da må den seksuelle helsen inkluderes. Dette innebærer å lindre lidelse, behandle grunnleggende behov, og fremme livskvalitet.

1.2 Problemstilling med sykepleiefaglig begrunnelse.

Den seksuelle helsen kan bli negativt påvirket hos pasienter med kronisk hjertesvikt. I denne oppgaven skal vi se nærmere på hvorfor sykepleier må snakke om seksualitet og anerkjenne dette som et grunnleggende behov. Vi har valgt å fokusere på denne pasientgruppen da det i 2012 levde 600.000 nordmenn med hjerte-karsykdommer. Dette utgjør ca. 17% av den norske befolkningen (Statistisk sentralbyrå, 2013). Som sykepleiere har vi en viktig rolle i oppfølging, veiledning og behandling av pasienter med hjertesvikt. Det er opprettet egne hjertepoliklinikker som drives av sykepleiere, og denne arenaen vil vi basere vår oppgave ut fra.

I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere er det beskrevet at vi skal engasjere oss i den nasjonale helsepolitiske utviklingen, og vi ser at seksualitet får en større plass i samfunnet. Som en gjenspeiling av dette ga Regjeringen i 2017 ut en strategi for seksuell helse, Snakk om det!. Den skal blant annet være med på å øke bevisstheten rundt seksuell helse som en

ressurs gjennom hele livsløpet. Fravær av seksuell helse kan føre til skadet selvilde og psykiske lidelser.

Vi vil presisere at denne oppgaven ikke handler om mannens evne til å gjennomføre et samleie, men hvordan opplevelsen av seksuell helse kan brukes som en ressurs. På bakgrunn av ovennevnte faktorer har vi kommet fram til problemstillingen:

Hvorfor er det av betydning for menn med kronisk hjertesvikt at sykepleiepraktiker tar initiativ til å snakke om seksualitet?

Vi opplever at det har vært lite undervisning om seksualitet og seksuell helse, pensum omtaler seksualitet i svært begrenset grad og samtaler om tema i praksis har heller ikke dukket opp. Om utfordringen ligger i at sykepleiere ikke har gode nok kunnskaper, om pasienter ikke ønsker denne type samtaler eller om seksualitet er vanskelig for sykepleiere å snakke om vil vi se nærmere på gjennom oppgaven.

For å løfte oppgaven har vi brukt Joyce Travelbees sykepleieteori. Den sier at sykepleierens mål og hensikt er å hjelpe enkeltindividet, familien eller samfunnet til å forebygge eller mestre sykdom og lidelse, og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene. Hun belyser også sykepleieutdanningens ansvar for å forme oss til gode sykepleiere. Hennes teori er i tråd med vårt syn på viktigheten av å ikke avhumanisere pasienten, og den vektlegger pasientens egenopplevelse av helse.

1.3 Hensikt.

Hensikten med oppgaven er å tilegne oss kunnskap om hvordan seksuell helse kan påvirke oss både fysisk og psykisk, med fokus på menn med kronisk hjertesvikt. I tråd med programplanen ønsker vi å tilegne oss bred kunnskap om sykepleiers rolle og ansvar innenfor dette utvalgte fordypningsområdet. For at oppgaven vår skal ha en sykepleiefaglig relevans og for å løfte frem svarene våre har vi brukt Travelbee sin sykepleietenkning. Vi mener at hennes teori på en god måte fremstiller vekten av å ikke avhumanisere våre pasienter, uten å se hele personen bak sykdommen. Travelbee skriver gjentatte ganger at sykepleierutdanningen har et ansvar for å hjelpe sykepleierstudentene til å få en forståelse for de menneskeskjebnene vi møter. Vi ser hvor stor innvirkning utdanningen har for å forme oss som sykepleiere, ut i fra

hvilke temaer som blir vektlagt. Dersom kunnskap om det grunnleggende behovet seksualitet uteblir fra undervisningen, kan ikke helhetlig sykepleie utøves. Vi håper at denne oppgaven skal vekke en interesse for et bortglemt grunnleggende behov, og at den kunnskap oppgaven fører med seg bidrar til en åpenhet blant våre nye kolleger som er til fordel for de pasientene vi møter.

[1.4 Begrepsavklaring.](#)

Seksuell helse og seksualitet er vide begreper som det er nødvendig at leseren har kjennskap til. Vi vil også avklare grunnleggende behov og Travelbee sitt syn på begrepet helse.

[1.4.1 Grunnleggende behov.](#)

Grunnleggende behov er i sykepleiefaglig sammenheng behov som er av betydning for å opprettholde normal menneskelig funksjon. For å bevare liv, helse og velvære må disse behovene ivaretas (Kristoffersen, 2012). Abraham Maslow utviklet i 1943 en behovspyramide der han presenterer de grunnleggende behovene i fem ulike nivåer. Han mener at disse nivåene kan forklare vår atferd og den menneskelige drivkraften. De tre nederste nivåene beskrives som mangelnivåer. Disse manglene virker som en drivkraft som foregår frem til behovet er dekket (Maslow, 2013). Maslows behovspyramide ligger som vedlegg 1.

[1.4.2 Sirkulasjon.](#)

Sirkulasjonssystemet sin oppgave er å transportere oksygen, næringsstoffer og hormoner til kroppens celler. Avfallsstoffer og varme må fjernes. Normal blodsirkulasjon er avhengig av at hjertet og blodårene fungerer som det skal. Aterosklerose er en sykkelig prosess i blodårene som gir trange årer grunnet ansamlinger av kolesterol. Forsnevring av blodårer kan føre til iskemi, vevet ikke får tilstrekkelig med oksygen. Ved hjertesvikt er hjertets pumpefunksjon redusert, som medfører at hjertets evne til å pumpe blod ikke klarer å imøtekomme vevets behov for oksygen. For å opprettholde liv er menneskene avhengig av et fungerende sirkulasjonssystem (Gullestad, 2015). Behovet for sirkulasjon er i Maslows behovspyramide er plassert på nivå en, som et homeostatisk behov.

1.4.3 Seksualitet.

Det latinske ordet *sexus*, som betyr kjønn har ført til det norske begrepet seksualitet (Gamnes, 2012). Seksualitet berører mye mer enn våre mest private kroppsdelene. Maslow plasserer behovet for sex på første nivå i sin behovspyramide. WHO sin definisjon av seksualitet sier:

”Seksualitet er en integrert del av ethvert menneskes personlighet; mann, kvinne og barn. Seksualiteten er et grunnbehov som utgjør et aspekt av å være menneske, og som ikke kan skilles fra andre livsaspekter. Seksualitet er ikke det samme som samleie eller evnen til å oppnå orgasme, og er heller ikke summen av hele vårt erotiske liv. Alt dette kan være en del av vår seksualitet, men behøver ikke å være det. Seksualitet omfatter så mye mer, den finnes i energien som driver oss til å søke kjærlighet, kontakt, varme og nærhet. Den uttrykkes i det vi føler, hvordan vi beveger oss, hvordan vi berører andre og selv blir berørt. Seksualiteten handler om å være sensuell, så vel som å være seksuell. Seksualiteten påvirker altså våre tanker, følelser, handlinger, og vårt samspill med andre mennesker” (World Health Organization, 2010).

1.4.4 Helse.

En av sykepleiepraktikerens viktige oppgaver er å hjelpe den som opplever fravær av, eller trussel mot denne. Verdens helseorganisasjon beskriver helse som : ”En tilstand av komplett fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom eller lyte”. Travelbee mener at helse ikke i sin helhet helt kan forstås gjennom en definisjon. Hun vektlegger både den subjektive og den objektive opplevelsen av helse (Travelbee, 2007; WHO, 1948).

1.4.5 Seksuell helse.

I henhold til gjeldende arbeidsdefinisjon, beskriver WHO seksuell helse gjennom:

“... en tilstand av fysisk, følelsesmessig, psykisk og sosialt velvære i forhold til seksualitet; Det er ikke bare fravær av sykdom, dysfunksjon eller skrøpelighet. Seksuell helse krever en positiv og respektfull holdning til seksualitet og seksuelle relasjoner, samt muligheten for å ha behagelige og trygge seksuelle erfaringer, uten tvang, diskriminering og vold. For seksuell helse skal oppnås og vedlikeholdes, må de seksuelle rettighetene til alle mennesker respekteres, beskyttes og være oppfylt.” (World Health Organization, 2010).

1.4.6 Den profesjonelle sykepleiepraktiker.

Vi ble kjent med ordet *den profesjonelle sykepleiepraktiker* i boken *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* av Joyce Travelbee. Benevnningen blir brukt om en person som forutsettes utdannet ved sykepleierskolen, og som besitter to betydningsfulle egenskaper. Disiplinert intellektuell tilnærming til problemer og anvende seg selv terapeutisk.

1.5 Avgrensning.

Da vi startet prosessen skapte vi en egen definisjon av seksuell helse. Etter å ha funnet svært interessante forskningsfunn ble problemstillingen omformulert. Vår egen definisjon var ikke lenger aktuell og er ikke tatt med i oppgaven. Vi har tatt utgangspunkt i at seksuell helse er en subjektiv opplevelse som defineres individuelt. Det vil si i overenstemmelse med hver personens vurdering av sin egen fysiske, emosjonelle og åndelige status, slik han selv opplever den.

Vi har sett på ulike teoretikers syn på grunnleggende behov og ivaretagelse av pasienten. Dorothea Orems egenomsorgsteori er anerkjent i sykepleierutdanningen, og aktuell når oppgaven handler om grunnleggende behov. Travelbee vektlegger pasientens egen opplevelse og behov for hjelp. Det at pasienten selv ønsker hjelp ser vi som svært viktig når vi som sykepleiere skal ta opp et intimt tema som seksualitet. Derfor har vi brukt hennes sykepleietenkning.

Kommunikasjon er vesentlig i samhandling med alle pasienter og er et viktig verktøy for å kunne hjelpe dem. Temaet vil derfor ha en sentral plass gjennom hele oppgaven. Temaet blir vektlagt i Travelbees framgangsmåte å etablere en relasjon til pasienten. Utover dette ønsker vi ikke å ta for oss tema i teori, da dette i hovedsak ikke er en kommunikasjonsoppgave.

Vi vil heretter isolere ordet sykepleiepraktiker fra begrepet den profesjonelle sykepleiepraktiker. Målet til en profesjonell sykepleiepraktiker er å hjelpe studenter til å lære seg en disiplinert tilnærming til problemer og til å bruke seg selv terapeutisk. Vi vil bruke ordene sykepleier og sykepleiepraktiker for å få variasjon gjennom oppgaven.

Travelbee mener det ikke finnes pasienter. Hun mener at det kun finnes individer som har behov for omsorg og hjelp fra andre mennesker, mennesker som man antar kan yte hjelp hvor de trenger det. Vi vil si oss enige i dette, men av hensyn til flyt i teksten vil vi omtale mottakeren for helsehjelp som pasient.

Vi vil kun ta for oss kronisk hjertesvikt, som heretter vil bli omtalt som hjertesvikt for å skape en bedre leseropplevelse. Vi fokuserer ikke på utredning av hjertesvikt da dette ikke er relevant for å finne svar på vår problemstilling.

1.6 Oppgavens disposisjon.

Oppgaven vår er delt opp i 6 kapiteler.

I kapittel 2.0 Metode beskriver vi hvilken metode som er benyttet og hvordan vi har gått frem for å finne forskning som belyser vår problemstilling. Vi vil også beskrive hvordan vi gikk frem under søkeprosessen, samt presentere kritikk mot selvvalgt litteratur.

Kapittel 3.0 presenterer teori fra selvvalgt litteratur og inneholder ingen personlige vurderinger. Hovedtemaene vil være seksualitet, selvbylde og hjertesvikt.

I kapittel 4.0 vil vi presentere relevante funn fra forskning.

