

BACHELOROPPGAVE

**Seksualitet**  
**– til glede og besvær**

FORFATTERE:

Anette Børsheim  
Jannicke Garen Svardal  
Julie Therese Kongsvoll

NTNU i Gjøvik  
Avdeling for helse, omsorg og sykepleie  
Seksjon for sykepleie  
Våren 2016

Dato: 20.05.2016

## SAMMENDRAG

Tittel:	Seksualitet – til glede og besvær	Dato : 20.05.16
	Problemstilling: <i>Behov for intimitet og seksualitet hos pasienter etter hjerneslag - hvilke faktorer påvirker sykepleieren i identifisering og kommunikasjon av dette behovet?</i>	
Deltaker(e)/	Anette Børsheim Jannicke Garen Svardal Julie Therese Kongsvoll	
Veileder(e):	Nina Beate Andfossen	
Evt. oppdragsgiver:	x	
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	Seksualitet, hjerneslag, sykepleie, kommunikasjon, identifisering	
Antall ord: 12 640	Antall vedlegg: 1	Publiseringsavtale inngått: ja
<p><b>Introduksjon:</b> I Norge får i overkant av 15 000 personer hjerneslag hvert år. Ca. 80% av disse overlever, og kan sitte igjen med en hverdag med utfordringer på grunn av endret fysisk og psykisk funksjon. Akutt sykdom kan ramme alle, og dersom sykdommen forblir en del av livet videre vil de seksuelle behovene kunne kreve nye metoder for utfoldelse.</p> <p><b>Hensikt:</b> Hensikten med oppgaven er å belyse de ulike faktorene som påvirker sykepleieren sin praksis tilknyttet temaet seksualitet. Det undersøkes hvilke faktorer som er avgjørende for sykepleiere i identifisering og kommunikasjon av behov knyttet til seksualitet hos pasienter som har gjennomgått et hjerneslag.</p> <p><b>Metode:</b> Litteratursøk ble utført i datasene; Cinahl Complete, PubMed, Ovid Nursing Database og SveMed+. Funnene fulgte inklusjons- og eksklusjonskriterier, og gjennomgått ved hjelp av sjekklister for kvalitet. Resultatene er systematisert og presentert i matriser.</p> <p><b>Resultat:</b> Sammenfattet viser resultatene flere faktorer som er avgjørende for sykepleiers praksis i identifisering og kommunikasjon av seksualitet. Faktorer som er avgjørende er: kunnskap, kompetanse og komfort, tid, prioritering, informasjon og holdninger.</p> <p><b>Konklusjon:</b> Å ta opp seksualitet og diskutere dette med pasientene blir hindret av en rekke barrierer, og ikke bare på grunnlag av manglende kunnskap om temaet. Det er ikke enighet blant sykepleiere om hvem som har hovedansvaret for å identifisere seksualproblematikk hos pasienter. Høyt arbeidstempo og liten tid blir også brukt som argument for å ikke diskutere seksualitet med pasienter.</p>		

## ABSTRACT

Title:	Sexuality – to enjoy and to despair	Date : 20.05.16
	Sexuality and the need for intimacy among post stroke patients – in terms of identifying and communicating this need, which factors does the nurse affect?	
Participants/	Anette Børsheim	
	Jannicke Garen Svardal	
	Julie Therese Kongsvoll	
Supervisor(s)	Nina Beate Andfossen	
Employer:	x	
Keywords (3-5)	Sexuality, stroke, nursing, communication, survey	
Number of words: 12 640	Number of appendix: 1	Availability (open/confidential): open
<p><b>Introduction:</b> In Norway, more than 15,000 people suffer a stroke each year. About 80% of these survive, and may be left with a life of challenges due to changes in physical and mental function. Acute illness can strike anyone, and if the disease remains a part of life the sexual needs could require new methods of expression.</p> <p><b>Aim:</b> The purpose of the study was to examine the different aspects that affect nurse’s practice associated with sexuality. It examines the factors that are essential for nurses in the identification and communication of needs related to sexuality in patients who have suffered a stroke.</p> <p><b>Methods:</b> Searches were carried out in the following databases: Cinahl Complete, PubMed, Ovid Nursing Database and SveMed+. The findings followed the criteria for inclusion and exclusion, and examined using checklists for quality. The results are systematized and presented in forms.</p> <p><b>Results:</b> Summarized the results show several factors that are essential for the nurse practice in the identification and communication of sexuality. Factors that are essential are; knowledge, expertise and comfort, time, priority, information and attitudes.</p> <p><b>Conclusion:</b> Addressing sexuality and discussing this with patients is affected by numerous barriers, not only due to the lack of knowledge on the topic. There is some agreement issues among nurses; who have the responsibility for identifying sexual problems in patients? Hectic work environment and lack of time is also used as an argument for not discussing sexuality with patients.</p>		

# Innholdsfortegnelse

<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>2</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>3</b>
<b>1 Innledning</b> .....	<b>5</b>
1.1 Begrunnelse for valg av tema .....	5
1.2 Sykepleiefaglig relevans og profesjonskompetanse .....	6
<b>2 Bakgrunn</b> .....	<b>7</b>
2.1 Seksualitet og sykdom .....	7
2.2 Hvordan møte seksualitet profesjonelt? .....	8
2.2.1 <i>PLISSIT-modellen</i> .....	9
2.3 Hjerneslag og seksualitet.....	10
2.3.1 <i>Kommunikasjon og autonomi</i> .....	11
2.3.2 <i>Faktorer som påvirker seksualitet etter hjerneslag</i> .....	11
2.3.3 <i>Medisinering og seksualitet</i> .....	13
2.4 Etikk og lovverk .....	13
2.4.1 <i>Etikk i sykepleien</i> .....	14
2.4.2 <i>Lovverket</i> .....	14
2.5 Teoretisk perspektiv: Joyce Travelbee .....	15
2.6 Hensikt og problemstilling.....	16
2.6.1 <i>Problemstilling:</i> .....	16
<b>3 Metode</b> .....	<b>17</b>
3.1 Litteraturstudie som metode .....	17
3.1.1 <i>Kvantitativ og kvalitativ metode</i> .....	17
3.2 Søkestrategi .....	17
3.3 Søking og resultater .....	18
<b>4 Resultat</b> .....	<b>21</b>
4.1 Resultatpresentasjon .....	27
4.1.1 <i>Sykepleieperspektiv</i> .....	27
4.1.2 <i>Pasientperspektiv</i> .....	27
4.1.3 <i>Kunnskap og kompetanse</i> .....	28
4.1.4 <i>Komfort</i> .....	28
4.1.5 <i>Følelsesmessige forandringer</i> .....	29
4.1.6 <i>Informasjon</i> .....	30
4.1.7 <i>P-LI-SS-IT-modellen</i> .....	30
<b>5 Diskusjon</b> .....	<b>31</b>
5.1 Kunnskap, kompetanse og komfort .....	31
5.2 Sykepleieres holdninger og prioriteringer .....	32
5.3 Medisinering .....	33
5.4 Helhetlig sykepleie .....	34
5.5 Sykepleiens yrkesetikk og lovverk .....	35
5.6 Metodiske og forskningsetiske overveielser .....	38
<b>6 Konklusjon</b> .....	<b>40</b>
<b>Litteraturliste</b> .....	<b>41</b>
<b>Vedlegg 1</b> .....	<b>44</b>
Antall ord: 12 640	

# **1 Innledning**

Seksualitet blir ofte forbundet med fysisk kontakt mellom to mennesker. Betydningen av seksualitet og dens innhold vil variere i løpet av livet. Den er under konstant påvirkning og er i stor grad en del av individets identitet. Seksualitet omfatter fysiske, psykiske, åndelige, sosiale og kulturelle sider ved mennesket. Sykepleieren møter mennesker i ulike situasjoner, som har behov for helsehjelp. Akutt sykdom kan ramme alle, og dersom sykdommen forblir en del av livet videre vil de seksuelle behovene kunne kreve nye metoder for utfoldelse (Gamnes, 2011).

I følge Bertelsen (2011) får i overkant av 15 000 nordmenn hjerneslag hvert år og omtrent 80% av disse overlever. De kan sitte igjen med en hverdag med utfordringer på grunn av endret fysisk og psykisk funksjon. Ved innleggelse på sykehus foregår det rutinemessig en form for inntakssamtale mellom en sykepleier og pasient. Disse samtalen inneholder sjelden direkte spørsmål om pasienters seksualitet, og for mange sykepleiere foreligger det en nærmest uoverkommelig grense for å spørre pasienter om deres seksuallfunksjon (Gamnes, 2011).

Helsepersonell sitter på mye kunnskap om sykdom og funksjonshemming, men ikke nødvendigvis om hvordan det påvirker seksualitet. At pasienter mangler kunnskap og informasjon om dette kan føre til unødig psykisk uro, som i verste fall kan resultere i at pasienter avstår fra sitt seksualliv. Sykepleiere er de som oftest ser pasientene gjennom døgnet og kan få spørsmål som de ikke umiddelbart kan svare på, da er det viktig å finne svar enten i oppslagsverk eller hos kollegaer (Gamnes, 2011).

## **1.1 Begrunnelse for valg av tema**

I denne oppgaven belyses seksualitet som et behov hos pasienter som har gjennomgått et hjerneslag, og hvordan sykepleiere møter disse pasientene. Seksualitet er naturlig og angår mennesker i alle aldre og livssituasjoner (Gamnes, 2011). Identitetsmessig er seksualiteten en viktig faktor, og de individuelle variasjonene er store. Seksualitet har likevel vært, og er fremdeles et tabuområde (Almås og Benestad, 2006).

Sykepleiere møter daglig mennesker i sin yrkesutøvelse, og sannsynligheten er stor for å tre inn i deres intime sone. De kartlegger pasienter kontinuerlig for å finne ut hvilke behov de

trenger ivaretagelse av. Behov knyttet til seksualitet synes å være glemt hos mange som yter helsehjelp. I følge Almås og Benestad (2006) har forståelse av seksualitet som en vesentlig og klinisk relevant opplysning nærmest forsvunnet.

## **1.2 Sykepleiefaglig relevans og profesjonskompetanse**

I følge Almås og Benestad (2006) er de fleste helsepersonell ikke utdannet til å møte pasienters behov for seksualitet. Dette skaper usikkerhet i møte med pasienter og deres behovområde. Ved å tilnærme seg et sensitivt tema som en ikke har profesjonell kunnskap om, står en i fare for å blande personlige erfaringer med seksualitet inn i den profesjonelle rollen som sykepleier. Felles fokus for alle sykepleiere er de livsområdene som det rettes oppmerksomhet mot, og som de har spesiell kompetanse til å ivareta. Det finnes mange måter å beskrive sykepleiers fokus, men det som er sentralt er mennesket, pasienten og pasientens helsetilstand. Flere av sykepleiens grunnleggende funksjonsområder, beskrevet i Kunnskapsdepartementet sin rammeplan, kan relateres til denne oppgaven da helsefremming og forebygging, rehabilitering og habilitering og undervisning og veiledning ligger sentralt for å ivareta menneskets behov for seksualitet (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug, 2011). Undervisning og veiledning til pasienten skal kunne bidra til økt forståelse og legge grunnlag for å ivareta egen helse. Pasienter har en lovfestet rett til å få informasjon om konsekvenser av den behandling de får. Informasjon om seksualitet kan bli ubehagelig for både pasient og sykepleier dersom det blir anvendt folkelige ord og uttrykk. Sykepleier må sørge for å ikke bruke for avansert språk i møte med pasienter når sensitiv informasjon skal formidles (Gamnes, 2011). Et hjerneslag kan påvirke seksualiteten, og dette kan skape problemer for både pasient og en eventuell partner. Det er et viktig tema å ta opp, og bør initieres av helsepersonell (Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen 2010).

NTNU i Gjøvik har to forskningsområder innenfor seksjon for helse og omsorg:

Profesjonskompetanse og Kvalitet i sykepleie. Av disse har vi valgt å relatere vår oppgave til forskningsområdet *profesjonskompetanse*. Profesjonskompetanse innebærer forskning om utvikling og vurdering av kompetanse på ulike nivå. Vår oppgave omhandler hvordan sykepleiere arbeider for å utøve helhetlig sykepleie til pasienter, med fokus på pasienters seksualproblematikk.