I Kapittel 5.0 Drøfting vil vi se på funn fra forskning og knytte dette opp mot teori og egne erfaringer.

2.0 METODE

2.1 Litteraturstudie.

Oppgaven vår er et litteraturstudie da dette er et krav fra sykepleierutdanningen ved HiOA. Litteraturstudiet skal hjelpe oss å finne svar på vår problemstilling. Et litteraturstudie innebærer å hente kunnskap systematisk fra skriftlige kilder. Metoden benyttes for å samle informasjon og tilegne seg ny kunnskap (Thidemann, 2015). Vi har lest gjennom innhentet litteratur, gått kritisk gjennom og tilslutt sammenfattet det vi mener har vært aktuelt for å få svar på vår problemstilling. For å sikre kvalitet i sykepleien vi utfører har vi i tillegg basert oppgaven vår på kunnskapsbasert praksis. Prosessen med å arbeide kunnskapsbasert blir fremstilt som en sirkel med 6 trinn. Refleksjon, spørsmålsformulering, litteratursøk, kritisk vurdering, anvendelse og evaluering. I denne oppgaven har vi brukt trinn 1-4 som beskriver hvordan vi skal finne og vurdere forskningsbasert kunnskap (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012).

2.2 Søkeprosess.

Før vi startet søkeprosessen satt vi opp et PICO-skjema. Dette er et verktøy som skal gjøre problemstillingen presis og tydelig. PICO står for Person/problem, Intervention, Comparanse og Outcome og representerer en måte å dele opp problemstillingen slik at den struktureres på en hensiktsmessig måte (Nortvedt et al., 2012). Skjemaet vårt ligger som vedlegg 2.

Videre i det kunnskapsbaserte arbeidet startet vi de systematiske litteratursøkene i kjente databaser. Vi startet i Swemed+ som er en skandinavisk database for medisin og helse. Først søkte vi på seksualitet og hjertesvikt for å finne Mesh-termer til begrepene for videre å kunne søke i de internasjonale databasene. Mesh termer danner et godt grunnlag for søk i de store databasene da det ofte er disse ordene som blir benyttet i artikler. Vi fortsatte søket i Cinahl, PubMed og Cochrane. Cinahl er en database som tilgjengeligjør litteratur som dekker et bredt spekter av emner, blant annet sykepleie, biomedisin, og helsefag. Medline er en omfattende database, som inneholder artikler innen helsefag og biomedisinsk forskning. Primært medisin, sykepleie, odontologi og veterinærmedisin. Artiklene finns gratis tilgjengelige via PubMed. Cochrane er et stort register der formålet er å systematisere og kvalitetssikre forskningsresultater fra helseforskning. I tillegg har vi utført et pyramidesøk i McMaster

PLUSS. Denne søkemotoren rangerer søketreffene på samme måte som kunnskapspyramiden, hvor graden av oppsummering og kvalitetsvurdering øker mot toppen. Vi valgte å benytte oss av retningslinjer for kronisk hjertesvikt fra oppslagsverket Evidence-Based Medicine guidelines fra det øverste nivået i pyramiden.

Vi brukte ordene fra vårt Pico-skjema for å skape gode søk. De boolske operatorene ”AND” og ”OR” gav oss kombinasjoner som avgrenset resultatene til vår fordel. Ved å knytte sammen aktuelle søkeord med ”AND” avgrenset vi søket til å kun gi treff på de artiklene som omhandler begge ordene, for eksempel ”Sexuality” AND ”Heart failure”. Da vi ikke kun var interessert i seksualitet men også ønsket å få søketreff på beslektede ord som intimitet og seksuell helse valgte vi å kombinere disse ordene oversatt til engelsk med OR. Vi fikk da opp de artiklene som inneholdt enten ”intimacy” OR ”sexuality” OR ”sexual health.” Synonymene kombineres også med andre søkeord gjennom AND. Hele søkeprosessen er vist i vedlegg 3.

Vi har bevisst søkt etter artikler som har forskjellige analysemetoder. I starten ønsket vi å finne kvantitative forskningsartikler for å se hvor utbredt problemet er og for å skape et tydelig grunnlag for vår oppgave. Målet med den kvantitative forskningen er å beskrive sammenheng og forekomst. I tillegg ønsket vi å benytte oss av kvalitativ forskning. Denne type forskning har ofte som mål å undersøke deltakerens opplevelse av et fenomen (Forsberg & Wengstøm, 2013).

Databasene vi har benyttet oss av er anerkjente og kvalitetssikrede databaser. De er utarbeidet etter strenge kriterier. Selv om de er kvalitetssikret er ikke alle artiklene like gode, eller relevante. Vi fikk begrenset med søketreff på de forskjellige kombinasjonene, og tok oss derfor tid til å skimlese abstract på alle med relevant tittel. Unntaket var kombinasjonen ”Sexual dysfunction” AND ”Body Image” i Cinahl som gav 122 treff. For å sortere relevansen startet vi med å lese tittel. Etter å ha lest tittel på samtlige kunne vi eliminere 112 treff da disse artiklene ikke møtte våre kriterier for sykdom eller pasientgruppe. Vi sto igjen med 10 artikler som vi enten anså som relevante eller ikke helt forstod tittel på. For å vurdere om disse møtte våre inkluderingskriterier leste vi igjennom abstract. Ytterligere 8 falt da av og vi sto igjen med to artikler som vi leste i full tekst. Denne prosessen førte frem til ”Sexual dysfunction and sexual well-being in People with Heart Disease” som vi har brukt i vår oppgave.

2.3 Kilde og metodekritikk.

En svakhet ved oppgaven er at det finnes lite forskning som konkret belyser i hvor stor grad den seksuelle helsen påvirkes hos pasienter med hjertesvikt. Mange av de artiklene vi leste konkludere med at det trengs mer forskning på området. Dette viser at temaet seksuell helse og hjertesvikt må forsket mer på. Enkelte av studiene vi har brukt er fagfellevurdert, som betyr at det er andre forskere som har sett på, og kvalitetssikret forskningen. En svakhet ved oppgaven er at forskningsartiklene vi har brukt er skrevet på engelsk, vi kan her ha feiltolket noe av innholdet. Den kvalitative forskningsartikkelen *Living with moderate-severe chronic heart failure as a middle-aged person* er utgitt i 2007. Vi har kjennskap til at den hjertemedisinske behandlingen har forbedret seg de siste 10 årene, men vi mener at følelsen av å leve med hjertesvikt vil være den samme. Vi har kun brukt forskningsartikler fra Europa og USA, i tillegg til en fra Iran. Disse landene har et godt utbygd helsevesen, og nasjonale helsetilbud.

Vi har funnet mange gode og relevante fagbøker som omhandler både seksualitet, seksuell helse, hjertesvikt, selvbilde og Joyes Travelbee sin teori. Vi har ikke brukt litteratur som er gitt ut tidligere enn 2007, for å kunne skrive en dagsaktuell oppgave.

Forfang, Istad, Wiseth, og Gullestad er norske anerkjente kardiologer. De har alle bidratt til *Kardiologi- klinisk veileder* utgitt i 2015. Boken er ny og går grundig inn på undersøkelsesmetoder, sykdommer/tilstander og generelle problemstillinger ved hjertesykdom. Dette er en aktuell bok for oppgaven, da den beskriver kronisk hjertesvikt som sykdom og sosiale og psykiske påkjenninger som kan oppstå hos disse pasientene.

Tore Borg har skrevet et kapittel i boken *Kreftsykepleie, Pasient- utfordring- handling*. Selv om dette er en bok som fokuserer på kreftpasienter og de utfordringer de møter mener vi at denne boken gir et godt bilde av langtidssyke pasienter. Vi har brukt de kroniske aspektene ved kreftsykdom og sammenliknet dette med våre hjertesviktpasienter. Denne boken gir også en god framstilling av PLISSIT-modellen, samt hvordan vårt selvbilde blir påvirket ved sykdom.

Grunnleggende sykepleie bind 1-3 danner et viktig grunnlag for litteraturpensum i grunnutdanningen innenfor sykepleie. Kapittelet seksualitet og nærhet skrevet av Gamnes har

vi brukt for å ta tak i hvorvidt seksualitet er et grunnleggende behov. Det står svært lite om konsekvenser ved dårlig seksuell helse, forfatteren går heller ikke grundig inn på tema seksualitet. Vi er kritisk til at tema seksualitet ikke blir tatt inn under *bind 2- Grunnleggende behov*, sammen med de andre grunnleggende behovene. Selvbilde har en naturlig del i vår oppgave. Solvold har skrevet om identitet og egenverd i bind 3. Vi synes det er uklart om forfatteren har forståelse for forskjellen på kroppsbilde, identitet og selvbilde. Vi har kun brukt dette kapittelet for å støtte annen litteratur.

Almås og Benestad har skrevet boken *Sexologi i praksis*, utgitt i 2010. De har flere kapitler som er aktuelle for vår oppgave. De beskriver godt hvordan man møter pasienter med seksuelle utfordringer, sykdom, kroniske tilstander og seksualitet inkludert pasienter med hjerte- og karsykdommer. Det kan være en svakhet at forfatterne er sexologer og ikke sykepleiere. Men vi oppfatter deres kunnskap på området som nyttig, og det er tydelig at de har kunnskap om det de skriver om. Dette har hjulpet oss til å få en bred og dyp forståelse av seksualitet.

Joyce Travelbee: *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Vi har brukt opplag nr 5 som er utgitt i 2007. Boken er utgitt av teoretikeren selv og boken er å betrakte som et klassisk verk. Denne boken kommer vi til bruke gjennom hele prosessen for å belyse oppgaven med hjelp av sykepleieteoretikers syn og verdier. En svakhet av vår versjon er at boken er oversatt og noen nyanser kan ha gått tapt i språkbearbeidelsen. I tillegg har vi brukt Marit Kirkevold sin bok *Sykepleierteorier analyse og evaluering*. Denne boken gir en lettlest oversikt og en presentasjon av kjente sykepleieteoretikere (Kirkevold, 2009). Vi har brukt denne boken for å få en grunnleggende forståelse av Travelbee for vår egen skyld. Men da boken er en sekundærkilde har vi valgt å ikke brukt denne i vårt skriftlige arbeid.

For å skrive en god bacheloroppgave har vi valgt å bruke *Oppgaveskriving* av Dalland (2013) og *Bachelor oppgaven for sykepleierstudenter* av Thidemann (2015). Gjennom disse har vi fått veiledning og verktøyet har vi brukt gjennom skriveprosessen. Det å bruke to ulike forfattere har til tider vært forvirrende, men samtidig gitt oss større mulighet for å skape vårt eget oppsett og vår egen oppgave. Vi vil også rette kritikk mot oss selv og tydeliggjøre for leseren at denne oppgaven er utarbeidet på bakgrunn av interesse. På forhånd hadde vi begrenset praktisk erfaring med pasientgruppen, noe vi har prøvd å kompensere med å lese litteratur og kontaktet hjertepoliklinikken for informasjon.

3.0 PRESENTASJON AV FAGLITTERATUR

3.1 Etikk og lovverk.

Sykepleie har sitt etiske fundament i Sykepleiens grunnlag og yrkesetiske retningslinjer som sier ”Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene” (Norges Sykepleierforbund, 2011). Sykepleieryrket styres av helsepersonelloven og gjelder all helsepersonell og virksomhet som yter helsehjelp i Norge. Lovens formål er å bidra til sikkerhet for pasientene og kvalitet i helse og omsorgstjenesten, samt tillitt til helsepersonell.

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig (Helsepersonelloven, 2017).

3.1.1 Yrkesetiske retningslinjer.

Retningslinjer er anbefalinger og råd som bygger på faglig kunnskap. De er ikke lovpålagte, men et hjelpemiddel for å gjøre kvaliteten i helsetjenesten så god som mulig. I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere kan man blant annet lese at sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom. Som sykepleier har man et ansvar å ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg. De yrkesetiske retningslinjene belyser også at vi som sykepleiepraktikere skal arbeide på en måte som fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre oss om at informasjonen er forstått (Norges Sykepleierforbund, 2011). Arbeidet vårt styres av helsepersonell- og pasient- og brukerrettighetsloven.

3.1.2 Holistisk menneskesyn.

Vårt menneskesyn er med på å forme oss som sykepleiere, og har betydning for den pleien vi gir. Menneskesynet vårt har innvirkning på både behandling, og pasientens rett til

medvirkning. Som sykepleiere støtter vi oss til det som ofte omtales som “holistisk menneskesyn”. Holisme betyr helhetsforståelse. Det er en livsoppfatning der alle deler av mennesket må tas i betraktning. Tankemåten innebærer å se pasienten som mer enn en sykdom, men som en helhet av kropp, tanker, redsel, skam og sårbarhet. For å finne ut av potensielle årsaker til sykdom og dårlig helse tar man utgangspunkt i psykiske, fysiske, sosiale og åndelige dimensjoner (Odland, 2008). Vårt menneskesyn og vår holdning blir enda viktigere når vi tar opp intime temaer som seksualitet.

3.1.3 Regjeringens strategi for seksuell helse.

Hos alle mennesker, uavhengig av sykdom og fysisk funksjon er seksualitet et grunnleggende behov. For første gang har Regjeringen laget en felles strategi som arbeider mot god seksuell helse, strategien har fått navnet *Snakk om det!*

Snakk om det! tar sikte på å gjøre det enklere å åpne opp for samtaler om seksuell helse. Den er laget av Helse- og omsorgsdepartementet, utgitt av Regjeringen og har satsningsområdet fra år 2017-2022. De overordnede målene er at temaet seksualitet synliggjøres og at det legges til rette for god seksuell helse. Dette skal bidra til mer åpenhet og kunnskap rundt temaet. Strategien gjelder for hele befolkningen, uavhengig av funksjonsnivå og skal sikre at relevante fagpersoner innen helsesektoren får tilstrekkelig kunnskap om temaet gjennom sin grunnutdanning. I tillegg til å streve etter å gi sykepleiere god grunnutdanning om seksualitetens innvirkning på vår helse ser strategien på seksualitet som en helsefremmende ressurs i alle livets faser. Individets handlingskompetanse for å ivareta god seksuell helse bidrar til god livskvalitet og god helse for den enkelte (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017).

3.2 Joyce Travelbee.

I 1966 ble Travelbee sin bok *Interpersonal Aspects in Nursing* utgitt for første gang. Hennes sykepleiertenkning har blitt en viktig grunnlagstenkning innenfor sykepleie. Grunnsynet i boken er at sykepleiens mål og hensikt er å hjelpe individer, familier eller samfunn til å forebygge eller mestre sykdom, og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene. Teorien hennes kom som en reaksjon på avhumaniseringen, som hun mente preget den amerikanske helsesektoren i kjølevannet av 2. Verdenskrig. Hun mente at helsehjelp i større grad skulle

dreie seg om å se pasienten som et individ, og ikke som en stereotype (Travelbee, 2007). Teorien hennes blir fortsatt brukt i den norske sykepleieutdanningen den dag i dag, og er en del av litteraturpensumet.

3.2.1 Menneske-til-menneske-relasjonen.

For å nå målet om å hjelpe individet, familien eller samfunnet med å forebygge, mestre sykdom og lidelse vektla Travelbee (2007) det å etablere et menneske-til-menneske-forhold, hvor den syke og sykepleier deler erfaringer og opplevelser. Hun beskriver at sykepleier målbevisst må etablere et menneske-til-menneskeforhold og opprettholde det. Travelbee (2007, s. 43) sier at en sykepleier som besitter og anvender en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte til problemer, kombinert med evnen til å bruke seg selv terapeutisk ivaretar pasientens behov.

En disiplinert intellektuell tilnærming til problemer betyr å ha en logisk tilnærming til disse. Den som har en disiplinert intellektuell tankegang har evnen til å tenke logisk, reflektere og gjøre overveielser på bakgrunn av sin kunnskap. Hun fokuserer på å bruke kunnskapen hun besitter til å imøtekomme sykepleiebehovet hos et individ, en familie eller et samfunn. Sykepleieren er kritisk til egne vurderinger, som innebærer å kunne vurdere eget behov for ny kunnskap og hvordan man skaffer seg manglende kunnskap.

Å bruke seg selv terapeutisk innebærer at sykepleieren har evne til anvende sin personlighet og den kunnskap hun besitter på en måte som fører til forandring hos den syke. Handlingen anses som terapeutisk hvis den lindrer pasientens lidelse. Dette aspektet legger også vekt på sykepleierens evne til å etablere et menneske-til-menneske-relasjon, samt innsikt i hvordan hennes holdning påvirker andre (Travelbee, 2007).

3.2.2 Den subjektive helsen.

Den subjektive helsen brukes i Travelbees klassiske verk og definerer helse som noe individuelt. Den enkelte vurderer selv sin opplevelse av egen fysisk, emosjonell og åndelig tilstand. For noen kan det å kunne utføre daglige gjøremål oppleves som god helse, at dette er tilfredsstillende. Man kan bli diagnostisert ”syk” av legen, men oppleve seg selv som frisk. Motsatt kan en person oppleve seg syk, men være diagnostisert ”frisk”. Den subjektive

opplevelsen av egen helse kan derfor være ulik hos pasienter med lik diagnose (Travelbee, 2007).

Det er viktig for oss som sykepleiere å være oppmerksomme på pasientens egen vurdering av sin helse. Enkelte kan merke endringer i kroppen før endringene vises patologisk i laboratorieprøver, andre kan vurdere sin helse som god selv om legen har gitt dem en alvorlig diagnose (Travelbee, 2007). Denne måten å definere helse er også av betydning for denne oppgave som skal forsøke å gi svar på hvorfor det er av betydning for menn med hjertesvikt at sykepleiepraktiker tar initiativ til å snakke om seksualitet.

3.3 Hva er kronisk hjertesvikt?

Kronisk hjertesvikt er en vanlig sykdomstilstand med mange og sammensatte symptomer. Tilstanden medfører at hjertets pumpefunksjon reduseres og hjertet er ikke i stand til å pumpe nok blod til å møte vevets behov for oksygen. Mange av pasientene vil leve med denne tilstanden resten av livet. Symptomene kan komme fra andre steder enn fra hjertet, noe som kan gjøre tilstanden vanskelig å diagnostisere. God sykdomsanamnese er derfor av stor betydning (Istad, 2015).

Aterosklerose fører til forsnevring av arterielumen, og medfører dårlig blodsirkulasjon. Når vevet ikke får tilstrekkelig med oksygen oppstår iskemi. Iskemisk hjertesykdom er årsaken til omtrent 70% av all hjertesvikt. Hjertesvikt kommer av to forhold; først den utløsende skaden av hjertemuskelen fulgt av en forverring av hjertefunksjonen. Forholdene fører til gradvis økende symptomer hos pasienten (Ørn & Brunvand, 2011). De to viktigste symptomene hos pasienter med hjertesvikt er redusert fysisk yteevne og tretthet samt dyspné som forverrer seg ved fysisk anstrengelse. Pasienter med hjertesvikt innlegges hyppig på sykehus, og ca. 1/3 av disse pasientene reinnlegges hvert år (Gullestad, 2015).

Kronisk venstresidig hjertesvikt er den vanligst forekommende formen for hjertesvikt, med en prevalens blant den generelle befolkningen på 2-3%. Prevalensen øker til 10-20% blant befolkningen over 70 år. Forekomsten av hjertesvikt er økende. Dette kommer av at hjertesviktbehandlingen blir bedre, flere overlever hjerteinfarkt og befolkningen blir eldre (Gullestad, 2015).

Gjentatte sykehusinnleggelser kan bli en psykisk belastning. Mennene må også håndtere beskjeden om at de lever med en kronisk sykdom. Det å endre livsstil vil være belastende, og ta mye fokus i hverdagen. For mange pasienter som får diagnosen hjertesvikt kan diagnosen i seg selv oppleves som en krise eller føre til depresjon (Gullestad, 2015). Travelbee (2007) beskriver depresjon som sinne som vendes innover mot en selv. Tilstanden hjertesvikt medfører redusert pumpeevne som fører til nedsatt perifer sirkulasjon. Dette medfører dårlig sirkulasjon til blant annet penis, dette kan videre føre til impotens og senere i sykdomsforløpet kan det dukke opp spørsmål og bekymringer rundt parforholdet, det seksuelle og intimitet (Istad, 2015).

3.3.1 Livsstilsendring som behandling ved kronisk hjertesvikt.

Mange av pasientene som rammes av hjertesvikt må endre livsstil og omprioritere daglige gjøremål som følge av redusert fysisk yteevne og tung pust. De trenger kunnskap om sykdommen slik at de har et grunnlag for å ta ansvar for egen helse. Målet med egenbehandlingen er å holde sykdommen i sjakk og unngå forverring av sykdomstilstanden (Gullestad, 2015). Viktige tiltak for å holde hjertesvikten i sjakk er å ha fokus på kosthold, redusert saltinntak, daglig mosjon, væskerestriksjon, moderat alkoholinntak, røykeslutt og inntak av daglige medikamenter (Evidence-Based Medicine Guidelines, 2016).

Trening som behandling og forebygging av hjerte- og karsykdommer har god dokumentert effekt og gir store helsemessige gevinster. Inaktivitet er forbundet med økt risiko for tidlig død (Helsedirektoratet, 2009). Tidligere trodde man at fysisk aktivitet hadde negativ innvirkning på et svekket hjerte (Ørn & Brunvand, 2011).

3.3.2 Hvordan medikamenter kan påvirke mannens seksualitet.

I tillegg til egenbehandling er medikamenter den viktigste behandlingen for å unngå forverring av hjertesvikten. Betablokkere, kalsiumblokker, ACE-hemmer og vanndrivende midler er grupper av medikamenter som er med på å senke blodtrykket og er vanlig i behandlingen for pasienter med hjertesvikt. Medikamentene forbindes ofte med erektil dysfunksjon. Pasientene kan oppleve problemer med reisning eller å opprettholde reisningen (Almås & Benestad, 2010). Lipidsenkende medikamenter er med på å senke kolesterolet. Hos

menn er det registrert negative seksuelle bivirkninger i form av redusert lyst og ereksjon (Almás & Benestad, 2010).

En stor gruppe av mennene med hjertesvikt vil oppleve problemer med å få ereksjon grunnet redusert blodsirkulasjon til penis. I tillegg vil noen av de preparater de behandles med gjøre det ytterligere vanskeligere å få reisning. For at mennene skal kunne nyte samleie kan de bli behandlet med PDE5- hemmer. PDE5- hemmer som Viagra og Levitra fører til bedre ereksjon gjennom å bedre blodtilførselen til penis. Nitroglyserin er et medikament som gis ved akutte hjertekramper og gir en rask dilasjon av blodårene. Kombinasjon av PDE-5 hemmer og nitroglyserin kan føre til alvorlig blodtrykksfall, og i verste fall død (Aars, 2011).

Benestad og Almás (2010, s. 126- 127) refererer til en studie som viser at pasienter ikke opplyses uoppfordret om seksuelle bivirkninger årsaket av legemidler, der 75% av pasientene beskriver at de opplever disse bivirkningene. Pasienter har krav på opplæring og nødvendig informasjon om virkning og bivirkning av de medikamentene som skal brukes. Pasient og brukerrettighetsloven sier at pasienten skal ha informasjon om risikoer og bivirkninger, samt rett til innsikt i sin helsetilstand og innhold i helsehjelpen (Pasient og brukerrettighetsloven, 2016).