## 2 Bakgrunn

### 2.1 Seksualitet og sykdom

I følge verdens helseorganisasjon, senere kjent som WHO, sin definisjon er seksualitet et sentralt aspekt av det å være menneske. Det omfatter kjønnsidentitet og rolle, seksuell orientering, erotikk, nytelse, intimitet, samleie og reproduksjon. Seksualitet blir opplevd og uttrykt gjennom tanker, fantasier, ønsker, tro, holdninger, verdier, atferd, praksis, roller og forhold. Seksualitet blir påvirket av interaksjoner fra biologiske, psykologiske, sosiale, økonomiske, politiske, kulturelle, etiske, lovlige, historiske, religiøse og spirituelle faktorer (WHO, 2006). Denne definisjonen viser at seksualitet er en viktig del av menneskers måte å uttrykke seg på, og dermed også en del av vår identitet. Seksualitet omfatter mye mer enn selve akten, og kan ha innflytelse på hva det vil si å være et menneske. Seksualitet er en del av vår identitet gjennom livet. I følge Stuart (2008) er identitet summen av hvordan en opplever seg selv som individ i ulike sammenhenger, og dersom en har en positiv identitetsfølelse ser en på seg selv som et unikt og verdifullt individ. I følge definisjonen fra WHO (2006) er seksuell helse en tilstand av fysisk, emosjonell, mentalt og sosialt velvære i forhold til seksualitet, ikke bare fravær av sykdom, dysfunksjon eller skrøpelighet. For at seksuell helse skal oppnås og vedlikeholdes må de seksuelle rettighetene til alle personer respekteres, beskyttes og oppfylles.

Fra 1960-årene og frem til nåtiden kan en se en positiv utvikling av sykepleiere sin kunnskap om seksualitet. Den vestlige verden har en langvarig tradisjon i å undertrykke og fornekte seksualitet, og en kan fremdeles se forskjeller på ulike aldersgrupper i det norske samfunn. Unge voksne er i en utforskende fase av livet, i forhold til den eldre generasjonen som i større grad er ferdig med denne fasen (Gamnes, 2011).

Problemer med seksuell funksjon, seksuell dysfunksjon, kan være fysisk eller psykisk betinget. Problemer vil arte seg forskjellig fra person til person, og man finner forskjellige utfordringer hos kjønnene. Fysiske dysfunksjoner kan skyldes nevrologiske skader, som hjerneslag. Dette er fordi nervesystemet direkte regulerer seksuell funksjon, også via det endokrine system. Dysfunksjoner kan arte seg på flere forskjellige måter, alt fra smerter ved samleie til manglende seksuell lyst. De vanligste seksuelle dysfunksjonene for menn er ereksjonssvikt, for tidlig sædavgang og nedsatt lyst. For kvinner er det smerter ved samleie,

problemer med å oppnå orgasme og nedsatt lyst. Vaginisme er noe det prates lite om, og ytrer seg som smerter eller muskelsammentreknings i skjeden. Dette skjer ufrivillig og kan gjøre det vanskelig og smertefullt å gjennomføre et samleie. Ereksjonssvikt kan skyldes en forsnævret arterie som forsyner blod til penis. Ulike medisiner kan også ha negativ virkning på seksuell funksjon, og være direkte årsak til ereksjonssvikt (Gamnes, 2011).

Ved akutt sykdom kommer gjerne de seksuelle behovene i bakgrunnen. Dersom følgene av sykdommen blir en del av livet kan behovet for intimitet og nærhet skape utfordringer. Selvbildet kan være endret og en kan da føle seg mindre attraktiv. I et parforhold kan en finne nye veier til et samliv sammen. Terskelen for å få bekreftelse og seksuell nærhet vil kanskje være høyere for en enslig. I hvor stor grad seksualiteten påvirkes på grunn av akutt eller kronisk sykdom kommer an på alvorlighetsgrad av sykdommen (Gamnes, 2011).

## **2.2 Hvordan møte seksualitet profesjonelt?**

Datasamling om seksualitet var ikke noe sykepleiere bedrev før i 1980-årene. Det lå utenfor tenkningen om hva sykepleie var, og ble betraktet nærmest som et fysiologisk begrep. Dette har endret seg og seksualitet er i dag et område for datasamling på lik linje med andre behov. Det er likevel ikke et behovsområde en nærmer seg like lett som ved ernæring og respirasjon (Bjørk og Breievne, 2011).

I følge Gamnes (2011) har sykepleiere jevnt over liten erfaring i å innhente data knyttet til seksualitet. Det kan ha sammenheng i at problemene sjelden nevnes, det oppfattes som upassende eller fordi pasienten ikke er klar over at det er problemer tilstede. Sykepleieren er ofte den personen som tilbringer mest tid og de lengste møtene med pasienten. Informasjon og veiledning må gis på grunnlag av tanker og forestillinger som pasienten har, og tilpasses og fokuseres ut i fra hva pasienten selv ser på som et problem. I noen situasjoner er det kanskje nok å være til stede og anerkjenne problemene og tankene til pasienten, andre ganger kan pasienten være søkende etter det som finnes av informasjon knyttet til dens egne problemer.

Seksualitet gjør sykepleiere usikre i møte med pasienter og deres behov, da de ikke har kunnskap om profesjonell tilnærming til temaet. Ved å tilnærme seg et sensitivt tema, som de ikke har kunnskap om, skapes redsel for å blande personlige erfaringer inn i den profesjonelle



rollen. Den profesjonelle holdningen krever respekt for pasientens grenser, klarhet rundt våre egne grenser og en fordomsfri tilnærming. En fordomsfri holdning krever en tilvenning til fryktprovoserende situasjoner. Innen seksualitet finnes det mange underkategorier som skiller seg fra det folk flest assosierer med seksuell utfoldelse. Dersom en ikke har vandret utenfor egen oppfattelse av seksualitet og vet lite om det som finnes der ute, vil en med stor sannsynlighet kunne bli overrasket, for ikke å snakke om ukomfortabel i møte med en pasient som ikke har de samme oppfatningene. Å holde seg til en profesjonell holdning her vil være vanskelig. Sykepleiere har ikke en behandlende rolle i den forstand at de kan sette i gang drastiske tiltak for å hjelpe pasientene med problemer knyttet til seksualitet. På den annen side er sykepleiere i en posisjon der de likevel burde kunne avdekke eventuelle problemer og være en god samtalepartner, dersom det er behov for det (Almås og Benestad, 2006).

### **2.2.1 PLISSIT-modellen**

Modellen er formet som en pyramide som inneholder alle seksuelle problemer, og kan anvendes både til seksualopplysning, rådgivning og behandling. De ulike nivåene representerer ansvarsfordeling og ulike problemstillinger, samt metoder for å løse dem. Bokstavene som former navnet står for Permission, Limited Information, Specific Suggestions og Intensive Therapy. På norsk: tillatelse, begrenset informasjon, spesifikke forslag og intensiv terapi. Alle mennesker kommer inn under det første nivået, P. Videre er det færre i hvert nivå. Det er altså få som trenger eksperthjelp, og en sykepleier bør derfor kunne føle seg kompetent nok til å kunne lytte og samle informasjon, samt gi råd om problemer som ikke krever spesialisert kompetanse (Almås og Benestad, 2006).

#### **P - permission**

Her gis det rom for å snakke om seksualitet i sin alminnelighet. Det å kunne snakke om sin seksualitet og lytte til det andre har å si krever ikke noen form behandling eller behandlingssted (Almås og Benestad, 2006).

#### **LI – limited information**

I det andre nivået gis begrenset informasjon om seksualitet, og ivaretar behovet for opplysning om vanlige eller uvanlige forhold ved et seksualliv. Under dette nivået er det også vanlig å informere om seksuelle hjelpemidler og lignende (Almås og Benestad, 2006).

#### **SS – specific suggestions**

Det tredje nivået omfatter konkrete forslag om hva som kan løse et eventuelt problem, og ivaretar forslag om endringer. Undersøkelser vil ofte avdekke problemer som krever konkrete

forslag til bedring og tiltak. Et forslag kan innebære ytterligere behandling hos for eksempel urolog, og tiltak kan være henvisning videre til annen instans om nødvendig (Almås og Benestad, 2006).

### **IT – intensive therapy**

De problemene som ikke kan løses innen de tre første nivåene krever mer spesialisert behandling, eksempelvis seksualterapi. Dette krever spesialisert kunnskap og erfaring, og skal bare utøves av de som innehar riktig kompetanse. Intensiv behandling kan også omfatte hormonbehandling og kirurgiske inngrep (Almås og Benestad, 2006).

## **2.3 Hjerneslag og seksualitet**

Av de som rammes av hjerneslag er det ca. 80% som overlever etter en måned (Bertelsen, 2011). Et hjerneslag vil si når en plutselig skade på hjernevevet inntreffer på grunn av manglende blodtilførsel i et avgrenset område i hjernen. Hjerneslag er en fellesbetegnelse for hjerneinfarkt, der en arterie blir tilstoppet som følge av en blodpropp, og av at blod kommer utenfor blodbanen, en hjerneblødning. Hjerneceller som ligger i det affekteerte området vil dø, og funksjoner styrt av dette området i hjernen påvirkes (Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen, 2010).

Grunnet hjernevevets ekstreme sårbarhet vil det raskt oppstå skader som går ut over kroppens motorikk eller psyke. I følge Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen (2010) kan skadene komme til syne som dysartri, dysfagi, ataksi, parese eller paralyse, inkontinens, angst, fortvilelse og forvirring, for å gi noen eksempler.

De sykepleiefaglige utfordringene ved hjerneslag er å hjelpe pasienten fra kaos til å få større oversikt, opprettholde håp og klarhet i en ny livssituasjon. Sykepleierens støttende og bevarende funksjon er å skape tillit og trygghet, og ivareta pasientens grunnleggende behov og bidra til at pasientens fysiske og psykiske energi opprettholdes. Dette gjøres ved å skape balanse mellom aktivitet og hvile, forebygge komplikasjoner og å gi pasienten helhetlig pleie og omsorg. Pasienten trenger støtte for å styrke sitt selvbylde, sin verdighet og integritet, samt hjelp og motivasjon (Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen, 2010).

### **2.3.1 Kommunikasjon og autonomi**

Autonomi omhandler pasientens rett til selvbestemmelse, en beslutning som skal respekteres både etisk og juridisk. I norsk lovverk er det nedfelt pasientens rett til medvirkning og informasjon, og retten til selvbestemmelse er hovedsakelig knyttet til retten til å nekte behandling. I forhold til denne situasjonen bør helsepersonell vurdere om pasienten har fått tilstrekkelig informasjon, er kompetent til å bestemme selv og har konsistente preferanser som ikke motsier hverandre (Brinchmann, 2012).

I følge Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen (2010) vil skader i hjernens språkområde føre til helt eller delvis sviktende taleevne. En pasient som får endret sin evne til å kommunisere står altså i fare for også å få sin autonomi krenket som en direkte konsekvens. I følge Eide og Eide (2004) er det nødvendig at helsepersonell har gode kommunikasjonsferdigheter for å sikre at pasienter fremdeles kan få frem sine meninger, selv når kommunikasjonsevnen er endret. God kommunikasjon vil kunne legge grunnlag for en god relasjon mellom pasient og sykepleier. På denne måten kan en best mulig ivareta pasients autonomi.

### **2.3.2 Faktorer som påvirker seksualitet etter hjerneslag**

”Sykdom er for mange forbigående, og man kan derfor ofte tenke ”time out” i forhold til seksualitet mens sykdommen pågår. De varige konsekvensene har størst betydning for seksualiteten” (Almås og Benestad, 2006, s.109). I følge WHO (2006) er det mange ulike faktorer som kan påvirke et individs seksualitet. Seksualitet blir påvirket av interaksjoner fra biologiske, psykologiske, sosiale, økonomiske, politiske, kulturelle, etiske, lovlige, historiske, religiøse og spirituelle faktorer. Denne definisjonen tydeliggjør de mange ulike faktorene som har innvirkning på individets seksualitet.

De fysiske og psykiske endringene som følger et hjerneslag kan gi mange ulike utfordringer, som pasienter kan ha behov for å lære seg å overkomme. ”Hjerneslaget får konsekvenser for pasientens livsutfoldelse, livskvalitet og oppfatning av sin egen kropp” (Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen, 2010, s.263). Den motoriske funksjonssvikten er den tydeligste konsekvensen etter hjerneslag, og mange opplever i større eller mindre grad lammelser av kroppen som kan påvirke den seksuelle helsen. Ut i fra skadens lokalisasjon og utbredelse kan graden av utfall variere i ulike kroppsdel, blant annet kan musklene i ekstremitetene, ansiktet, urinblæren og tarmen påvirkes. Andre motoriske konsekvenser er tap av balanse og de automatiske bevegelsene i kroppen fordi pasienten har mistet sine normale posturale

refleksmekanismer (Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen, 2010). Det kan også gi fysiske utfall som praktiske utfordringer ved gjennomføring av samleie. Det kan føre til manglende lubrikasjon, ereksjonssvikt, orgasmekapasitet eller nytelse ved samleie (Almås og Benestad, 2006). De sensoriske utfallene kan være blant annet manglende overflatisk eller dyp sensibilitet hvor avgjørelsen av temperatur, form, størrelse og struktur har sviktet på den affiserte siden. Andre konsekvenser er også synsforstyrrelser, neglekt, agnosi, rom- og retningsproblemer, endret kroppoppfatning, inkontinens og obstipasjon (Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen, 2010).

Psykiske forandringer etter gjennomgått hjerneslag skyldes til dels hjerneskaden, men også en reaksjon på hva som har skjedd og det pasienten opplever. Flertallet av pasientene opplever en livsendring som kan medføre angst, fortvilelse og forvirring i tiden etter hjerneslaget (Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen, 2010). Psykiske utfall som depresjon og personlighetsendringer kan føre til manglende kjønnsdrift og ønske om et fungerende seksualliv. I følge Haraldsen (2010) kan seksualitet være opphav til lystopplevelse. Videre kan det fungere som redskap for utviklingen av intime parrelasjoner og disse relasjonene kan ha potensiale til å bli gjensidige og bekræftende.

Etter et hjerneslag er det flere faktorer som kan påvirke fysisk og psykisk funksjon. Dette kan igjen få konsekvenser for seksuallivet, som kan bli vanskelig for pasienten og en eventuell partner. Rollemønstret i et parforhold kan endres, og balansen mellom partene blir forandret ved at den ene blir avhengig av hjelp eller kognitive forandringer som kan føre til personlighetsforandringer. Depresjon er vanlig etter et hjerneslag, og kan være organisk betinget, men ofte er det en del av sorgreaksjonen som pasienten opplever etter akutt sykdom. Mellom 20-40% av slagrammede opplever depresjon, og dette kan igjen påvirke rehabiliteringen, da depresjonen kan virke nedsettende for rehabiliteringspotensialet. Antidepressiv medisinering er ofte en del av behandlingen etter hjerneslag for disse. Enkelte sider ved personligheten kan forsterkes og dette er ofte sider som ikke har vært fremtredende før. Aggressivitet og hissighet skyldes ofte frustrasjon til den nye livssituasjonen pasienten er i, men også til dels hjerneskaden. Andre psykiske forandringer kan være kritikkløshet og benektelse og bagatellisering (Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen, 2010).

### 2.3.3 Medisinering og seksualitet

I følge Almås og Benestad (2006) har flere mennesker behov for medisinsk behandling, gjerne med flere ulike medikamenter. Dette resulterer igjen i ulike bivirkninger som bør følges med varsomhet, også med tanke på seksuelle bivirkninger. Almås og Benestad (2006) mener at midler mot depresjon kan ha en seksualstimulerende effekt dersom depresjonen opphører, men det er også en fare for at disse medikamentene kan gi seksuelle bivirkninger. De seksuelle bivirkningene påvirker seksuell lyst, reisingsevne, ejakulasjon og orgasmefunksjon. Bertelsen (2011) beskriver langtidsbehandlingen av hjerneslag som bestående av behandling av eventuell bakenforliggende hjerte-og karsykdom, kolesterolsenkende behandling ved hyperkolesterolemi eller aterosklerosetendens som profylaktisk behandling for residiv. I følge Almås og Benestad (2006) gir bruk av midler som betareseptorblokkere, kalsiumblokkere, ACE-hemmere og vanddrivende midler økt risiko for å gi erektil dysfunksjon.

### 2.4 Etikk og lovverk

Odland (2012) hevder at menneskesynet preger forståelsen av den enkeltes yrke og praksis, og er med på å forme moralske holdninger hos helsepersonell. Det kan blant annet påvirke synet på behandling og pleie, sykdom og helse, samt pasientens rett til medvirkning og selvbestemmelse.

Sykepleie og andre helseprofesjoner støtter seg ofte til det som omtales som et *holistisk menneskesyn*. Dette er en helhetsforståelse der helheten er mer enn summen av delene. Alt ved mennesket henger gjensidig sammen. Formålet er å inkludere mest mulig av mennesket, og ta hensyn til at det kan være mange potensielle årsaker til dårlig helse og sykdom. Holistisk tenkning tar utgangspunkt i fire dimensjoner: Den fysiske, psykiske, sosiale og den åndelige dimensjonen, og de påvirker hverandre innbyrdes. Ut i fra holistisk tenkning skal forholdet mellom pasient og sykepleier innebære at de framstår som likeverdige subjekter mot et felles mål for pasientens beste (Odland, 2012).

Et annet begrep er reduksjonistisk menneskesyn, som relateres til naturvitenskapelig tenkning, hvor menneskekroppen betraktes som en maskin der det er krav til matematiske sannhetsbevis. Dette ses oftest innen medisinen, der det benyttes målinger og beregninger, og resultatene tolkes ut i fra standardiserte systemer. I sykepleiefaglig praksis blir et

reduksjonistisk menneskesyn til et jeg-det-forhold som kan medføre til at pasienten blir betraktet som et objekt uten selvforståelse (Odland, 2012).

#### **2.4.1 Etikk i sykepleien**

Norsk Sykepleierforbunds, senere kjent som NSF, yrkesetiske retningslinjer beskriver profesjonsetikk og de forpliktelser som legges til rette for god sykepleiepraksis. Disse retningslinjene er basert på ICN's etiske regler og FN's menneskerettighetserklæring (NSF, 2011). Retningslinjene omhandler sykepleierens forhold til pasient, pårørende, medarbeidere, arbeidssted, samfunn og profesjon. Det legges vekt på fire punkter: å fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og sikre en verdig død. I samme retningslinjer nevnes det at sykepleiere har ansvar for egne handlinger og vurderinger, og at de skal sette seg inn i gjeldende lovverk som regulerer tjenesten. Retningslinjene har som funksjon å verne sykepleiers verdier, samt konkretisere hva god praksis skal være. Sykepleiere møter i sitt arbeide mennesker i en sårbar situasjon, og innehar stor makt til å ta vare på andre personers liv og livsmuligheter. Makten og muligheten må ivaretas på en moralsk forsvarlig måte for å bevare pasienters tillit til sykepleiere (Sneltvedt, 2012).

Det viser også til viktigheten av at sykepleiere skal holde seg oppdatert på forskning, og kunne bidra til at ny forskning og kunnskap blir anvendt i praksis. Det kreves oppdatert kunnskap om sykdom og behandling i utøvelsen av sykepleie. Videre i retningslinjene nevnes sykepleiers ansvar for å fremme helse og forebygge sykdom. Det skal ivaretas den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg, understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten. Det skal også fremmes mulighet til å ta selvstendige avgjørelser for pasienten ved å gi tilstrekkelig tilpasset informasjon, og forsikre seg om at informasjonen er forstått (NSF, 2011). Ved å kommunisere vanskelige tema er det viktig for sykepleier å finne ut om informasjonen som er gitt er forstått. For den som skal gi informasjon gjelder det å finne den rette balansen mellom å beskytte og å ta hensyn (Gamnes, 2011).

#### **2.4.2 Lovverket**

Loven angir ytre rammer og setter en minstestandard for utøvelsen av helsehjelp (Molven, 2012). Lunde (2012) hevder at jus og etikk er to sentrale fagområder for sykepleiere og annet helsepersonell. Disse fagområdene er normative verktøy som skal avklare hva som er rett og galt i yrkesutøvelsen.

Helsepersonelloven (1999) har som formål å bidra til sikkerhet for pasienter, og å gi kvalitet og tillit i helse- og omsorgstjenesten. Det beskrives her krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. Helsepersonell skal være bevisst sine faglige kvalifikasjoner, og om det er nødvendig og mulig skal de kunne innhente bistand eller henvise pasienter videre.

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) har som formål å bidra til å fremme tillitsforhold, sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasient. Videre beskrives det tydelig at pasienten har rett til medvirkning og tilgang på den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand. Det skal også informeres om mulige risikofaktorer og bivirkninger. ”Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte” (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-5). Retten til informasjon er gjeldende uavhengig av forespørsel. Informasjon skal kommuniseres på en måte som gjør den forståelig for mottaker.

## **2.5 Teoretisk perspektiv: Joyce Travelbee**

En vesentlig del av Joyce Travelbee sin sykepleieteori handler om å stille filosofiske spørsmål om menneskets eksistens inn i sykepleierpraksis. Begrepet *eksistensiell sykepleie* blir brukt om sykepleiere som bevisst arbeider ut i fra menneskets eksistensielle behov. I Travelbee (2002) blir det understreket to viktige forutsetninger. Den første omhandler at sykepleieren må ha solide kunnskaper og være i stand til å bruke dem, og den andre går ut på å bruke seg selv terapeutisk for å etablere og vedlikehold et hjelpende forhold som sykepleier. Travelbees definisjon av sykepleie lyder som følger:

Sygepleje er en mellemmenneskelig proces, hvorved den professionelle kliniske sygeplejerske hjælper en person, en familie eller et samfund med at forebygge eller håndtere erfaringen af sygdom og lidelse og, om nødvendigt, finde mening i disse erfaringer (Travelbee, 2002, s.27).

Det er av avgjørende betydning at den profesjonelle sykepleieren forstår sykdom som en menneskelig erfaring, og ikke bare læren om etiologi, tegn og symptomer, behandling og prognose. For å gjøre dette må sykepleieren lære seg å se personen som et menneske og ikke bare pasient. Travelbee (2002) forholder seg til ethvert menneske som en unik person, og understreker at hver enkelt er enestående og unik.

Det er den profesjonelle kliniske sykepleier sitt ansvar å etablere et menneske-til-menneske-forhold. Det går ut på at sykepleieren og pasienten forholder seg til hverandre som unike mennesker, og ikke baserer forholdet på roller. Det understrekes at dette forholdet ikke kommer av seg selv, men at det bygges opp dag for dag til den du yter omsorg til. Å snakke om roller er ut fra hennes syn og tankegang generaliserende, og fremhever det som er felles for grupper. Dette strider i mot hennes tanke om et menneske-til-menneske-forhold, som bare kan etableres mellom personer (Kristoffersen, 2011). Travelbee forklarer prosessen frem til et menneske-til-menneske-forhold gjennom fire forskjellige faser: det innledende møte, framvekst av identiteter, empati og sympati. Det er altså når du har vært gjennom alle de fire fasene at forholdet er etablert. Forholdet defineres av erfaringer mellom mottaker for omsorg og omsorgsnyteren, og at hovedegenskapen ved disse erfaringene er at omsorgsbehovet er dekket hos mottakeren (Travelbee, 2002).

Mål og hensikt for sykepleieren skal være å hjelpe personen til å mestre og finne mening i de erfaringer som følger sykdom og lidelse. I tillegg til å mestre og finne mening, er begrepet *håp* et sentralt aspekt ved Travelbees teori. Med håp mener hun menneskets grunnleggende tillit til omverdenen, og for å bevare og utvikle håp må personen som er syk være trygg på at hjelp fra andre vil komme når en trenger det. Et håp er å rette oppmerksomheten til en fremtidig endring til det bedre. Selvstendighet og uavhengighet er idealer i vår verden i dag, men det er et faktum at vi mennesker i stor grad er avhengig av hverandre likevel. Dette kommer sterkt frem når ens egne ressurser ikke strekker til, og vi trenger hjelp til å mestre hverdagen (Kristoffersen, 2011).