3.3.3 Tilrettelegging av seksuell aktivitet til hjertesviktpasienter.

Evnen til ereksjon forutsetter normal blodsirkulasjon. Aterosklerose, bruk av medikamenter og skremmende symptomer som tung pust gjør menn som lever med hjertesvikt ekstra utsatt for impotens. Menn som lever med hjertesvikt er derfor spesielt utsatte for impotens på grunn av dårlig perifer blodsirkulasjon til penis, ulike medikamenter og skremmende symptomer som tung pust (Aars, 2011). Symptomene kan virke negativt på både evnen og lysten til å gjennomføre et samleie. Det er utarbeidet gode råd som kan hjelpe mennene til å kunne fortsette nytelsen av sex, under forutsetning at deres symptomer er under kontroll. De konkrete rådene er:

- Seksuell aktivitet bør utføres når man er uthvilt og avslappet.
- Unngå seksuell aktivitet like etter inntaket av store måltider, eller alkohol.
- Sørg for at den seksuelle aktiviteten foregår i rolige omgivelser uten risiko for å bli forstyrret. Temperaturen bør ikke være for varm eller for kald.
- Bruk forspill for å gjøre kroppen klar på at aktivitetsnivået øker.

- Prøv deg frem til posisjoner som du synes er behagelige. Hvis du opplever symptomer eller føler deg ukomfortabel, ta en pause og hvil (Heartfailurematters.org, 2017).

3.4 Selvbilde.

Selvbilde er den personlige ideen man har om seg selv. Selvbildet består av det vi konkret vet og det vi tror at vi vet, vårt utseende, vår væremåte og vår verdi som menneske. Selvbildet dannes over tid og kan være mer eller mindre stabilt (Schølberg, 2010). En viktig komponent i selvbildet er kroppsbildet, vår oppfattelse av vår egen kropp. Begrepet rammer både det vi fysisk ser, men også de opplevelsene man opplever gjennom kroppen. Kroppen tas ofte for gitt når den fungerer. En kropp som ikke fungerer eller som preges av smerter tildrar seg oppmerksomhet på en helt annen måte enn en frisk kropp. Kroppsbildet vårt kan bli skadelidende under sykdom og som følge av behandling. Å være misfornøyd med sin egen kropp påvirker oppfatningen av egenverdi på en negativ måte (Solvoll, 2012).

Når en opplever så vanskelige utfordringer og problemer at man ikke kan håndtere eller forholde seg til dem truer dette selvbildet. Klarer vi å håndtere vanskelige situasjoner og problemer slik at man behersker dem på en god måte styrker dette selvbildet. For å styrke, og opprettholde et positivt selvbilde er det viktig å ha et godt forhold til sin egen kropp. Et positivt selvbilde er av betydning for svært mange mennesker. Endret selvbildet på grunn av endret kroppsbildet grunnet sykdom vil kunne gi konsekvenser som dårlig forhold i familien, venner, arbeid og i de sosiale miljøene. Konsekvensene kan vise seg i form av psykiske eller seksuelle problemer. Et skadet selvbilde har store konsekvenser for pasientens rehabilitering og mestring av sykdom. Vi som sykepleiere må derfor se hele pasienten, vi må kunne se kroppsbildet og selvbildet som en integrert del av pasientens egen opplevelse av velvære (Schølberg, 2010).

3.5 Seksualitet og seksuell helse.

Travelbee (2007) beskriver helse som en subjektiv opplevelse og pasienter kan kjenne en forandring på kroppen, selv om det ikke kan diagnostiseres av lege. Seksualitet er et grunnleggende behov og som sykepleiere har vi et ansvar for å være der når pasienten har behov for hjelp. Vi som sykepleiere må se betydningen av å snakke om seksualitet, og ta

ansvar for pasientens seksuelle helse da sykdom kan gjøre at pasientene føler seg mindre verdt som et seksuelt vesen.

3.5.1 Seksualitet som et grunnleggende behov

Grunnleggende sykepleie blir beskrevet som en faglig plattform av verdier, kunnskap og ferdigheter. Sykepleiere må ha kunnskap om hvordan hjertesvikt påvirker pasientens seksuelle helse, og vi må ha evne og vilje til å leve oss inn i pasientens situasjon. Alle grunnleggende behov skal ivaretas av sykepleier da dette er lovpålagt (Kristoffersen, 2012).

Maslows behovspyramide ser på hvilke grunnleggende behov som forklarer vår adferd, og hva som motiverer menneskeligheten. Behovspyramiden består av fem trinn der han plasserer de fysiologiske behovene i bunn. Maslow mente at hvis vi ikke får tilfredsstilt behovene på laveste nivå vil det savnet trumfe behovene på neste nivå. Når nederste nivåer er tilfredsstilt søker vi oss opp til toppen av pyramiden hvor vi finner behovet for selvrealisering. Vi vil presisere at Maslow har skilt sex fra intimitet og kjærlighet, da vi finner sex på trinn 1 under fysiologiske behov og intimitet og kjærlighet på trinn 3 under psykologiske behov (Maslow, 2013).

3.5.2 Konsekvenser ved dårlig seksuell helse.

Menn som opplever dårlig seksuell helse kan få psykologiske konsekvenser. De kan oppleve problemer som angst og depresjon til langt alvorligere tilstander som schizofreni og psykoser. Almås sier i sin artikkel “ Sett sexologene i sving” at seksuelle problemer direkte kan føre til redusert livskvalitet. Menn som opplever dårlig seksuell helse kan rammes av alvorlige helsemessige konsekvenser om de ikke bli møtt med åpenhet, forståelse eller møtt på en faglig kompetent måte (Almås, 2015). Det er en økende bevissthet rundt den seksuelle helsens betydning for helse og velbefinnende. Savn og lengsel kan føre til utvikling av depresjon. Mangel på seksuell nytelse kan føre til andre uhensiktsmessige forsøk på tilfredsstillelse. En orgasme oppleves for mange som et høydepunkt og noe fantastisk. Almås og Benestad (2010) beskriver at dersom vi ikke får tilfredsstilt behovet for seksualitet vil andre behov også bli oversett. Behovene som indirekte blir rammet er behov for forplantning, spenning og avspenning, nærhet og intimitet, det å få oppfylt en sosial rolle og behovet for kjærlighet.

Stress, angst og depresjon er naturlige reaksjoner etter å ha blitt diagnostisert som kronisk syk og det er naturlig å ikke tenke på samleie i denne perioden. I denne perioden blir det enda viktigere å finne andre måter å kunne være intim på. Tilbringe tid sammen, kysse og berøre hverandre blir vektlagt (Heartfailurematters.org). Seksuelle problemer kan føre til problemer i et parforhold, og skilsmisser. Dette vil ha økonomiske konsekvenser for individet og samfunnet. Det er viktig å vite at symptomer som nedstemthet, appetittløshet og lavt energinivå kan være resultat av redusert seksuell helse (Ehnfors, Ehrenberg & Thorell-Ekstrand, 2015).

3.5.3 På hvilken måte har sykepleiere ansvar for pasientens seksuelle helse?

Som sykepleiere ved en hjertepoliklinikk har vi ansvar for å kartlegge de pasientene vi møter og Travelbee mener at målet i alle møter med pasienter bør være å se pasienten bak sykdommen. Alle pasienter opplever ulik grad av velvære. Opplevelsen er avhengig av hvordan pasienten tilpasser seg sin sykdomssituasjon og de ulike symptomene (Travelbee, 2007; Eikeland, Stubberud, & Haugland, 2016).

På lik linje med de øvrige grunnleggende behovene er det vårt ansvar som sykepleiere å informere og åpne opp for samtale om seksualitet. Temaet kan uttrykke seg av ulike karakterer. Pasienten kan selv fortelle om sine problemer, han kan handle eller reagere seksuelt, eller vi som sykepleiere kan fornemme at pasienten har et seksuelt problem. Sykepleiere kan også ha erfaring med, eller være kjent med pasientgruppens sykdom og hvordan den kan påvirke seksualiteten. Det er viktig at vi som sykepleiere ikke bare avfeier disse uttrykkene uten å gå til bunns med å finne ut om det finnes en bakomliggende seksuell frustrasjon (Laursen, 2008).

Almås og Benestad (2010) skriver om viktigheten av å ha en profesjonell holdning når en skal åpne opp for temaet seksualitet. Viktige nøkkelord er kyndighet, respekt for pasientens grenser, klarhet i forhold til egne grenser og fordomsfrihet. Respekt for pasientens grenser og klarhet i egne grenser handler ikke bare om å ta hensyn til pasientens fysiske grenser, men også ta hensyn til de psykiske. Seksualitet er intimt og privat, og vi som profesjonelle må ikke krenke pasientene ved å spørre om ting som ikke er relevante for behandlingen. Vi må stille åpne spørsmål og skape tillit, gi tillatelse slik at det dannes et trygt rom for pasientene. Et rom der pasientene selv kan ta opp de temaer som er viktig for dem. Seksualitet henger sammen

med den individuelle oppfattelsen av livskvalitet, og skal tas i betraktning når man møter pasienter med kronisk sykdom (Wilmoth, 2007).

3.5.4 PLISSIT-modellen.

PLISSIT- modellen er gjennomgående i litteraturen der temaet seksualitet omtales. Det er en behandlingsmodell med mål om å kartlegge pasientens seksuelle problemer, så disse kan løses på riktig nivå. Intervensjonene i modellen vurderes ut fra hvor store og omfattende seksuelle problemer pasienten har. Modellen er utarbeidet av den amerikanske psykologen Jack Annon i 1978. Han beskrev modellen i utgangspunktet som en trakt. I nyere tid ble trakten snudd på hodet og er nå fremstilt som en pyramide med 4 nivåer. PLISSIT står for Permission, Limited Information, Specific Suggestions og Intensive Therapy. Direkte oversatt står de ulike trinnene for Tillatelse, Begrenset informasjon, Konkrete forslag og Intensiv terapi (Aars, 2011). Trinn en og to er trinn som sykepleiere kan benytte seg av i møte med pasienter, da disse representerer aktuelle sykepleieoppgaver. De to øverste nivåene hører til spesialisthelsetjenesten, sexologer eller psykologer.

P- Permission/ Tillatelse

På det første nivået er målet at alle pasienter skal få muligheten til å fortelle om sine tanker rundt seksualitet. Sykepleier tar initiativ og gir tillatelse til å snakke om tema, pasienten skal selv bestemme om han har behov for å fortsette samtalen (Borg, 2010). Skriftlig informasjon kan være en aktuell tilnæringsmåte. Ikke alle pasienter ønsker å snakke om seksualitet, og dette må vi respektere.

LI- Limited information/ Begrenset informasjon

På dette nivået tar man utgangspunkt i at sykepleieren besitter kunnskap om sykdom og behandling som man antar at pasienten ikke har. Det er viktig at sykepleiepraktikeren bruker sin kunnskap terapeutisk (Travelbee, 2007). Å gi informasjon kan avklare misforståelser og gi svar på enkle spørsmål. Dette er et nivå som egner seg for et stort antall pasienter som kan oppleve et behov for konkret informasjon om seksualitet på et grunnleggende plan.

SS- Spessific suggestions/ Konkrete forslag

Målet på dette nivået er å gi konkrete råd til pasienten for å gjøre han i stand til å håndtere forandringer i seksuallivet. Dette nivået er kun for pasienter som trenger spesifikke forslag for

å kunne mestre konkrete utfordringer, for eksempel utskrivelse av potensforhøyede legemidler.