## **2.6 Hensikt og problemstilling**

Hensikten med oppgaven er å belyse de ulike faktorene som påvirker sykepleiere sin praksis tilknyttet temaet seksualitet. Vi vil finne ut hvilke faktorer som er avgjørende for identifisering og kommunikasjon av behov knyttet til seksualitet hos pasienter som har gjennomgått et hjerneslag.

### **2.6.1 Problemstilling:**

*Behov for intimitet og seksualitet hos pasienter etter hjerneslag - hvilke faktorer påvirker sykepleiere i identifisering og kommunikasjon av dette behovet?*



## 3 Metode

### 3.1 Litteraturstudie som metode

Denne oppgaven er et litteraturstudie, som vil si at kunnskap fra skriftlige kilder er systematisert. Dette gjøres ved å samle inn litteratur, kritisk gjennomgang av litteraturen og til slutt en sammenfatning av det hele. Hensikten med litteraturstudier er å gi leseren en oppdatert og god forståelse av kunnskapen som er systematisert. Oppgavens problemstilling etterspør kunnskap som leseren får svar på i konklusjonen. I en bacheloroppgave er oftest *litteraturstudie* brukt som benevnelse, og har mest likhetstrekk med en *allmän litteraturstudie*. I en allmän litteraturstudie beskrives og analyseres et antall utvalgte artikler. Artiklene kan være kvantitative eller kvalitative (Thidemann, 2015).

#### 3.1.1 Kvantitativ og kvalitativ metode

I prinsippet er det to kilder til kunnskap: det vi kan observere, og det vi kan regne ut med våre logiske sanser. Kvantitative data er målbare enheter, tall, såkalte harde og objektive data. Kvantitativ metode er hensiktsmessig når en vil ha svar på *hvor mye* og *hvor ofte*. Metoden kjennetegnes ved at det er breddekunnskap som blir resultatet, altså får en et lite antall opplysninger fra mange undersøkelsesenheter (Thidemann, 2015).

Hensikten med kvalitativ metode er å få kunnskap om menneskelige egenskaper. Eksempelvis meninger, opplevelser, holdninger, forventninger og tanker. Kvalitativ datainnsamling er hensiktsmessig når en vil ha svar på *hvordan* eller *hva*. Resultatene av en kvalitativ undersøkelse er dybdekunnskap, det vil si mange opplysninger fra få undersøkelsesenheter. Dette kalles også for myke data (Thidemann, 2015).

### 3.2 Søkestrategi

Etter formulering av hensikt og problemstilling ble det brukt et PICO-skjema (Vedlegg 1) for å snevre inne de mest relevante søkeordene, og i denne oppgaven er det brukt følgende søkeord: *sexual health, post stroke, sexuality, talk, nurse, sexual health education, survey, sexual dysfunction, acquired brain injury, staff training, guidance, quality of life* og *intimacy*. For å presisere søket slik at funnene svarer til hensikt og problemstilling ble følgende inklusjon- og eksklusjonskriterier nedfeldt:

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
IMRAD-struktur	Informanter <18 år
Fagfellevurdert (NSD)	Sekundærkilder
Menn og kvinner	Studier uten sykepleiere som deltagere
Studier utført i Nord-Amerika, Europa og Oseania	Pårørende sitt perspektiv
Språk: engelsk og skandinaviske	Den akutte fasen etter hjerneslag
Oppfyller kravene til Kunnskapscenterets sjekklister for vurdering av forskningsartikler	Studier eldre enn 20 år

I denne oppgaven er det ekskludert studier som er eldre enn 20 år, for å sikre at oppgavens resultater er faglig oppdatert. Funnene er likevel innen et tidsperspektiv på 10 år. Studiene må være utført ut i fra en IMRAD-struktur, være fagfellevurdert og være skrevet på engelsk, norsk, svensk eller dansk. Grunnen til at inkluderte studier er innenfor Nord-Amerika, Europa og Oseania er fordi disse områdene ligger innenfor det som ofte omtales som den vestlige verden, og da i større grad kan overføres til norske forhold, i motsetning til studier i andre deler av verden. Videre er det inkludert primærstudier, etter et ønske om at resultatene ikke skal være omarbeidet på forhånd. For å få fokus på sykepleie er det ekskludert studier der sykepleiere ikke har en vesentlig rolle i undersøkelsene. Studiene som brukes skal ikke dreie seg om pasienter i den akutte fasen etter et hjerneslag, da temaet til denne oppgaven anses som irrelevant innen de første 24 timene. Informanter må være over 18 år, da myndige pasienter ikke er avhengig av innblanding av pårørende. Studier med fokus på pårørende sitt perspektiv er videre ekskludert av hensyn til oppgavens omfang.

Studier som er funnet er ved hjelp av sjekklister for kvalitet grundig gjennomgått, og inkludert eller ekskludert fra resultatene. Videre er studiene som ble funnet relevante satt inn i matriser, og gjennomgått med sjekklister for kvalitet og relevans på nytt. Matrisene til de anvendte studiene blir presentert i resultatene til oppgaven.

### 3.3 Søking og resultater

Databasene Cinahl Complete, Ovid Nursing Database, SveMed+ og PubMed er brukt, da de er ansett som relevante databaser for studier som er relatert til helsefag. Søkehistorikken til de anvendte studiene er presentert nedenfor:

(18.04.16)

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
1. Sexuality 2. Talk 3. Nurse	PubMed	1 AND 2 AND 3	43

Discussing sexuality with patients; nurses' attitudes and beliefs.

(31.03.16)

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
1. Sexuality 2. Stroke 3. 4. Sexual health education 5.	Ovid Nursing Database	1 AND 2  3 AND 4	26849 425514 1055 659 4

Mixed methods evaluation of an interdisciplinary sexuality education programme for staff working with people who have an acquired physical disability.

(26.02.16)

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
1. Acquired brain injury 2. Sexual dysfunction 3. Staff training	PubMed	1 AND 2 AND 3	2

Sexuality after stroke: an exploration of current professional approaches, barriers to providing support and future directions.

(31.03.16)

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
1. Sexual health 2. Post stroke	Ovid Nursing Database	1 AND 2	18

A Qualitative Case Study of Poststroke Sexuality in a Woman of Childbearing Age.

(31.03.16)

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
1. Stroke 2. Survey 3. Sexual dysfunction	PubMed	1 AND 2 AND 3	29

Participation changes in sexual functioning after mild stroke.

(01.04.16)

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
1. Stroke	Ovid Nursing Database		991256
2. Sexuality			126189
3.		1 AND 2	1326
4. Guidance			513981
5.		3 AND 4	179
6. Quality of life			1064447
7.		5 AND 6	120
8. Nurs*			2251274
9.		7 AND 8	100
10. Intimacy			39637
11.		9 AND 10	26

The impact of stroke consequences on spousal relationship from the perspective of the person with stroke.

## 4 Resultat

Matrisene og sammenfatningen av resultatene blir i dette avsnittet presentert.

<b>Artikkelens fulle referanse</b>	Saunamäki, N., Andersson, M. og Engström, M. (2010) 'Discussing sexuality with patients: nurses' attitudes and beliefs', <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 66(6), s. 1308-1316.
<b>Hensikt</b>	Hensikten med studien er å kartlegge sykepleiers holdninger rundt å ta opp pasienters seksualitet.
<b>Metode</b>	<p>Kvantitative design, samsvar og sammenligning. Det ble sendt ut en spørreundersøkelse der spørsmålene hadde som hensikt å finne ut hvilke holdninger og tanker sykepleiere har rundt pasienters seksualitet.</p> <p>Deltakere: Det ble sendt ut spørreundersøkelser til 100 sykepleiere i 2006. 50 spørreundersøkelser til en medisinsk sengepost, og 50 til en kirurgisk sengepost på et sykehus i Sverige.</p> <p>Responsen var på 88%, altså 88 sykepleiere.</p> <p><b>Forskningsspørsmål:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hvilke tanker og holdninger har sykepleiere om å snakke med pasientene sine om seksualitet?</li> <li>- Finnes det noen sammenheng mellom sykepleiers alder og erfaring, og holdninger og tanker om seksualitet?</li> <li>- Finnes det noen forskjeller mellom sykepleiers holdninger og tanker om seksualitet, avhengig om de har videreutdanning eller ikke?</li> </ul>
<b>Resultat</b>	<p>Over 90% av sykepleierne som deltok svarte at de hadde kunnskap om at sykdom og behandling kunne påvirke pasientens seksualitet. 2/3 svarte avkrefte at de var ukomfortable med å ta opp seksualitet som et tema. Likevel svarte 80% at de ikke tok seg tid til å snakke med pasienter om seksualitet, og 60% følte de ikke hadde tiltro til egen evne til å ta opp temaet. Det viste seg også at sykepleiere med lengst erfaring og høyest alder var de som oftest tok opp seksualitet med pasientene, og som også følte seg mest trygge på å gjøre dette. Sykepleiere med videreutdanning hadde en mer positiv holdning til å ta opp emnet. Studien konkluderer med at god opplæring er nødvendig for å gjøre sykepleiere bedre rustet til å ta opp dette tabubelagte temaet hos pasienter.</p>
<b>Notater</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fagfellevurdert til nivå 2.</li> <li>- PLISSIT-modellen blir foreslått som en modell for framgangsmåte.</li> <li>- Studien fulgte etiske anbefalinger etter Humanities and Social Sciences Reserch (HSFR) i Sverige.</li> <li>- Det ble gitt "taust" samtykke når deltagerne returnerte spørreundersøkelsen.</li> <li>- Studien er svensk.</li> <li>- Det er ikke primært slagrammede pasienter.</li> </ul>
<b>Relevans for studien</b>	Studien tar for seg sykepleierens holdninger og tanker om seksualitet hos hjerneslagrammede pasienter.

<b>Artikkelens fulle referanse</b>	Higgins, A., Sharek, D., Nolan, M., Sheerin, B., Flanagan, P., Slaicuinat, S., Mc Donnel, S. og Walsh, H. (2012) 'Mixed methods evaluation of an interdisciplinary sexuality education programme for staff working with people who have an acquired physical disability', <i>Journal of advanced nursing</i> , 68(11), s. 2559-2569.
<b>Hensikt</b>	Hensikten med studien var å undersøke om et tverrfaglig dagskurs kunne øke helsepersonells kunnskap og endre tabubelagte holdninger rundt kartlegging av seksuelle utfordringer hos pasienten med en ervervet fysisk funksjonshemming. Målet var å få deltakerne til nivå 1 av PLISSIT-modellen, 'premission', slik at de skulle føle seg rustet til å ta opp emnet med pasienten.
<b>Metode</b>	Kvalitativ studie. <b>Deltakere:</b> 29. 12 ble intervjuet etter programmet. Pre- og postkurs spørreundersøkelser, intervju på 45-60 minutter 2-3 uker etter fullføring av kurset. <b>Verktøy som ble brukt i studien:</b> KCAASS tilpasset til studien og 4-poengs likert skala i spørreundersøkelsene, P-LI-SS-IT modell tilpasset studien, lydopptak.
<b>Resultat</b>	<b>Før kurset:</b> Deltakerne rapporterte «liten» til «ingen kunnskap» rundt «hjerneslag og seksualitet» og «begrensede ferdigheter» når det kom til å håndtere pasientens seksualitet. Nivået av komfort varierte fra «lite» til «høyst ukomfortabelt» i slike situasjoner. <b>Sammenligning av kunnskap pre- og postkurs:</b> Resultatene viser til moderat effekt. <b>Sammenligning av evne til å iverksette tiltak pre- og postkurs:</b> Resultatene viser til moderat effekt. <b>Sammenligning av grad av komfort pre- og postkurs:</b> Resultatene viser til liten, men positiv effekt.
<b>Notater</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fagfellevurdert til nivå 2.</li> <li>- Verbal og skriftlig informasjon om kurset og studien ble gitt, muntlig og skriftlig godkjenning. Frivillig deltakelse med mulighet for å trekke seg.</li> <li>- Etisk godkjenning gitt av Faculty of Health Sciences Research Ethics Committee, der to av forfatterne er ansatt.</li> <li>- Tverrfaglig dagskurs, der hoveddelen av deltakerne hadde arbeidet på sykehus de siste 1-5 årene (41,4%).</li> <li>- Deltakerne får tid til å utføre klinisk praksis mellom kurs og intervju.</li> <li>- <b>Begrensninger i studien:</b> Det forelå ikke en kontrollgruppe. Studiegruppen er relativt liten.</li> </ul>
<b>Relevans for studien</b>	Artikkelen viser til kunnskapsnivå og tabubelagte holdninger før og etter gjennomgått kurs for helsepersonell.