IT- Intensiv Therapy/ Intensiv terapi

Problemene som blir presentert på dette nivået er store og sammensatte. Pasientene har behov for et spesialisert behandlingstilbud. Det kreves spesialkompetanse. Det kan her handle om problemer knyttet til kjønnsidentitet eller seksuelle overgrep (Borg, 2010)

4.0 PRESENTASJON AV FUNN

4.1 Hjertesvikt rammer seksualiteten.

Sexual dysfunction and sexual well-being in people with heart disease viser at forekomsten av seksuelle problemer er omtrent dobbelt så stor hos menn med hjertesvikt sammenliknet med den generelle befolkningen. Den generelle befolkningen oppgir også at de er mer tilfreds med sitt seksualliv. De to hyppigst forekommende problemene hos menn med hjertesvikt, knyttet til seksualitet er erektil dysfunksjon (73%) og mistet interesse for den seksuelle aktiviteten (50%). Dette støttes av flere kvantitative forskningsartikler: *Sexual concerns and sexual counseling in heart failure* og *Sexuality of patients with chronic heart failure and their spouses and the need for information regarding sexuality* (Driel, de Hosson, Gamel, 2014; Traeen & Olsen, 2007; Strömberg, Fridlund, De Geest, Mårtensson, Moons & Thompson, 2010; Medina, Walker, Steinke, Wright, Mosack & Farhoud, 2009). Det er verdt å merke seg at også partnere (33%) opplever en minsket interesse for seksuell aktivitet som følge av mennenes nydiagnostiserte hjertesvikt. Til tross for at de merker en forskjell, rapporterer mindre enn 10% av parene at de diskuterer seksuelle problemer med hverandre (Driel et al., 2014).

Studien til Traeen og Olsen viser at psykologiske årsaker var den viktigste faktoren for seksuelle problemer. Alder, livsstil og behandling av hjertesvikt var faktorer som var mindre viktig. I samme studie viser funnene at menn med hjertesvikt har en oppfatning om at seksuell aktivitet kan forårsake symptomer fra hjertesvikten. Redsels for symptomer forklarer noe av den reduserte interessen for samleie. 58% av mennene som ikke tok blodtrykkssenkende medikamenter rapporterer om et velfungerende seksualliv, 50% av de som tok medikamentene rapporterer om det samme (Traeen & Olsen, 2007).

Viktige funn fra studien til Medina et al. (2009) er at seksuelle problemer oppstår ved ulike tidspunkter etter stilt diagnose. Pasienter og pårørende synes det er viktig med informasjon der 52% av pasientene med hjertesvikt angir at de ønsker spesifikk informasjon om hvordan diagnosen hjertesvikt påvirker den seksuelle aktiviteten. De ønsket informasjon om velvære, avslapping, parforholdet og symptomer fra sykdommen.

Driel et al. (2014) skriver at pasientene foretrekker å motta informasjon om seksualitet fra sykepleier. Dialog som metode ved rådgivning var foretrukket, fulgt av skriftlig informasjon. Informasjon av data og dvd var minst ettertraktet (Medina et al., 2009; Driel et al., 2014).

Pasientene som lever med hjertesvikt har lite innsikt i egen sykdom og prognose (Nordgren et al., 2007). Flere av studiene viser at pasienter med nyoppldaget hjertesykdom er redde for å gjenopppta den seksuelle aktiviteten og er i behov av opptrening og rådgivning om dette tema (Traeen & Olsen, 2007; Strömberg, Fridlund, De Geest, Mårtensson, Moons & Thompson, 2010; Driel et al., 2014; Medina et al., 2009).

4.2 Selvbildet betydning for pasientens etterlevelse.

I *The relationship between self-concept and adherenc, a therapeutic regimes in patiens with heart failure* oppgir hjertesviktpasienter at livsstilsendringene og daglig inntak av medikamenter som følge av sykdommen påvirker store deler av deres hverdag. Det kommer frem at det å endre livsstil, og være avhengig av daglig inntak av medikamenter oppleves som en trussel mot selvbildet. De kunne ikke lenger være den personen de tidligere var. Funn fra forskningen viser en direkte sammenheng mellom trusler mot selvbilde og hjertesviktpasienters evne til å følge legens råd under behandling (Heydari, Ahrari & Vaghee, 2011). I intervjustudien til Nordgren, Asp og Fagerberg (2007) forteller informantene at livssituasjonen gjør at de må gi opp ting de tidligere opplevde som meningsfullt. Dette fremkaller følelser av skuffelse, maktløshet, frustrasjon, en følelse av personlig nederlag og tap av kontroll. Tilværelsen opplevdes da som meningsløs. Dette støttes av studien til Heydari et al. (2011) som i tillegg viser at kronisk sykdom har en tydelig innvirkning på en persons kroppsbilde.

Hovedårsaken til reinnleggelse av pasienter med hjertesvikt er pasientenes mangel på etterlevelse og dårlig oppfølging av anbefalt behandling. 54% av de akutte reinnleggelsene hadde vært unngått dersom pasientene hadde fulgt den anbefalte behandlingen. Yngre personer med kronisk hjertesvikt har dårligere etterlevelse enn de eldre. (Heydari et al., 2011). Nordgren et al. (2007) gjengir at informantene savner å være selvstendige, og velger derfor å ikke følge legens råd.

I *Sexual self-concept, anxiety and self-efficacy predict sexual activity in heart failure and healthy elders* fant de at eldre med hjertesvikt hadde omtrent dobbelt så høy opplevelse av angst og depresjon enn friske eldre. De som ikke lenger var seksuelt aktive hadde mindre opplevelse av generell angst. Den gruppen som hadde minsket opplevelse av angst hadde akseptert at de ikke lenger var seksuelt aktive, og var tilfreds med dette (Steinke, Wright, Chung & Moser, 2008). Pasienter med dårlig selvbilde er mer utsatt for psykiske lidelse og seksuelle problemer. For menn kan minsket sekslyst representere en kontrast mot maskuliniteten, kroppsbildet og forestillingen om at menn alltid er klare for samleie (Traeen & Olsen, 2007). 63% av hjertesviktpasientene får et negativt påvirket selvbilde på grunn av overbeskyttende partnere. Minsket frihet i form av redsel for symptomer og partnerens bekymring forsterker denne opplevelsen (Medina et al., 2009; Heydari et al., 2011).

4.3 Sykepleiere snakker ikke om seksualitet.

I Forskningen til Medina et al. (2009) angir 90% av sykepleierne at det å diskutere seksualitet med sine pasienter er viktig for å kunne utøve holistisk sykepleie. Til tross for dette angir 94% av den samme gruppen at det ikke er sannsynlig at de vil ta opp seksualitet med sine pasienter. Årsaken til at sykepleiere ikke tar opp temaet seksualitet er at de har en forestilling om at pasienten kan bli opprørt (67%), flau (72%), eller engstelig (68%). 25% av sykepleierne mener at de selv mangler kunnskaper om tema, og 40% mener i tillegg var usikre på hvordan de skulle besvare eventuelle spørsmål. Andre barrierer til at seksualitet ikke tas opp er dårlig tid, manglende opptrening, eller ambivalente holdninger til seksualitet (Strömberg et al., 2010; Medina et al., 2009).

82% av sykepleierne angir at de ikke har fått noe undervisning om hvordan man snakker med pasienter om seksualitet. Det var ingen forskjell på de som hadde jobbet lengre eller kortere enn 10 år som sykepleiere. De sykepleierne som hadde fordypet seg i temaet seksualitet var mer aktive og deltakende i den seksuelle rådgivningen. Funn viser at sykepleiere trenger mer kunnskap og praktisk trening i å kunne tilby informasjon om seksuelle bekymringer (Strömberg et al., 2010).

5.0 DRØFTING

5.1 Behovet for sex vs. behovet for intimitet.

For å finne ut av hvorfor det er av betydning for menn med hjertesvikt at sykepleiepraktikere tar initiativ til å snakke om seksualitet vil vi først se på hvorvidt seksualitet er et grunnleggende behov. WHO sin definisjon av seksualitet beskriver dette som en integrert del av ethvert menneskes personlighet. De sier at seksualitet er et grunnbehov som utgjør et aspekt av å være menneske, og som ikke kan skilles fra andre livsaspekter (WHO, 2010).

Maslow skiller sex fra seksuell intimitet i sin behovspyramide, og han har plassert behovet for sex på nederste nivå (Maslow, 2013). Da dette nivået i behovspyramiden presenterer fysiske grunnleggende behov som behov for søvn, mat og eliminasjon tolker vi at sex på dette nivået kun representerer reproduksjon. Denne tanken forsterkes av vitenskapen om at reproduksjon er grunnleggende for å føre menneskeligheten videre. Vi mener at det å skille behovet for sex og behovet for intimitet ikke er hensiktsmessig når vi snakker med pasienter om seksualitet. Forskningen til Traeen & Olsen (2007) viser at 47% av hjerte- og lungesyke er misfornøyde med sitt seksualliv, og ca. halvparten av denne gruppen oppgir at de har et seksuelt problem. For å finne ut hvor pasienten opplever et problem mener vi at sykepleiepraktikere må inkludere både de fysiske og psykiske aspektene av sex og ikke separere dem slik som Maslow viser i sin pyramide. Hvis sex bare handler om reproduksjon mener vi at dette ikke er en sykepleieroppgave i møte med menn med hjertesvikt. På den andre siden sier Travelbee (2007) at sykepleiepraktikere skal hjelpe der pasienten selv opplever at han har et problem.

For å forklare sammenhengen mellom seksualitet og seksuell helse har vi gått høyere opp i Maslows behovspyramide. Funn fra forskningen til Nordgren et al. (2007) viser at hjertesviktpasienter stadig blir yngre og pasientgruppen blir større, med menn i reproduktiv alder. For dem kan muligheten til å skape barn trues som følge av sykdom og bivirkninger av nødvendige medikamenter. Vi tror ikke at den reproduktive delen av seksualitet er den viktigste faktoren for pasientens opplevelsen av seksuell helse. På nivå tre, fortsatt under mangelbehov, finner vi seksuell intimitet. Dette nivået tar for seg psykologiske faktorer som er av betydning for hvert enkelt menneske. Vi vet at psykologiske faktorer er de viktigste årsakene til seksuelle problemer (Traeen & Olsen 2007). Vi vet også at dårlig seksuell helse kan gi psykologiske konsekvenser. På bakgrunn av disse fakta mener vi at seksuell intimitet

er av betydning for menneskets opplevelse av velvære. Maslow (2013) har likestilt seksuell intimitet med nærhet til familie og opprettholdelse av den sosiale rollen, faktorer som har betydning for selvbildet (Schølberg, 2010). Vi mener at sykepleiepraktikere som klarer å inkludere både reproduksjon og intimitet som en grunnleggende del av mennesket, og ser hvordan psykiske eller fysiske problemer kan uttrykkes seg som et seksuelt problem lettere vil kunne yte helsehjelp der hjelpen trengs. På den måten blir det lettere å forstå at menn som opplever seksuelle problemer ikke bare opplever det kroppslige savnet, nytelsen av samleie. Helsen blir skadelidende fordi den seksuelle intimiteten påvirkes negativt, den sosiale rollen er forandret og selvbylde trues.

5.2 Seksuell helse- en individuell opplevelse.

Ved en akutt innleggelse får menn med hjertesvikt informasjon om å avstå fra seksuell aktivitet i en gitt periode. Forskningen til Strömberg et al. (2010) viser at hjertesviktpasienter er redde for å gjenoppta den seksuelle aktiviteten, og 50% har mistet interessen for sex (Traeen & Olsen, 2007). Symptomene fra hjertesvikt kan ligne det fysiske som skjer med kroppen ved opphisselse. Pulsene øker, huden blir rød, varm og svett og vi kan bli bevisst over vår egen tunge pust. Det kan være vanskelig å avgjøre om disse symptomene skyldes sykdom eller opphisselse. Vi ser derfor viktigheten av å avkrefte myten om at mange pasienter dør under samleie da nyere forskning viser at fysisk aktivitet i kontrollert form har helsemessige gevinster og forebygger tidlig død. Pulsene ved en orgasme kan sammenliknes med den belastningen på hjertet det medfører å gå opp to etasjer (Landsforeningen for hjerte-og lungesyke, 2008; helsedirektoratet, 2009). Vi mener alle pasienter trenger konkret informasjon om at den seksuelle aktiviteten kan gjenopptas dersom dette er ønskelig og sykdommen er stabil.