<b>Artikkelens fulle referanse</b>	Richards, A., Dean, R., Burgess, G.H. og Caird, H. (2015) 'Sexuality after stroke: an exploration of current professional approaches, barriers to providing support and future directions', <i>Disability and rehabilitation</i> , 38(15), s. 1471-1482.
<b>Hensikt</b>	For å se nærmere på hvordan sykepleiere tilnærmer seg seksuelle spørsmål og tiltak i møte med hjerneslagrammede i rehabiliteringsfasen.
<b>Metode</b>	Kvalitativ studie. <b>Deltagere:</b> 10 deltakere fra fem forskjellige enheter ble intervjuet. Intervjuene var av typen halvstrukturerte intervjuer. Spørsmålene i intervjuene var under tre hovedkategorier: Personlig komfort, barrierer og videre tiltak.
<b>Resultat</b>	Forfatterne utviklet en teoretisk modell på hvordan helsepersonell gikk frem ved kartlegging av pasientens seksualitet, og evt. videre tiltak. Det ble lagt vekt på personalets egne komfortnivå i forhold til å ta opp spørsmål som omhandlet seksualiteten til hjerneslagrammede i rehabiliteringsfasen. Det kom frem at det er en rekke barrierer som står i veien for å tilegne seg informasjon om pasienters seksualitet. Dette var barrierer som i hovedsak gikk ut på at personalet ikke hadde tilstrekkelig kunnskap og kompetanse på området, og at dette var avgjørende for om pasientens seksualitet ble godt kartlagt. Personalet sa også at de ville se det mer naturlig å ta opp emnet med yngre pasienter, både grunnet antagelse av at de var seksuelt aktive og at de var redde for at den eldre pasienten ville bli støtt av emnet og dermed skade det terapeutiske forholdet. Seksualproblematikk ble i noen grad registrert hos personalet, men sjelden tatt videre hånd om. Funnene i studien konkluderer med at seksualitet ikke er et legitimt tema innenfor rehabilitering etter hjerneslag, og at dagens praksis begrenser personalets mulighet til å ta hånd om brukernes problemer. Kurs og trening i hvordan tilegne seg kunnskap og hvordan håndtere den er foreslått, ved blant annet bruk av PLISSIT-modellen.
<b>Våre notater</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fagfellevurdert til nivå 1.</li> <li>- Deltakerne sine egne ord ble direkte sitert i diskusjonsdelen, for å holde resultatene så nært opp mot personalets virkelige oppfatning som mulig.</li> <li>- Personlige erfaringer kommer tydelig frem som leserne kanskje kan kjenne seg igjen i.</li> <li>- Kriterier om at deltagerne skal ha jobbet innen rehabilitering i minimum 6 måneder.</li> <li>- Godkjent av Canterbury Christ Church University Ethics Committee.</li> <li>- Gitt informasjon og skriftlig samtykke.</li> <li>- Ingen av deltagerne refererte til National Clinical Guidelines for Stroke, som anbefales å bruke kort tid etter utskrivelse fra sykehus.</li> <li>- Pasientene informerer om at dette først blir et emne når de er tilbake til hjemmet og ikke vet om de «har lov» til å være seksuelt aktive.</li> </ul>
<b>Relevans for studien</b>	Artikkelen ser nærmere på hvordan sykepleiere tilnærmer seg seksualitet som behov i møte med hjerneslagrammede i rehabiliteringsfasen.

<b>Artikkelens fulle referanse</b>	Beal, C. C. og Millenbruch, J. (2015) 'A Qualitative Case Study of Poststroke Sexuality in a Woman of Childbearing Age', <i>Journal of Obstetric, Gynecologic &amp; Neonatal Nursing</i> , 44(2), s. 228-235.
<b>Hensikt</b>	Hensikten med studien var å utforske oppfatninger av slagrammedes seksualitet, ut i fra én kvinne i fertil alder sitt perspektiv.
<b>Metode</b>	Kvalitativ metode. Det ble gjennomført et halvstrukturert intervju syv måneder etter hjerneslaget. Intervjuet ble tatt opp på lydbånd.
<b>Resultat</b>	<p>Det var fire hovedkategorier som viste seg å være dominerende i forhold til hva kvinnen anså som de største problemene:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• treg framgang tilbake til et seksuelt liv</li> <li>• den sårbare kroppen</li> <li>• å være mentalt nedslått</li> <li>• å føle seg utilstrekkelig i sin kjønnsrolle</li> </ul> <p>I tiden etter hjerneslaget var kvinnen svært var på berøring, og ønsket ikke at noen skulle ta på henne. Hun var redd for den 'ødelagte' kroppen sin og ønsket å beskytte den. Selv etter at hun oppnådde funksjon i den ene armen igjen var hun sensitiv for kroppskontakt. Dette gikk ut over forholdet til ektemannen, og relasjonen dem i mellom ble satt på "pause".</p> <p>Å ikke lenger kunne utføre de daglige gjøremålene i huset og ta vare på barna sine slik som før var en påkjenning mentalt. Hun kunne ikke lenger være hjemmeværende med barna. Hun var hjemme, men barna kunne ikke være der alene med henne fordi hun ikke var i stand til å ta seg av dem.</p> <p>Å få et hjerneslag i fertil alder kan påvirke en kvinnes oppfatning av seg selv som et seksuelt vesen, og hennes mulighet til å leve ut sin kjønnsrolle.</p>
<b>Notater</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fagfelleverdert til nivå 1.</li> <li>- Sykepleiere burde sørge for å gi kvinner mulighet til å uttrykke sine følelser knytt til seksualitet i etterkant av et hjerneslag.</li> <li>- Siden studien er gjennomført på grunnlag av én kvinnes synspunkter og oppfatning, kan ikke dette overføres til å gjelde alle kvinner som har gjennomgått et hjerneslag og er i fertil alder.</li> <li>- Resultatene beskriver godt kvinnens oppfatning og kan relateres til relevant litteratur og forskning innen seksualitet og hjerneslag.</li> <li>- Artikkelen er ikke etisk godkjent.</li> </ul>
<b>Relevans for studien</b>	Artikkelen går i dybden på ulike aspekter og synspunkter etter gjennomgått hjerneslag hos én kvinne.



<b>Artikkelens fulle referanse</b>	Seymour, L. M., og Wolf, T. J. (2014) 'Participation Changes in Sexual Functioning After Mild Stroke', <i>Occupation, Participation and Health</i> , 34(2), s. 72-80.
<b>Hensikt</b>	Hensikten er å finne ut i hvilken grad personer med mildt hjerneslag opplever forandringer i forhold til seksuell funksjon, 6-18 måneder etter gjennomgått hjerneslag.
<b>Metode</b>	<p><b>Forskningsmetode:</b> Tverrsnittstudie.</p> <p><b>Deltagere:</b> 13, i USA. Deltakerne måtte ha en score &lt;6 i følge NIHSS-skala. Andre eksklusjonskriterier for deltakelse var; sykehistorie som inneholdt noe form for nevrologiske lidelser, mer enn et hjerneslag, annen sykdom som påvirker seksualitet og afasi.</p> <p><b>Datainnhenting:</b> Spørreskjemaer som ble gjort over telefon.</p> <p><b>Måleverktøy:</b> Quality of Sexual Function scale (QSF), Stroke Impact Scale (SIS) og Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9).</p>
<b>Resultat</b>	<p><b>Demographic data:</b> Gjennomsnittsalder: 62,08 (fra 36-82 år) 69,2% menn, 30,8% kvinner og 61,5% var gift.</p> <p><b>SIS:</b> Gjennomsnittresultatet = normal (normal er basert på andre slagrammede med mildt slag, ikke en standard score). Det viser en lav tolkning på følelser.</p> <p><b>PHQ-9:</b> Undersøkelsen viser milde depressive symptomer.</p> <p><b>QSF:</b> 38,5% følte at endre seksuell funksjon etter gjennomgått slag. 30,8% fortalte at helsepersonell hadde snakket med de om seksuell dysfunksjon. 23,1% skulle gjerne hatt snakket om seksuell funksjon. 15,4% skulle gjerne hatt informasjon om det kunne oppstå et problem. 0,0% ville snakket om seksuell funksjon i en akutt fase.</p> <p>Det ble gjort en kort case studie på én av deltagerne. Han scoret 2 på NIHSS-skala, og opplevde depressive symptomer etter hjerneslaget. Han nevnte også at han følte at hjerneslaget endre hans seksualfunksjon, og at lyst og prestasjon var endret. I tillegg la han til at han ikke lenger er den mannen han en gang var.</p>
<b>Notater</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fagfelleurdert til nivå 1.</li> <li>- Pasienter med mildt slag reiser ofte rett hjem fra sykehuset, uten tilbud om rehabilitering, kun hjemmehjelp.</li> <li>- Studien ble basert på en rekke inklusjons- og eksklusjonskriterier for deltagelse.</li> <li>- Gitt muntlig samtykke.</li> <li>- Studien konkluderer med at pasienter trenger informasjon om seksualitets forandringer av helsepersonell etter gjennomgått slag. Også videre forskning på området er nødvendig.</li> <li>- Studien ble gjennomgått (reviewed) av University's Human Research Protection Office.</li> </ul>
<b>Relevans for studien</b>	Artikkelen viser til hvilke forandringer pasienten opplever i forhold til seksuell funksjon etter gjennomgått mildt hjerneslag.

<b>Artikkelens fulle referanse</b>	Thompson, H.S. og Ryan, A. (2009) 'The impact of stroke consequences on spousal relationships from the perspective of the person with stroke', <i>Journal of clinical nursing</i> , 18(12), s. 1803-1811.
<b>Hensikt</b>	Hensikten med studien var å utforske på hvilken måte et gjennomgått slag hadde påvirkning på forholdet til ektefellen. Det blir undersøkt hvordan hjerneslaget påvirker de fysiske, følelsesmessige, psykiske og sosiale sidene av ekteskapet i rehabiliteringsprosessen. Fra et pasientperspektiv.
<b>Metode</b>	En kvalitativ tilnærming med dybdeintervju. <b>Deltagere:</b> 16 stk, fra 33-78 år. Ni menn og syv kvinner. <b>Intervjuene:</b> Ble gjennomført ansikt-til-ansikt i pasientens hjem og varte i omtrent 25 minutter. Det ble brukt lydopptak og disse ble kodet. Ble utført av sykepleier spesialisert innen hjerneslagrammede.
<b>Resultat</b>	Studien viser tydelig forandring i forhold til seksualitet, seksuell lyst og seksuell funksjon med ektefellen etter gjennomgått hjerneslag. Deltagerne beskriver en større mangel på kontroll og dramatiske endringer i deres oppfatning av seg selv. Intervjuene tar for seg forskjellen fra før og etter slaget i forhold til sinne, irritabilitet og frustrasjon. Videre tar studien for seg seksualitet, seksuell funksjon og seksuell lyst, der det ses en endring i dynamikken hos den slagrammede som gjør de mer avhengig av partneren. Det viser også en endring i eget selvbilde hvor man har mistet interesse for personlig hygiene og utseende.  Alle bortsett fra en deltager rapporterte manglende seksuell lyst etter hjerneslaget. Både de mannlige og kvinnelige deltagerne var sympatiske ovenfor partnerens seksuelle behov, men følte ingen lyst eller ønske til å være intime, heller ikke kyssing og klemming. Studien tar for seg sosialisering og en totalt endret hverdag, en stor livsendring. Deltagerne slet med å tilpasse seg de komplekse konsekvensene etter hjerneslaget, i samlivet med ektefellen. Følelsesmessige endringer ga vanskeligheter med frykt, frustrasjon og sinne, og påvirket hverdagen både for seg selv og ektefellen. Relevant til klinisk praksis – helsepersonell har liten trening og erfaring innen temaet, og har derfor blitt neglisjert og dårlig behandlet.
<b>Notater</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fagfelleurdert til nivå 2.</li> <li>- Sykepleien har blitt kritisert fra et større medisinsk perspektiv for sine holdninger og verdier.</li> <li>- Det ble sendt brev med invitasjon til dybdeintervju og informasjon om studien, og deltagerne ga skriftlig samtykke.</li> <li>- Etisk godkjenning ble gitt av Office for Research Ethics Committees Northern Ireland.</li> <li>- Det ble brukt inklusjon- og eksklusjonskriterier.</li> <li>- Til tross for manglende seksuell lyst, forsøkte de å være intime for partnerens skyld.</li> <li>- Forfatteren hadde kjennskap til deltagerne.</li> </ul>
<b>Relevans for studien</b>	Artikkelen utforsker hvordan ekteskapet blir påvirket fra perspektivet til personen som har gjennomgått hjerneslag.