Forskning viser at menn med hjertesvikt har problemer med ereksjon (Medina et al., 2009; Traeen & Olsen, 2007). For dem kan Viagra eller andre potensforhøyende midler opprettholde muligheten for samleie. Vi forstår godt deres redsel for å bruke slike preparater da disse i kombinasjon med nitroglyserin kan være livstruende. Vi mener pasientene må få tilstrekkelig med informasjon om alvoret av å kombinere disse medikamentene, hvilke symptomer de må være oppmerksomme på og når de skal ta kontakt med helsevesenet uten at informasjonen oppfattes som skremmende. Hvis sykepleieren har gjort en god jobb med å legitimere

samtaler om seksualitet tror vi det vil gjøre det enklere for pasienten å henvende til helsevesenet om det skulle oppstå spørsmål.

Redsel for samleie kan føre til avholdenhet. Psykologiske faktorer er de viktigste årsakene til seksuelle problemene (Traeen & Olsen, 2007). Avholdenhet vil kunne være belastende for parforholdet, selvbildet vil kunne påvirkes negativt og pasienten vil kunne føle seg mindre verdt som mann og elsker. Graden av livskvalitet vil synke (Wilmoth, 2007; Medina et al. 2009). Samtidig som seksualitet er en viktig bidragsytende faktor for vårt psykiske og fysiske velbefinnende, viser studien til Steinke et al. (2008) at eldre som ikke lenger er seksuelt aktive har mindre forekomst av generell angst enn de som fortsatt yter seksuelt. Vi tenker at dette har en sammenheng med at de som ikke lenger er seksuelt aktive ikke kjenner på presset om å måtte prestere seksuelt og tilfredsstille en eventuell partner. De har slått seg til ro og akseptert situasjonen.

Vi mener det er viktig at pasienter ikke avstår fra seksuell aktivitet på feil grunnlag. Slik vi forstår det kan beslutningen om å ikke lenger nyte samleie for noen være helsefremmende og helt riktig. Dette forutsetter at beslutningen er avgjort på bakgrunn av kunnskap og etter eget ønske, dette krever at sykepleiepraktiker bruke sin kunnskap terapeutisk. Da de yrkesetiske retningslinjene belyser at sykepleiere må møte pasienter på en måte som fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige valg ved at det skal gis tilstrekkelig, tilpasset og forstått informasjon, er dette sykepleiers ansvar (Norges Sykepleierforbund, 2011). Beslutningen om å avstå fra den gleden som samleie medfører skal ikke komme av redsel, eller hva vi som sykepleiere tror er riktig, men hvordan pasientene selv opplever sin situasjon. Forskningen til Medina et al. (2009) viser at for par som ikke lenger har samleie er kyssing, klemming, masturbasjon alene eller med partner gode erstatninger for samleie. Vi tror dette kan være nok for å opprettholde den individuelle opplevelsen av seksuell helse, og vi tror ikke at alle mennesker trenger å opprettholde den seksuelle aktiviteten for å opprettholde den seksuelle helsen. Vi mener det har betydning for menn med hjertesvikt at sykepleiere tar deres egen opplevelse på alvor, og støtter dem i deres valg.

5.3 Selvbildets betydning for en vellykket behandling.

Traeen & Olsen (2007) har funnet at personer med dårlig selvbylde er mer utsatte for seksuelle problemer. Det er vanskelig å avgjøre om det dårlige selvbildet kommer av dårlig seksuell

helse, eller om dårlig seksuell helse gir et dårlig selvbilde. Vi ser en sammenheng mellom seksuell helse og pasientens evne til å følge anbefalt helsefremmende regime gjennom at de begge forsterkes av et positivt selvbilde. Funn fra *The relationship between self-concept and adherenc, a therapeutic regimes in patients with heart failure* viser at pasienter som ikke opplever behandling som en trussel mot selvbildet har større grad av etterlevelse. Pasienter som ikke opplever behandlingen truende mot sin frihet og selvstendighet har i større grad et vellykket behandlingsopplegg og færre reinnleggelser (Heydari et al., 2011). Redsel for symptomer, savn av livet som det var før diagnosen, å ikke opprettholde sin sosiale rolle og at man føler seg bundet til å følge et behandlingsopplegg, er faktorer som påvirker pasientens motivasjon til å gjennomføre det omfattende arbeidet en livsstilsendring medfører (Nordgren et al., 2007; Evidence-Based Medicine Guidelines, 2016). Det er vanskelig for oss å forstå hvordan det er å bli påtvunget en ny livsstil. Som sykepleiere tror ikke vi det er mulig å forstå alle våre pasienter, men vi bør heller strebe etter å skape en mellommenneskelig relasjon for å nå sykepleierens mål om å hjelpe et individ med å mestre sykdom og lindre lidelse (Travelbee, 2007).

Forskning viser at 63% av hjertesviktpasienter får et negativt påvirket selvbilde på grunn av overbeskyttende partnere. Minsket frihet i form av redsel for symptomer forsterker denne opplevelsen (Medina et al., 2009; Heydari et al., 2014). Vi utgår fra at partnerne ønsker det beste for sine kjære, og at det som oppfattes som overbeskyttende handler om omsorg og redsel. Et endret selvbilde som følge av endret kroppsbilde på grunn av sykdom, vil kunne gi konsekvenser i form av psykiske lidelser, dårlig forhold i familien og i de sosiale miljøene (Schølberg, 2010). Et positivt selvbilde virker som et anker som holder oss fast når vi er i ferd med å miste fotfestet, som ved sykdom. Personer med et dårlig selvbilde vil ha vanskeligere for å takle nye livssituasjoner da de mangler en indre trygghet. Vi mener det er viktig at sykepleiepraktiker møter personen bak sykdommen og bekrefter hans verdi og mestringsevne. Å inkludere partnere i et behandlingsopplegg tror vi vil kunne føre til bedre etterlevelse, minsked redsel hos partnere, og en sterkere parrelasjon. Hvis familien eller selvbildet motarbeider deg kan dette få negative følger for sykdomsprognosen. Både familien og selvbildet kan for mange være de beste ressursene for å mestre alvorlig sykdom. Vi mener derfor det er av betydning at vi inkluderer partnere for at pasienten skal oppnå en vellykket behandling.

Heydari et al. (2011) estimerer at 54% av alle reinnleggelser hos hjertesviktpasienter kunne vært unngått dersom pasientene hadde endret livsstil og tok sine ordinerte medikamenter. $\frac{1}{3}$ av alle hjertesviktpasienter reinnlegges hvert år (Gullestad, 2015). Dette synes vi er alt for store tall når vi har lest forskning som forklarer grunnen til over halvparten av disse reinnleggelsene. Fra et fysisk, psykisk og samfunnsperspektiv synes vi det trist å tenke på de belastninger som kunne vært unngått. Familien ville gjerne vært uten de psykiske belastningene og for samfunnet betyr reinnleggelser en økonomisk belastning. For pasienten selv vil ytterligere reinnleggelser kunne føre til forverring av sykdomstilstanden, gi psykiske konsekvenser, truet selvbilde og redusert livskvalitet. På bakgrunn av dette mener vi at sykepleierens åpenhet om seksualitet er av betydning for både pasienter med hjertesvikt og deres partnere.

5.4 Kartlegging av behov for informasjon og behandling.

Sexual concerns and sexual counseling in heart failure viser at 52% av pasienter med hjertesvikt ønsker konkret informasjon om hvordan diagnosen kan påvirke den seksuelle aktiviteten (Medina et al. 2009). Samtidig vet vi at å gi informasjon om seksuelle utfordringer kan føre til at pasienten selv blir bevisst på at han har et problem. Vårt ønske om å hjelpe kan føre til at pasienten får en dårligere oppfatning av sin seksuelle helse. Regjeringens strategi *Snakk om det!* har som overordnet mål å gjøre samtalen om seksualitet enklere for helsepersonell (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Dette betyr ikke at alle pasienter skal ha all informasjon. Seksualitet vil alltid være noe intimt og privat. Vi må ha forståelse for at ikke alle pasienter har lyst til å snakke med sykepleiere om temaet. Dette støttes av Medina et al. (2009) som viser til at 48% av hjertesviktpasienter *ikke* ønsker denne konkrete informasjonen.

PLISSIT- modellen er av stor betydning for å få til en kartlegging om hvorvidt pasienten sitter med spørsmål knyttet til seksualitet. Vi ser en sammenheng mellom Travelbee og PLISSIT- modellens tenkning. Nivå en og to i modellen vektlegger noen av de samme egenskapene som Travelbee (2007) mener en sykepleiepraktiker bør besitte. Sykepleier må skape en mellommenneskelig relasjon, det er også av betydning at sykepleier har kunnskap, og at sykepleiepraktiker bruker den kunnskapen til å lindre lidelse eller opprettholde helse hos pasienten. Vi ser at egenskapene som Travelbee (2007) vektlegger kan gjøre det enklere for

sykepleier å åpne opp for samtale om seksualitet. Modellen viser at sykepleier kun trenger å ta initiativ til samtale for å avklare om pasienten ønsker å snakke om tema. Vi kan også kartlegge eventuelle misforståelse og behovet for mer informasjon. 70% av det pasientene opplever som et problem knyttet til seksualitet løses på nivå en og to (Blindheim, 2014; Borg, 2010). Ved å inkludere seksualitet i møte med hjertesvikt-pasientene kan vi forebygge angst, depresjon, psykoser og personlighetsforstyrrelser (Almås, 2015). Om det kommer frem tilfeller som voldtekt og overgrep skal ikke sykepleier ta dette ansvaret alene, vi skal heller ikke gi seksuell rådgivning. Sykepleier skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner (Helsepersonelloven, 2017). Vi skal åpne opp for samtale, gi informasjon og la pasienten få snakke om sine følelser og tanker rundt sin seksualitet.

I realiteten ser vi at dersom sykepleier kartlegger at en pasient har behov for oppfølging vil dette innebære en tidsmessig belastning og temaet vil stjele tid fra andre viktige arbeidsoppgaver. Sykepleiere som kartlegger at en pasienten har helsemessige utfordringer, og er i behov av hjelp har et ansvar for å hjelpe disse pasientene. Dette støttes av Travelbee (2007) som sier at sykepleiers mål er å hjelpe den som er i behov av helsehjelp. Vi som sykepleiere kan ikke bestemme hvilke pasienter som trenger informasjon om seksualitet om vi ikke kartlegger behovet. Behovet for nærhet og intimitet forsvinner ikke om du får hjertesvikt eller blir eldre. Vi ser gjennom teori og forskning at pasienter i alle aldre har seksuelle behov og bekymringer og vi mener derfor at alle pasienter må kartlegges, slik at informasjon kan tilpasses den enkelte.

5.5 Sykepleiere må snakke om seksualitet.

Flere studier viser at pasienter og pårørende ønsker informasjon om seksualitet når sykdom rammer. Sykepleiere er den mest ønskede informatøren, og dialog er den foretrukne fremgangsmåten (Medina et al., 2009; Driel et al., 2014). Dette tolker vi som at sykepleiere har opparbeidet seg en tillit blant pasientene. Samtidig lurer vi på hvordan sykepleiere imøtekommer dette ønsket. Vår egen oppfatning er at svært få sykepleiere snakker med sine pasienter om seksualitet. Dette bekreftes av funn fra artikkelen til Medina et al. (2009) som viser at kun 6% av sykepleiere angir at de tar opp temaet. 90% av sykepleierne mente at det å ta opp seksualitet med sine pasienter er holistisk sykepleie. Dette tyder på at en veldig stor andel sykepleiere ser på seksualitet som et behov som tilhører alle mennesker. For oss blir det da vanskelig å forstå at kun 6 % av sykepleiere tar opp tema.