## **4.1 Resultatpresentasjon**

### **4.1.1 Sykepleieperspektiv**

Studiene til Higgins et. al. (2012), Richards et. al. (2015) og Saunamäki, Andersson og Engström (2010) tar for seg sykepleiere og annet helsepersonell, og deres holdninger til pasienters seksualitet. Det blir undersøkt i hvilken grad helsepersonell tar hensyn til pasientens behov for seksualitet, hvordan de håndterer situasjoner og hvilke eventuelle barrierer som foreligger for at pasientenes behov blir møtt. Deltagerne i studiene blir spurt om hvor hyppig de tar opp pasienters seksualitet, og eventuelt hvorfor det ikke blir gjort. I Higgins et. al. (2012) blir det særlig undersøkt om det etter et dagskurs foreligger et økt kunnskapsnivå, og en positiv endring i holdninger. Det blir også undersøkt om grad av komfort endres hos helsepersonell, når det kommer til å ta opp seksualitet med pasienter.

Både i Higgins et. al. (2012) og Richards et. al. (2015) er studiene utført ved hjelp av intervju av helsepersonell, fortrinnsvis sykepleiere. I Richards et. al. (2015) var det helsepersonell som arbeider med pasienter som har gjennomgått et hjerneslag, i Higgins et. al. (2012) var det helsepersonell som arbeider med pasienter med fysisk hemming. I begge studiene kommer det frem at sykepleiere både viser og etterlyser manglende kunnskaper om seksualitet, og hvordan de håndterer sine pasienters eventuelle problemer og behov på området.

### **4.1.2 Pasientperspektiv**

I studiene til Seymour og Wolf (2014), Beal og Millenbruck (2015) og Thompson og Ryan (2009) er det fokus på personer som har gjennomgått et hjerneslag, og hvordan seksualfunksjonen er etter hjerneslaget. I Thompson og Ryan (2009) ble det undersøkt hvilke utfordringer det har for parforholdet at en av de har hatt hjerneslag. Det psykososiale aspektet ved seksualitet ble forsket på ved å undersøke hvordan hjerneslaget påvirker de fysiske, følelsesmessige, psykiske og sosiale sidene av ekteskapet. Det blir særlig rapportert om manglende seksuell lyst, frustrasjon, sinne og frykt. Både Seymour og Wolf (2014) og Beal og Millenbruck (2015) har med hensikt å finne ut hvilke oppfatninger og endring i seksuell funksjon som foreligger hos pasienter som har hatt slag. I Beal og Millenbruck (2015) er det et dybdeintervju med en kvinne som i ung alder fikk hjerneslag, og i Seymour og Wolf (2014) er det fokus på personer som har gjennomgått et mildt hjerneslag.

I alle studiene kommer det frem at særlig kategorier som kunnskap, kompetanse, komfort og tid er avgjørende faktorer for utøvelse av sykepleie. Informasjon og de følelsesmessige forandringene viser seg å være avgjørende for pasienter som har gjennomgått et hjerneslag.

#### **4.1.3 Kunnskap og kompetanse**

Higgins et. al. (2012), Richards et. al. (2015) og Saunamäki, Andersson og Engström (2010) sine studier viser resultater som alle peker i retningen om at sykepleiere mangler kunnskap og kompetanse om seksualitet, og at dette er grunnlag for at det ikke blir tatt opp med pasientene. I følge Higgins et. al. (2012) sin studie svarte alle deltakerne at de hadde lite til ingen kunnskap om sykdom og seksualitet. I tillegg til lite kunnskap kom det frem at et stort flertall av deltakerne var høyst ukomfortable med å ta opp slike temaer med pasienter.

I studien til Saunamäki, Andersson og Engström (2010), som tar for seg sykepleiere sine tanker og holdninger til pasienters seksualitet, hevder nesten alle at de har kunnskap om sykdom og behandling som kan påvirke seksuell funksjon. 28,4% av sykepleierne svarer at de forteller sine pasienter at de skal rådføre seg med fastlegen sin om problemer knyttet til seksualitet. 94,3% svarer avkreftende til påstanden om at pasienter forventer at sykepleiere tar opp spørsmål knyttet til seksualitet med dem. Det kommer også frem at sykepleierne med lengst arbeidserfaring og høyest alder var de som var mest komfortable med å ta opp seksualitet med pasienter, og som hyppigst gjorde det.

I Richards et. al. (2015) sin studie kommer det frem at det er en rekke barrierer som står i veien for å tilegne seg informasjon om pasienters seksualitet. Dette var barrierer som i hovedsak gikk ut på at personalet ikke hadde tilstrekkelig kunnskap og kompetanse på området, og at dette var avgjørende for om pasientens seksualitet ble tilstrekkelig kartlagt.

I Higgins et. al. (2012) viser resultatene fra dagskurset at helsepersonellens kunnskapsnivå økte, og holdningene rundt seksualitet ble positivt endret. Deltakere kunne også rapportere om at de ble mer villige til å ta opp seksualitet med pasienter, og åpne for samtale.

#### **4.1.4 Komfort**

I studien til Saunamäki, Andersson og Engström (2010) viser de til at 63% av sykepleierne mente at det var deres ansvar å ta opp seksualitet med pasientene. Et stort flertall svarer også at de ikke tok seg tid til å ta opp seksualitet, og mange mente det er et for privat tema å ta opp

med pasienter. Nesten 40% av sykepleierne hevdet at de kunne observere problemer knyttet til seksualitet hos pasienter, og en nesten like stor andel var ukomfortable med å ta opp tema. Etter dagskurset i studien til Higgins et. al. (2012) var tilbakemeldingene fra sykepleierne etter endt dagskurs at de følte seg mer komfortable med å kommunisere seksualitet med pasienter. Deltakerne i studien hevdet også at de var blitt mer oppmerksom på pasienters behov for seksualitet, og tok de mer på alvor.

#### **4.1.5 Følelsesmessige forandringer**

I følge studien til Beal og Millenbruck (2015) kommer det frem at mentale utfordringer som følge av et hjerneslag påvirker seksualiteten. Følelsen av å være mentalt nedslått i kombinasjon med en angstpreget hverdag i redsel for nytt hjerneslag var en stor brems for å gå videre. Kvinnen beskrev de mentale forandringene som vanskeligere å takle i forhold til de fysiske. Den sårbare kroppen, som var resultatet etter at kvinnen fikk hjerneslag, skapte nye utfordringer. Kvinnen ville ikke at noen skulle komme nær den sårbare kroppen hennes, og dette gikk ut over hennes ekteskap. Alt ble satt på pause, og frustrasjon og sinne overfor hverandre ble utviklet. Fra sykepleiere og annet helsepersonell fikk hun ingen informasjon om at alle forandringene etter hjerneslaget kunne påvirke hennes seksualitet, men hennes depresjon ble medisinerert med antidepressiva. Kvinnen beskrev det som nødvendig å snakke om følelser og mental påvirkning, og understreker at det ikke bør ventes med å snakke om. Et møte med en sykepleier som reagerte på at kvinnen var pasient på grunn av et hjerneslag, gjorde at kvinnen følte seg forelegen på grunn av alderen sin. Hun følte hun var for ung til å få hjerneslag, og at hun ikke passet inn i rollen som slagrammet.

Både i studiene til Seymour og Wolf (2014) og Thompson og Ryan (2009) kommer det frem at det ofte foreligger milde til moderate symptomer på depresjon etter hjerneslag. Dette resulterer i frustrasjon, sinne, angst og irritabilitet. I studien til Thompson og Ryan (2009) rapporterte alle deltakere utenom én at de hadde nedsatt seksuell lyst. Likevel oppførte de slagrammede seg sympatisk overfor partner, og forsøkte å være intime for å ikke ødelegge forholdet, på tross av manglende nytelse. I Seymour og Wolf (2014) sier nesten 40% av deltakerne at hjerneslaget endret seksualfunksjonen i negativ retning. Manglende lyst, orgasme som uteblir og impotens kommer frem som noen av hovedproblemene.

#### **4.1.6 Informasjon**

Resultatene til flere av studiene viser manglende informasjon fra helsepersonell til pasient, om seksualitet og seksuell dysfunksjon. I Seymour og Wolf (2014) kommer det frem at bare i underkant av 30% mottok informasjon om seksuell funksjon etter hjerneslaget. Av de resterende som ikke mottok informasjon ønsket 23% at de hadde fått det. I studien til Saunamäki, Andersson og Engström (2010) svarte over 80% av sykepleierne at de ikke tok seg tid til å ta opp seksualitet med pasientene sine. Over 40% mener at det ikke er viktig for pasientens fremtidige helse å snakke om seksualitet og seksuell funksjon. Over halvparten av sykepleierne mente også at innlagte pasienter ikke er interessert i å snakke om seksualitet fordi de er for syke, og snakker bare om det dersom pasienten selv tar det opp.

#### **4.1.7 P-LI-SS-IT-modellen**

PLISSIT-modellen nevnes i flere studier som en metode som helsepersonell kan bruke i identifiseringen av pasienters seksualitet. I Higgins et. al. (2012) blir modellen brukt som et rammeverk for utviklingen av dagskurset. I studien til Richards et. al. (2015) var det en liten del av deltakerne som hensiktsmessig brukte forskjellige innledene metoder for å tilnærme seg pasienters seksualitet, og for å åpne opp for muligheten for pasienter å snakke om det. Dette ga større mulighet for helsepersonell til å kartlegge og observere pasientens behov for informasjon og eventuelt behov for videre henvendelse til ekspertise på området. I studien til Saunamäki, Andersson og Engström (2010), der sykepleierne med lengst erfaring var de som hyppigst tok opp seksualitet og funksjon hos pasientene, blir det foreslått for alle som praktiserer sykepleie, også studenter, å henvende seg til pasienter ved å bruke PLISSIT-modellen som en ramme for fremgangsmåte. Studien konkluderte også med at høyskoler og universiteter burde lære studenter hvordan de skal observere og tilnærme seg pasienters seksualitet, for å gjøre det til en naturlig og selvsagt del av sykepleie. Da kan tabu og ukomfortable situasjoner unngås, og på den måten gis det helhetlig sykepleie, ved at seksualproblematikk, som ikke naturlig kommer frem, blir kartlagt tidlig.

## 5 Diskusjon

### 5.1 Kunnskap, kompetanse og komfort

I studien Saunamäki, Andersson og Engström (2010) kommer det frem at selv om 90% av sykepleierne mener at det er deres ansvar å ta opp seksualitet med pasienten, sier 80% at de likevel ikke tar opp emnet. 60% av deltagerne begrunner dette med at de ikke har tiltro til egen kunnskap. En kan da undres om i hvilken grad seksualitet er en del av sykepleiers utdanningsplan. I studien Richards et. al. (2015) bekrefter sykepleierne at de føler de ikke har nok kunnskap om emnet til å kunne ta det opp med pasientene. De uttaler at kunnskapsmangelen skaper en barriere rundt temaet, og dersom en sykepleier tok opp temaet ble det ikke arbeidet videre for å hjelpe pasienten. Higgins et. al. (2012) tar for seg om et dagskurs kan øke helsepersonells kunnskap om seksualitet som en del av yrket, og resultatene viser en moderat kunnskapsøkning. Siden sykepleierne selv sier at de har behov for økt kunnskap for å kunne ta opp emnet med sin pasient, burde da alle sykepleiere gjennomgå et slikt kurs? Selv om studien ikke indikerte en stor økning av kunnskap, førte den likevel til at sykepleierne følte seg mer rustet til å møte pasientene i deres situasjon. En mulig grunn til at temaet tilsidesettes kan skyldes det tabubelagte synet på seksualitet. Almås og Benestad (2006) påpeker også at dersom en ikke har avklart sin seksualitet som privatperson kan det være vanskelig å akseptere andres seksualitet, og derfor gjøre det vanskelig å forholde seg profesjonelt.

I studien Higgins et. al. (2012) kommer det frem at deltagerne ble mer komfortable når deres kunnskapsnivå ble hevet, og som et resultat av dette ble bekymringer i mindre grad gjeldende. Dersom sykepleiere er redde for å fremstå som kunnskapsløse overfor pasienter kan dette medvirke til at de vegrer seg for å ta opp emnet. En sykepleier som mangler kunnskap risikerer å fremstå som uprofesjonell og dermed få sin tillit hos pasienten svekket. Dette samsvarer også med hva sykepleierne i flere av studiene oppgir som grunn for å unngå temaet seksualitet med pasienten. I studien til Richards et. al. (2015) oppgir en sykepleier at hun er bekymret for at dersom hun tar opp emnet vil dette føre til at pasienten blir ubekvem, og at dette igjen vil gå ut over hvordan pasienten forholder seg til henne og hennes kollegaer. Ofte trenger ikke pasientens seksualitet å inneholde problemer, men det kan foreligge et behov for å snakket om det. Dersom sykepleiere hensiktsmessig bruker PLISSIT-modellen kan dette åpne opp for samtale, og pasientens problemer kan være løst allerede innen det første nivået

av modellen. Tillatelse for kommunikasjon bør ikke hindres, og på denne måten kan problem identifiseres.

## **5.2 Sykepleieres holdninger og prioriteringer**

En annen viktig faktor for å ta opp seksualitet er sykepleieres holdning. Dersom det ikke foreligger en norm på arbeidsplassen for å ta opp seksualitet med pasienter kan dette fungere som en barriere. Det finnes mange forskjellige syn på seksualitet. En ungdom og en eldre vil kanskje ha to forskjellige reaksjoner på at en sykepleier tar opp temaet, men betyr dette at sykepleiere kun skal ta opp temaet med en av de to? I studien til Richards et. al. (2015) kommer det frem at sykepleierne anser det som mer naturlig å ta opp seksualitet med sine yngre pasienter, da de går ut i fra at de er seksuelt aktive, samt i frykt for å krenke den eldre pasienten. Kan sykepleiere avgjøre ut i fra alder om en person er seksuelt aktiv? Seymour og Wolf (2014) siterer pasienter i ulike aldersgrupper som bekrefter at de skulle ønske at en sykepleier hadde tatt opp seksualitet med dem. Kun et fåtall av disse pasientene opplevde at temaet ble tatt opp. Frarøver ikke da sykepleiere den gjenstående parten muligheten til å oppnå seksuell helse?

I Higgins et. al. (2012) uttaler en av deltakerne at de før dagskurset anså pasientene som ikke-seksuelle, og dersom pasientene forsøkte å ta opp temaet ble dette oversett. Etter gjennomføring av dagskurset endret dette synet seg, og de var ikke lenger urolige for å etterkomme pasients ønske om å ta opp temaet. Dette førte til at de anså sine pasienter som mennesker, og ikke bare arbeidsoppgaver. Dette resulterte i at terskelen for å ta opp temaet ble redusert, riktig nok i liten grad.

Sykepleieres hektiske arbeidsdag kan resultere i prioriteringer som kan gå på bekostning av pasientene. I Richards et. al. (2015) kommer det frem at arbeidsdagen er full av rutinemessige oppgaver, og at sykepleierne ikke visste når de eventuelt skulle få tid til å ta opp seksualitet med pasientene sine. Det kan ut i fra dette tolkes at det ofte er de grunnleggende behovene til pasienten som blir prioritert. Dette er en prioritering som kan begrunnes og forstås. Studien kommer også frem til at sykepleierne sier at høyt arbeidspress fører til at de prioriterer de mest essensielle arbeidsoppgavene, og deretter sender pasienten tilbake til hjemmet mest mulig effektivt. Er det slik at det alltid er dårlig bemanning, liten tid og harde prioriteringer som må gjøres innen helsevesenet? Eller er dette også noe det kan være lett å legge skylden



over på for å lette egen skyldfølelse, fordi en ikke har gjort alt en burde gjøre for pasienten? Dersom sykepleiere blir opplært til å ta opp seksualitet som et tema, om hvorfor det har betydning for pasienten og hvordan de skal takle seksualitet profesjonelt, kunne det da tenkes at flere våger å ta opp temaet?

Studiene til Higgins et. al. (2012), Saunamäki, Andersson og Engström (2010) og Richards et. al. (2015) viser alle at kunnskapsøkning og øving i fremgangsmåte er viktige faktorer som kan være avgjørende for om sykepleiere tar opp emnet med pasienter. Det kommer også frem at sykepleiere med videreutdanning og lengst erfaring er de som hyppigst tar opp seksualitet med pasienter. Kan det dermed trekkes en tråd mellom erfaring og handling? Er erfaring en avgjørende faktor for om sykepleiere våger å ta opp temaet med pasient? Dette gir grunnlag for å tro at sykepleiere prioriterer basert på erfaring.

### **5.3 Medisinering**

I studien til Beal og Millenbruch (2015) beskriver 38,5% av deltagerne at hjerneslaget har endret deres seksuelle funksjon. Ofte har ikke pasienter bakgrunnskunnskap om at de seksuelle forandringene kan skyldes medisinering. Trolig vet også kun et fåtall av pasientene at dette kan gjøres noe med. Etter et hjerneslag starter mange pasienter en livslang medikamentell behandling. Denne behandlingen består blant annet av medisiner som regulerer blodtrykket. Slike medikamenter kan gi bivirkninger, som kan arte seg som ereksjonssvikt eller manglende evne til å opprettholde ereksjon. Det finnes flere ulike typer blodtrykksregulerende medisiner, og selv om medisinene i hovedsak har mange av de samme bivirkningene er det ikke dermed gitt at de samme bivirkningene vil slå ut hos alle (Almås og Benestad, 2006). Dette er kunnskap som sykepleiere sammen med annet helsepersonell bør ha, og dette er en av mange grunner til hvorfor det er hensiktsmessig at pasienten har et åpent forhold til sykepleiere. På denne måten kan gode tiltak best iverksettes, og dermed kan en forsøksvis fremme pasientens livskvalitet.

Thompson og Ryan (2009) undersøkte seksuell lyst og funksjon etter hjerneslag. Her angav alle deltagerne, unntatt én, at de opplevde redusert eller manglende seksuell lyst. Medisinering og frykt for nytt hjerneslag ble av flere oppgitt som mulig grunn for deres manglende lyst. Almås og Benestad (2006) opplyser også om at kontrollerte studier indikerer at 75% av pasientene som opplever seksuelle bivirkninger av medisinsk behandling, ikke opplyser om

dette uoppfordret. Om alle sykepleiere var klar over dette ville de kanskje ha prioritert å kommunisere seksualitet hyppigere med pasienter.

## **5.4 Helhetlig sykepleie**

Identitet er menneskets opplevelse av å være seg selv, og oppsummerer alle sider ved en selv som skaper en følelse av helhet (Solvoll, 2011). Studien til Beal og Millenbruck (2015) viser at frustrasjon, sinne og irritabilitet over den skadde kroppen var fremtredende i hverdagen til kvinnen som hadde gjennomgått et hjerneslag. Videre beskrives det at følelsen av å være mentalt nedbrutt og angsten for nytt hjerneslag var vanskeligere å takle enn de fysiske utfordringene. Det påvirket kvinnens identitet, og det ble videre beskrevet som å miste seg selv. Kvinnens egen oppfatning og følelse av seg selv, som hun hadde opparbeidet gjennom livet ble brått forandret etter hjerneslaget. Etter WHO (2006) sin definisjon av seksualitet, kan en gå ut i fra at dette burde gå inn under hva helhetlig sykepleie angår. Seksualiteten vil for hvert enkelt menneske variere mye i løpet av livet og er under konstant påvirkning av ytre faktorer (Gamnes, 2011). Seksualitet er en viktig del av vår identitet, og i følge NSF (2011) skal en sykepleier utøve helhetlig omsorg til hver enkelt pasient. Selv om helhetlig omsorg ikke defineres videre i retningslinjene, bør sykepleiere i følge Solvoll (2011) kunne tolke beskrivelser av hvordan trussel mot identiteten kommer til uttrykk.

Sykepleiens funksjons- og ansvarsområde kan i følge Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2011) deles i ulike funksjoner. Sykepleiefunksjonen er i praksis en integrert helhet, der sykepleier observerer og kartlegger, setter i gang tiltak og observerer videre. All sykepleie utøves ut i fra hver enkelt pasients behov. Sykepleiere skal tolke, observere og skape relasjon for å utøve best mulig helhetlig pleie til personen som er i sentrum, nemlig pasienten. I studien til Saunamäki, Andersson og Engström (2010) mente bare 63% av sykepleierne som deltok at å ta opp seksualitet med pasienten var deres ansvarsområde, og enda færre tok det opp. Det kan da stilles spørsmål om hva som anses som helhetlig sykepleie? Sykepleiere observerer og setter i gang tiltak, og om et behov er observert og identifisert burde det tas videre hånd om. Behov som blir kartlagt, men ikke videre ivaretatt er det ingen hensikt i å kartlegge.

Studien til Higgins et. al. (2012) resulterer i at sykepleierne hadde mer fokus på de fysiske behovene, i forhold til sosiale og emosjonelle behov. Det ble i studien beskrevet at

sykepleierne ikke alltid så pasientene som personer og at grunnen til dette var delvis høyt arbeidstempo og stor utskiftning av pasienter. Videre viste resultatene at dagskurset åpnet øynene til sykepleierne som deltok, og at de nå var mer oppmerksom på at det var personer de pleiet, og ikke bare pasienter med fysiske behov. Ut i fra det sykepleiere lærer i studietiden om å se personen bak pasienten, er det bemerkelsesverdig at det måtte et oppfriskningskurs til for at de i større grad skulle ta hensyn til pasientens psykiske aspekter. Dette strider i mot Travelbees (2002) teori om å kunne bruke seg selv terapeutisk som sykepleier. Den medfører at pasienten må ses på som et menneske fremfor pasient. Ut i fra resultatene til Higgins et. al. (2012) kan det se ut som sykepleiere er med på å danne et ikke-seksuelt miljø innen helsevesenet. På bakgrunn av dette kan det undres over hvilke mennesker som passer inn der.

Richards et. al. (2015) finner i sin studie at det allerede finnes så mange arbeidsoppgaver, at sykepleierne ikke visste når de eventuelt skulle få tid til å ta opp seksualitet med pasientene. Alt i alt viser resultatene i studien at pasienters seksualitet kom i annen rekke, og ble i liten grad prioritert. Det kan se ut til at sykepleiere venter med å snakke om seksualitet til pasienten tar det opp, samtidig som pasientene ikke selv tar det opp. Det kan undres over hvordan sykepleien hadde blitt dersom alle sykepleiere ventet på at pasientene skulle komme med sine spørsmål og behov. Sykepleiere sitter inne med mye kunnskap om behovene pasienter kan ha, og kan sette i gang tiltak på grunnlag av observasjoner. Hvordan har det seg at seksualitet kommer på sidelinjen av pasienters behov for helsehjelp, når sykepleiere vet at konsekvenser av sykdom og behandling påvirker nettopp dette?