Strömberg (2010) har funnet at sykepleiere ikke tar opp tema seksualitet med sine pasienter fordi de tror at pasientene kan bli engstelige, flau eller opprørte. De nevner også at de selv har for lite kunnskap om seksualitet og sykepleierne vet heller ikke hvordan de skal besvare eventuelle følgesspørsmål. Selv ser vi flere utfordringer for at tema seksualitet tas opp. Det kan være vanskelig å finne tid i en allerede hektisk hverdag og det kan være vanskelig å finne egnet sted hvor samtalen kan foregå uten forstyrrelser. Vi opplever gjennom teori, forskning samt egne erfaringer at det kan virke som sykepleiere alltid kommer med unnskyldninger for å ikke ta opp temaet seksualitet. Å ikke ha nok kunnskap mener vi er et dårlig argument alene. En viktig komponent hos en god sykepleiepraktiker karakteriseres av at man selv vet når man ikke har nok kunnskap og at man vet hvor og hvordan man innhenter den manglende kunnskapen (Travelbee, 2007). Vi synes det er en veldig uheldig holdning om sykepleiere innser at de ikke har nok kunnskap, og velger å ikke gjøre noe med det. Samtidig mener vi at en sykepleier alene ikke kan klandres for at samtalen om seksualitet uteblir. Holdninger på arbeidsplassen, prioritering av tid og arbeidsoppgaver er lederens ansvar. Vi mener lederen på hjertepoliklinikken må sette av tid slik at sykepleierne kan konsentrere seg om å tilegne seg ny kunnskap der hver enkelt har behov for det. Sykepleiere er avhengig av at lederen tar ansvaret for å danne en god kultur på arbeidsplassen, slik at temaet seksualitet ikke blir noe flaut, men en ressurs for pasientenes helse.

Sykepleiere i artikkelen *Sexual counselling of cardiac patients: nurses' perception of practice, responsibility and confidence* synes det var mest komfortabelt å snakke med sine pasienter om nøytrale temaer rundt seksualitet. Informasjon om bivirkninger, når man kan gå tilbake til seksuell aktivitet og hvilke preparater som kan brukes om det oppstår smerte under samleie var foretrukne temaer. Behovet for forandrende samleiestillinger og vekten av forspill var det de anga som vanskeligst (Strömberg et al., 2010). I teoridelen har vi presentert konkrete råd for å tilrettelegge den seksuelle aktiviteten for pasienter med hjertesvikt (Heartfailurematters.org, 2017). Vi mener det bør være like enkelt å ramse opp denne listen som å formidle informasjon om bivirkninger av medikamenter. De kan sammenlignes ved at det ikke inneholder noen vurderinger, eller at sykepleier trenger en egen mening. Hvis retningslinjene for seksuell aktivitet hos pasienter med hjertesvikt finnes lett tilgjengelige på arbeidsplassen tror vi sykepleiere i større grad kan inkludere det grunnleggende behovet for seksualitet som en del av behandlingen.

Det er veldig enkelt for oss som ikke er i situasjonen å peke på det som ikke lykkes. For å få større forståelse for hva som skal til for å lykkes med å gjennomføre gode samtaler om seksualitet kontaktet vi en anerkjent sexolog. Vi ønsket å få vite hva hun vektlegger i møte med sine pasienter. Hun mener at en viktig del av å få til en god samtale om et privat tema handler om tid. Selv setter hun aldri av mindre enn 60 minutter til slike samtaler. Hun vektlegger også å ikke tvinge samtalen på pasienten og gi pasienten mulighet til å snakke om det han selv opplever som utfordrende. Fra egen erfaring kan vi se at sykepleiere på en poliklinikk ikke har de samme mulighetene, da tid er noe vi ikke administrerer fritt. Selv føler vi på at det oppleves uansvarlig å starte en samtale om et intimt tema dersom vi ikke har mulighet til å følge opp pasienten. Som sykepleiere er vi pålagte å følge Helsepersonelloven som sier at vi skal innrette oss etter våre egne faglige kvalifikasjoner og innhente bistand eller henvise pasienter videre dersom dette er nødvendig (Helsepersonelloven, 2017).

Under praksis på gynekologisk kreftpoliklinikk møtte vi pasienter som hadde fått seksuallivet forandret som følge av sykdom og behandling. Vi så konkrete eksempler på hvordan ledelsen tok tak i temaet seksualitet med vellykket resultat. Pasientgruppen vi møtte her er ikke den samme som den vi baserer vår oppgave på, sykdommene kan heller ikke sammenliknes. Vi mener at hvordan de inkluderer temaet seksualitet er overførbart til hjertepoliklinikken. Det ble brukt skjemaer som la grunnlag for hvilke temaer som skulle tas opp. Under en av de planlagte konsultasjonene var et av fokuspunktene hjelpemidler for å kunne opprettholde den seksuelle funksjonen. Til tross for den detaljerte informasjonen opplevdes ikke disse samtalerne belastende eller flau for noen av partene. Vi tror mye av grunnen til at disse samtalerne foregikk uproblematisk var at pasienten på forhånd hadde forståelse for at seksualitet var et tema som måtte tas opp. For sykepleier sin del kom heller ikke temaet som noen overraskelse, da det tas opp med alle pasienter. Sykepleierne hadde en avslappet holdning til temaet, noe vi tror smittet over på oss og pasienten.

Pasientene ønsker informasjon. For oss kan det nesten virke som at sykepleier er den som er flau og vegrer seg for å ta opp temaet seksualitet. Vår holdning har en direkte innvirkning på den pleien vi gir. Da over halvparten av pasientene med hjertesvikt ønsker konkret informasjon fra sykepleier tenker vi at ledelsen bør legge til rette for en kultur der seksualitet er noe naturlig. Vi mener de må sette av tid og lage rom til nødvendige samtaler. Å inkludere spørsmål om seksualitet i en behandlingsplan tror vi vil gjøre det enklere for sykepleier å ta

opp tema. På den måten vil kanskje samtaler om seksualitet bli en arbeidsoppgave på lik linje som å snakke om eliminasjon.

5.6 Grunnutdanningens ansvar for å forme gode sykepleiepraktikere.

Utdanningen og sykepleiere må tørre å snakke om seksualitet, og overføre gode holdninger i møte med kollegaer og pasienten slik at bekymringer rundt seksualitet ikke blir bortglemt. Samfunnet forandres og seksualitet tar større plass i vår hverdag. Regjeringen har gjennom *Snakk om det!* satt seksuell helse i fokus og vektlegger også utdanningens ansvar. Dette belyser den seksuelle helsens betydning, og vi som sykepleiere må ta en del av dette. Forskning viser at 82% av sykepleiere mener de har fått for lite eller at undervisning om seksualitet har uteblitt fra grunnutdanningen (Strömberg, 2010). Med tanke på hvor mange sykepleiere Høgskolen i Oslo og Akershus utdanner hvert år mener vi disse tallene ikke er representative for nyutdannede sykepleiere i Oslo. Avgangsstudentene 2017 har blitt tilbudt undervisning om seksualitet og intimitet av en anerkjent sexolog. Temaet har også blitt tatt opp av forelesere som har hatt undervisning om sykdommer i de ulike organene. Dette burde bety at minimum halvparten av alle nyutdannede sykepleiere i Oslo har noe form for kunnskap om tema. For å forklare hvorfor sykepleiere sier at de ikke har fått undervisning om seksualitet kan det lave oppmøte på de angitte forelesningene være en av årsakene. På forelesningen som i sin helhet handlet om seksualitet og intimitet møtte i underkant av 20 studenter til undervisning.

Forskningen til Strömberg (2010) viser at seksualitet ikke er godt nok inkludert i utdanningen. Vi tror obligatoriske forelesninger om hvert grunnleggende behov er nødvendig. På den måten sikrer skolen seg at alle elever har grunnleggende kunnskap om hvert behov. Vi er kritiske til at temaet seksualitet ikke sto oppført på pensumlisten for eksamen i tredje år. På bakgrunn av dette har vi forståelse for at studenter prioriterte bort forelesningen om seksualitet og intimitet. Kanskje seksualitet burde fått en større plass i utdanningen allerede fra første skoleår. Travelbee (2007) vektlegger sykepleierutdanningens ansvar for å forme gode sykepleiere. Viktigheten av å ha kunnskap om seksualitet og seksuell helse mener vi må være inkludert i utdanningen, slik at sykepleiere tar initiativ til å snakke om seksualitet i møte med sine pasienter.

6.0 KONKLUSJON

I denne oppgaven har vi sett på hvordan seksualitet har betydning for menn med hjertesvikt, og hvilke konsekvenser det kan ha om sykepleier ikke tar initiativ til å snakke om tema. Seksualitet er et grunnleggende behov hos alle mennesker, men vi mener at det er uhensiktsmessig å skille sex fra intimitet i møte med pasienter da vi vet at psykiske faktorer er de vanligste årsakene til seksuelle problemer. Som sykepleiere må vi hjelpe pasienten der han selv opplever at han har et problem. Travelbees aspekt om å etablere et godt mellommenneskelig forhold og kartlegge våre pasienters behov vil derfor være av stor betydning for å kunne utøve holistisk sykepleie.

Hjertesviktpasienter har på grunn av dårlig sirkulasjon og medikamentell behandling problemer med ereksjon og nedsatt sexlyst. Å snakke om seksualitet bør derfor være naturlig for sykepleiere på en hjertepoliklinikk. Sykepleiere kommer med flere forklaringer på hvorfor de ikke snakker om seksualitet med sine pasienter til tross for at pasientene ønsker informasjon om temaet. For sykepleiere som synes det er vanskelig å snakke om seksualitet kan PLISSIT-modellen være en god tilnæringsmåte. I oppgaven har vi kommet frem til at det for noen pasienter kan være riktig å avstå fra samleie men det er viktig at hver enkelt pasient sammen med partner tar denne avgjørelsen på bakgrunn av kunnskap og ikke på grunn av redsel. Seksuell aktivitet kan med godt resultat erstattes av kyssing, klemming og masturbasjon. Man trenger ikke samleie for å opprettholde den seksuelle helsen. Det viktige er pasientens egen opplevelse og at denne blir tatt på alvor.

Sykepleiere må ta initiativ til å snakke om seksualitet fordi det er en klar sammenheng mellom dårlig seksuell helse, depresjon, angst, personlighetsforstyrrelser og truet selvbilde. Konsekvensene av dette er at pasienten har lavere grad av etterlevelse med flere reinnleggelser og dårligere sykdomsprognose. Vi må legitimere samtaler om seksualitet, snakke om seksualitet som noe naturlig og som en integrert del av det å være menneske. Vi håper med dette at sykepleierutdanningen får opp øyene for de helsemessige gevinstene en god seksuell helse medfører og kan videreformidle dette til fremtidige sykepleiere.

LITTERATURLISTE

- Aars, H. (2011). *Menns Seksualitet*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
[Kap. 3, 5, 11, 14]
- Almås, E. (2015). *Sett sexsologene i sving!* Hentet 19.05.17 fra
<http://forskning.no/blogg/forskningsetikken/sett-sexologene-i-sving>
- Almås, E. & Benestad, E. E. P. (2010). *Sexologi i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
[Kap. 4, 5, 6, 8, 13]
- Borg, T. (2010). Seksualitet. I Reitan, A. M. & Schjølberg T. K. (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient - utfordring- handling*. (s. 121-130). Oslo: Akribe. (3. Utg.).
- Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving (5.utg)*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Driel, A. v., de Hosson, M. J., & Gamel, C. (2014). Sexuality of patients with chronic heart failure and their spouses and the need for information regarding sexuality. *European Journal Of Cardiovascular Nursing*, 13(3), 227-234.
doi:10.1177/1474515113485521
- Ehnfors, M., Ehrenberg, A. & Thorell-Ekstrand, I. (2015). *Nye vips-boken: Velvære, integritet, profylakse, sikkerhet*. Cappelen Damm Akademisk.
[Kap. 4]
- Eikeland, A., Stubberud, D-G., Haugland, T. (2016). Sykepleie ved hjertesykdommer. I D-G. Stubberud, H. Almås., & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie bind 1* (s.229-280). Oslo: Gyldendal Akademisk (5.utg.).
- Evidence-Based Medicine Guidelines. (2016). *Chronic heart failure*. Hentet 15.05.17 fra
<https://www.ebm-guidelines.com/dtk/ebmg/home?id=ebm00088>
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur. [Kap. 4]

- Gannes, S. (2012). Nærhet og seksualitet. I Kristoffersen, N., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3 – pasientfenomener og livsutfordringer* (s.72-104). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Gullestad, L. (2015.) Hjertesvikt. I Forfang, K., Istad, H. & Wiseth R. (Red.), *Kardiologi; Klinisk veileder* (s. 192-206). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Heartfailurematters.org. (2017). *Sex and heart Failure*. Hentet 13.05.17 fra http://www.heartfailurematters.org/en_GB/Living-with-Heart-Failure/Sex-and-heart-failure
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Snakk om det!*. Hentet 01.04.17 fra https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf
- Helsedirektoratet. (2009). *Seksuell helse – lokalt folkehelsearbeid*. Hentet 15.05.17 fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid-i-kommunen/veivisere-i-lokale-folkehelsetiltak/seksuell-helse-lokalt-folkehelsearbeid#kunnskapsgrunnlag>
- Helsepersonelloven. (2017). *Lov om helsepersonell m.v. (Helsepersonelloven)*. Hentet 16.05.17 fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_1#KAPITTEL_1
- Heydari, A., Ahrari, S., & Vaghee, S. (2011). *The Relationship Between Self-concept and Adherence to Therapeutic Regimens in Patients With Heart Failure*. *Journal Of Cardiovascular Nursing*, 26(6), 475-480.
- Istad, H. (2015). Aterosklerose og lipidsenkende behandling. I Forfang, K., Istad, H. & Wiseth R. (Red.), *Kardiologi; Klinisk veileder* (s. 114-131). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Jaarsma, T., Strömberg, A., Fridlund, B., De Geest, S., Mårtensson, J., Moons, P., & ... Thompson, D. (2010). *Sexual counselling of cardiac patients: nurses'*

perception of practice, responsibility and confidence. European Journal Of Cardiovascular Nursing, 9(1), 24-29. doi:10.1016/j.ejcnurse.2009.11.003

Kirkevold, M. (2009). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal Akademisk. [kap. 6]

Kristoffersen, N. (2012). Innledning. I Kristoffersen, N., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 2 – Grunnleggende behov (s.11-13)*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Landsforeningen for Hjerte- og lungesyke. (2008). *Hjertes i lyst og nød*. Hentet 19.05.17 fra <https://www.lhl.no/globalassets/ressurscenterforhjerterehabilitering/dokumenter/lhlseksualitetoghjertesykdomhelsep.pdf>

Laursen, B. S. (2008). Sykepleieboken 1. Grunnleggende sykepleie. I Mekki, T. E (Red.). *Sykepleie knyttet til pasientens seksualitet*. Oslo: Akribe AS.

Maslow, A. H. (2013). *A Theory of Human Motivation*. London: Black Curtain Press

Medina, M., Walker, C., Steinke, E., Wright, D., Mosack, V., & Farhoud, M. (2009). Sexual concerns and sexual counseling in heart failure. *Progress In Cardiovascular Nursing*, 24(4), 141-148. doi:10.1111/j.1751-7117.2009.00052.x

Nordgren, L., Asp, M., & Fagerberg, I. (2007). *Living with moderate-severe chronic heart failure as a middle-aged person*. Qualitative Health Research, 17(1), 4-13.

Norges Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 20.04.17 fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Nortvedt, M., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert – en arbeidsbok*. Oslo: Akribe AS. [Kap. 1, 2]

Odland, L-H. (2008). Menneskesyn. I Brinchmann, B. S. (Red.), *Etikk i sykepleien*. (s. 23-41). Oslo: Gyldendal Akademisk. (2. Utg.).

Pasient og brukerrettighetsloven, 2016. *Pasientens og brukerens rett til informasjon*. Hentet 18.04.17 fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63/§3-2>

Schølberg, T. K. (2010). Endret kroppsbilde. I Reitan, A. M. & Schjølberg T. K. (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient - utfordring- handling*. (s. 131-140). Oslo: Akribe. (3. Utg.).

Statistisk sentralbyrå. (2013). *Mitt SSB*. Hentet 13.05.17 fra <https://www.ssb.no/statistikkbanken/SelectVarVal/Define.asp?MainTable=SomatSykehPas&%20KortNavnWeb=pasient&PLanguage=0&checked=true>

Steinke, E., Wright, D., Chung, M., & Moser, D. (2008). *Sexual self-concept, anxiety, and self-efficacy predict sexual activity in heart failure and healthy elders* [corrected] [published erratum appears in HEART LUNG 2008 Nov-Dec;37(6):485]. *Heart & Lung*, 37(5), 323-333.

Solvoll, B-A. (2012). Identitet og egenverd. I Kristoffersen, N., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3 – pasientfenomener og livsutfordringer* (s.16-39). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Thidemann, I. J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.

Traeen, B., & Olsen, S. (2007). *Sexual dysfunction and sexual well-being in people with heart disease*. *Sexual & Relationship Therapy*, 22(2), 193-208.

Travelbee, J. (2007). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Wilmoth, M. (2007). Sexuality: a critical component of quality of life in chronic disease. *Nursing Clinics Of North America*, 42(4), 507-514.

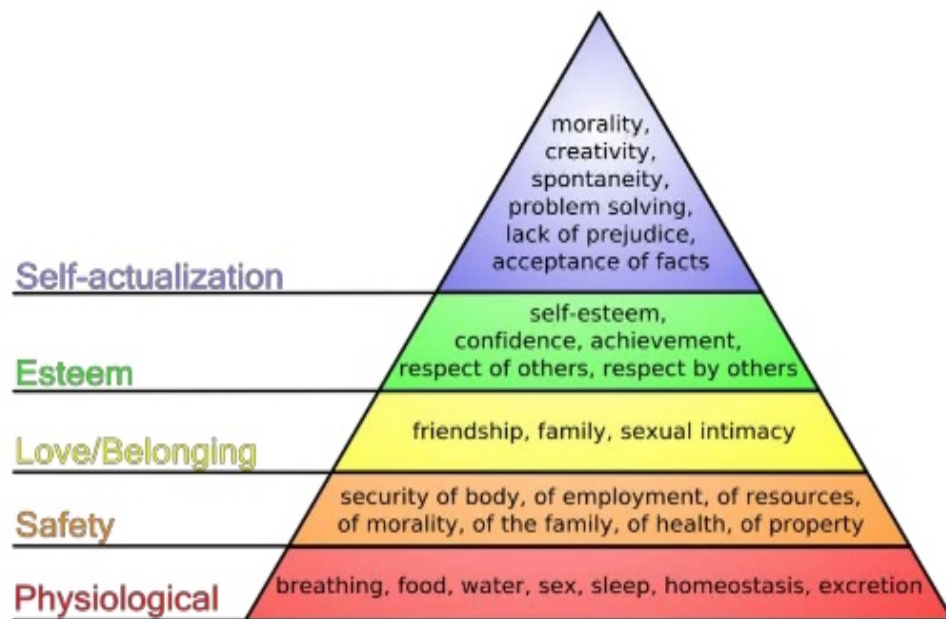
World Health Organization. (1948.) *What is the WHO definition of health?* Hentet 16.05.17 fra <http://www.who.int/suggestions/faq/en/>

World Health Organization. (2010). *Sexual and reproductive health*. Hentet 15.05.17 fra http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/

Ørn, S. & Brunvand, L. (2011). Hjerte- og karsykdommer. I Ørn, S., Mjell, J. & Bach-Gansmo, E. *Sykdom og behandling* (s. 161-195). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Vedlegg 1. Maslows Behovspyramide

Maslow's Hierarchy of Needs



Bilde hentet 30.05.17 fra <https://www.slideshare.net/khalfyard/maslows-hierarchy-of-needs-53418636>

Vedlegg 2. PICO- Skjema

Problemstilling: Hvorfor er det av betydning at menn med kronisk hjertesvikt at sykepleiepraktiker tar initiativ til å snakke om seksualitet?

Problem/ pasient	<ul style="list-style-type: none"> - Heart failure - Cardiac patients - Sexual dysfunction - Chronic disease - Male - Sexual dysfunction, male - Nurses
Intervention	<ul style="list-style-type: none"> - Counselling - Information - Nurses attitudes - Sexual counselling
Comparison	
Outcome	<ul style="list-style-type: none"> - Sexual health - Quality of life - Body image - Self image - Sexual satisfaction - Sexual behavior - Intimacy - Sexuality

Vedlegg 3. Søkeprosess

Dato	Database	Søkeord	Kombinasjon	Treff	Brukt artikkel
30/3-17	CINAHL	1 Heart failure 2 Sexuality	1 AND 2	31	Sexuality of patient with chronic heart failure and their spouses and the need for information regarding sexuality
30/3-17	COCHRANE	1 Sexual health 2 Heart	1 AND 2	7	Sexual counselling for sexual problems in patients with cardiovascular disease
4/4-17	CINAHL	1 Cardiac patients 2 Sexuality 3 counselling 4 counseling	1 AND 2 AND (3 OR 4)	16	Sexual counselling of cardiac patients: Nurses perception of practice, responsibility and confidence
4/4-17	CINAHL	1 Sexual dysfunction 2 Body image	1 AND 2	122	Sexual dysfunction and sexual well being in people with heart disease
4/4-17	CINAHL	1 heart failure 2 MH intimacy 3 MH Sexuality 4 sexual behavior 5 sexual satisfaction	1 AND (2 OR 3 OR 4 OR 5)	16	Sexual self-concept, anxiety and self-efficacy predict sexual activity in heart failure and healthy elders
4/4-17	CINAHL	1 Self image 2 Body image 3 Chronic disease 4 Heart Failure	(1 OR 2) AND 3 AND 4	2	Living with moderate-severe chronic heart failure as a middle-aged person

4/4-17	CINAHL	1 Body image 2 Self image 3 Heart failure	(1 OR 2) AND 3	9	The relationship between self-concept and adherence, a therapeutic regimen in patients with heart failure
20/4-17	CINAHL	1 Sexuality 2 Sexual health 3 Chronic disease 4 Heart failure 5 Quality of life	(1 OR 2) AND (3 OR 4) AND 5	29	Sexuality: A chronic component of quality of life in chronic disease Fått sendt i posten
20/4-17	CINAHL	1 Sexuality 2 Heart failure	1 AND 2	34	Sexual concerns and sexual counselling in heart failure
20/4-17	SWEMED+	Seksualitet	1 AND 2	22	Ingen snakker med meg om sex
20/4-17	Forskning.no	Elsa Almås		8	Sett sexologene i sving
24/4-17	CINAHL	1 Heart failure 2 Holistic nursing sexuality	2 AND 3	5	
27/4-17	McMaster Plus	Heart Failure (Nurse)	Nivå: Oppslagsverk EMB Guidelines	15	Chronic heart failure