Almås og Benestad (2006) hevder at for å kunne møte seksualitet profesjonelt og fremme seksuell helse hos pasienter, må sykepleiere være komfortabel med egen seksualitet.

Saunamäki, Andersson og Engström (2010) konkluderer i sin studie med at høyskoler og universiteter burde lære studenter hvordan de skal observere og tilnærme seg pasienters seksualitet, for å gjøre det til en naturlig og selvsagt del av sykepleie. Dersom temaet seksualitet forblir et ikke-tema, kan det tenkes at tabuet dyrkes og holdninger forbli uendret.

## **5.5 Sykepleiens yrkesetikk og lovverk**

Yrkesetiske retningslinjer (NSF, 2011) har som formål å sikre høy etisk sykepleiefaglig standard blant alle sykepleiere. Sykepleiere skal holde seg oppdatert på ny forskning og

utvikling innen sykepleie, og skal kunne anvende det i praksis. I studien til Saunamäki, Andersson og Engström (2010) kan det argumenteres for at kunnskap var tilstede hos flertallet av helsepersonellet, men at temaet i nesten like stor grad ikke ble tatt opp med pasienten. I forhold til studien til Richards et. al. (2015) kommer det frem at kunnskapen som var til stede handlet om konsekvenser av sykdom og behandling, men ikke videre tiltak på problemer knyttet til seksualitet. Hva er hensikten med å oppdatere seg på utvikling og ny forskning innen sitt fagfelt, dersom det ikke praktiseres og kommuniseres videre? Sykepleiere har i utgangspunktet stor tillit i befolkningen, og yrkesetiske retningslinjer (NSF, 2011) er utarbeidet både for å sikre og ivareta denne tilliten. Dersom sykepleiere mangler tillit til egen kunnskap og deres bekvemmelighet hindrer utøvelse av sykepleie, er tilliten fra pasienten da fortjent? Det som sykepleiere føler er ukomfortabelt burde ikke komme i veien for å ivareta pasientenes behov.

Thompson og Ryan (2009) fant i sin studie at det var tydelig forandring i forhold til seksualitet, seksuell lyst og seksuell funksjon etter gjennomgått hjerneslag. Studien viser videre funn om emosjonelle forandringer, endret selvilde og svekket livskvalitet. Kan informasjon fra helsepersonell angående konsekvenser som kan påvirke seksualitet gi pasienten en større innsikt og mulighet til å være beredt på det som kan forekomme? Kan dette hjelpe pasienten til å mestre de psykiske utfordringene? Sykepleiere har ansvar for å fremme helse og skal styrke håp, mestring og livsmot hos pasienter (NSF, 2011). Gamnes (2011) hevder at seksualitet inkluderer det fysiske, psykiske, åndelige, sosiale og kulturelle sidene ved det å være et menneske. Det kan argumenteres for at seksualitet som et udekket behov vil påvirke andre sider ved mennesket. I følge Beal og Millenbruch (2015) har mangel på informasjon fra sykepleiere og annet helsepersonell vist seg å ha negative konsekvenser for pasienter etter hjerneslag. Dersom informasjon gis kan det fungere motsatt, og styrke pasientens håp om bedring. For å bevare og utvikle håp må personen som er syk i følge Travelbee (2002) være trygg på at hjelp fra andre vil komme når det trengs. På denne måten blir det understreket at mennesker i stor grad er avhengig av hverandre. Informasjon for å kunne mestre det som er i vente, og understøtte livsmot er viktig i møte med pasienter. Profesjonsetikken viser til faglige forutsetninger for at det etiske grunnlaget skal realiseres i praksis, og hva sykepleiere strekker seg etter for å sikre god yrkesutøvelse (Sneltvedt, 2012).

Sykepleieren ivaretar pasientens behov for helhetlig omsorg (NSF, 2011). Det holistiske menneskesynet er en helhetsforståelse av mennesket der helheten er mer enn summen av

delene (Odland, 2012). Seksualitet berører alle fire dimensjonene av mennesket, og har en plass i helheten av omsorg for pasienten. Helsepersonellets menneskesyn kan påvirke handlinger og gi konsekvenser for pasientens skjebne. Reduksjonistisk menneskesyn relateres til naturvitenskapelig tenkning, der menneskekroppen blir betraktet som et objekt eller en maskin. I følge Higgins et al. (2012) viste studien at helsepersonellet fikk et annet syn på pasienten etter fullført dagskurs. Pasienten ble betraktet som et menneske, og ikke bare en arbeidsoppgave. Kan dette vise til at et reduksjonistisk menneskesyn i noen grad blir praktisert av sykepleiere?

Helsepersonelloven (1999) setter krav til helsepersonellets yrkesutøvelse om forsvarlighet. Dersom sykepleiere ikke innehar kunnskap og kompetanse for å ivareta pasientens behov, skal de kunne henvise pasienten videre til kvalifisert personell. I følge Richards et. al. (2015) kom det frem at seksualproblematikk ble i noen grad registrert, men sjeldent tatt videre hånd om. Hvorfor overse og ignorere seksuelle behov, når man har flere alternativer? I følge studien til Saunamäki, Andersson og Engström (2010) blir det foreslått at helsepersonell skal henvende seg til pasienter ved bruk av PLISSIT-modellen, en modell som hjelper sykepleieren i identifisering og kommunikasjonen av pasientens seksualitet. Hvor god er modellen dersom sykepleiere ikke har kunnskap om modellen, og dermed ikke kan bruke den hensiktsmessig?

I Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3-2, står det at pasienten skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin egen helsetilstand. Seymour og Wolf (2014) hevder at i underkant av 30% av pasientene mottok informasjon om seksuell funksjon etter hjerneslaget, og av de resterende ønsket 23% informasjon. Loven sier videre at det skal informeres om mulige risikoer og bivirkninger. På den ene siden har loven en formulering om hva som er pålagt, på den andre siden er det helsepersonellet som tolker dette, og det kan gjøres på ulike måter. I tillegg til det loven sier, skal det ut i fra retningslinjene (NSF, 2011) gis helhetlig omsorg. Er det helsepersonellet som skal bestemme om seksualitet som behov skal utelukkes fra det nødvendige?

Normalitetsbegrepet både brukes og misbrukes innenfor seksualitet som beskrivelse og norm for menneskelig adferd. Hva som er normalt eller unormalt er ikke sexologisk definert (Almås og Benestad, 2006). Det forutsetter at sykepleiere har kunnskaper om sine egne og andres holdninger om seksualitet. Gruppetilhørighet, vekstmiljø, religion og myter setter preg på den

enkeltes holdninger, og alle har sine grenser (Gamnes, 2011). Det trengs mer enn bare å lese seg opp på teori om seksualitet for å bli bevisst sine egne holdninger. Holdninger og verdier skapes av utfordrende opplevelser, og resulterer i erfaring. Å reflektere over hva man selv synes er vanlig eller uvanlig er en vesentlig faktor i møte med pasienters seksualitet.

## **5.6 Metodiske og forskningsetiske overveielser**

Hvilke forskningsmetoder som er hensiktsmessig å bruke i en bacheloroppgave kommer an på hva problemstillingen spør etter. I denne oppgaven er hensikten å finne ut hvilke faktorer som påvirker sykepleieren i sitt arbeid. Dette kan omformuleres til “hva er det som påvirker sykepleieren i sitt arbeid?”, og faller da naturlig i en kvalitativ retning. Det vil da være hensiktsmessig å se på studier som er utført etter en kvalitativ metode for å svare på problemstillingen. Det er likevel ikke slik at en bare må velge kvalitative eller kvantitative studier, de kan også kombineres for å svare mer helhetlig på oppgavens problemstilling. Det kan være svakheter ved en metode, som kan oppveies av sterke sider ved en annen metode, og omvendt. En kvalitativ undersøkelse kan forbedre en kvantitativ undersøkelse, ved å forsterke resultatene og utvikle mer presise problemstillinger og hypoteser. Den kvalitative undersøkelsen blir da en oppfølgingsundersøkelse for å utdype og utfylle uklarheter, og eventuelt uventede resultater, fra den kvantitative undersøkelsen (Thidemann, 2015).

I følge Thidemann (2015) er det en økende anerkjennelse av å benytte informasjon fra ulike metodiske tilnærminger. Å utelate kvantitative studier, til fordel for kvalitative, vil ikke styrke en litteraturstudie. I denne oppgaven består resultatene både av kvantitativ og kvalitativ informasjon fra forskjellige studier, og dette er gjort for at resultatene skal dekke problemstillingen. Problemstillingen etterspør hvilke faktorer som påvirker en yrkesutøvelse, og det vil i den sammenheng være hensiktsmessig å også inkludere statistikk for forekomsten. På denne måten styrker de kvantitative resultatene fra brukte studier resultatene fra de kvalitative. I tillegg til bruk av både kvantitative og kvalitative studier, er det brukt både studier med fokus på sykepleieperspektivet og på pasientperspektivet. Sammen med funn som gir en forklarende begrunnelse for utøvelse av sykepleie, gir dette en bredere oversikt over det som utøves og det som ikke utøves av sykepleie, samt det som ønskes og det som ikke ønskes utøvet av sykepleie.

Dalland (2012) hevder at forskningsetikk omhandler planlegging, gjennomføring og rapportering av forskning. Det skal fremme ivaretagelse av personvernet og sikre troverdighet av forskningsresultatene. Informasjon og samtykke ble gitt i samtlige studier. Tre av studiene innhentet skriftlig samtykke, som er anbefalt i følge Dalland. All deltagelse i studiene var frivillig. Det er anvendt anonymisering i alle studiene som er valgt, og i den grad det er brukt navn på deltagerne er dette pseudonymer. I følge Dalland (2012) bør det i all forskning som involverer mennesker og deres helseopplysninger søkes om etisk godkjenning fra nasjonalt utnevnte komiteer. Samtlige studier, foruten studien til Beal og Millenbruch (2015), har søkt om og fått innvilget etisk godkjenning. Tross dette vil vi påpeke at i studiene til Higgins et. al. (2012) og Seymour og Wolf (2014) var to av forfatterne ansatt innen fakultetet som godkjente studiene. I Thompson og Ryan sin studie (2009) var en av forskerne spesialisert innen hjerneslag og hadde kjennskap til studiens deltagere fra før. Samtlige studier er fagfellevurderte.

## 6 Konklusjon

Avgjørende faktorer for å ta opp seksualitetsproblematikk hos pasienter er manglende kunnskap og kompetanse. Studiene viser at sykepleiere ser på seksualitet som et behov, men at de ikke har nok kunnskap til å kommunisere dette. Å ta opp seksualitet og diskutere dette med pasientene blir hindret av en rekke barrierer, og ikke bare på grunnlag av manglende kunnskap om temaet. Frykt for å opptre krenkende overfor pasienter hindrer videre åpenhet rundt seksualitet, og ytterligere holdninger om at yngre pasienter har et større behov i forhold til eldre frarøver en stor del av befolkningen å oppnå seksuell helse. Videre argumenterer sykepleiere at pasientene ikke forventer at seksualitet blir tatt opp av helsepersonell, og at innleggelsesårsak er grunnlag for sykepleien som utøves. Sykepleieres holdninger til seksualitet er i liten grad forbundet med yrkesetiske retningslinjers beskrivelse av helhetlig omsorg. Selektiv sykepleie strider i mot Travelbees sykepleieteori, der pasienten skal ses på som et menneske fremfor pasient. Dette inkluderer alt ved mennesket, også seksualitet.

Det er ikke enighet blant sykepleiere hvem som har hovedansvaret for å identifisere seksualproblematikk hos pasienter. Det fremstår ikke som en naturlig del av sykepleie, og er i stor grad fremdeles et tabubelagt område som det helst ikke prates om. Tabuet rundt seksualitet gjør det ukomfortabelt for sykepleiere å tilnærme seg pasienters behov. Manglende kompetanse for å bryte tabuer begrunnes i sykepleieres evne for å ikke blande inn egne erfaringer knyttet til seksualitet.

Høyt arbeidstempo og liten tid blir brukt som argument for å ikke diskutere seksualitet med pasienter. Det blir ikke prioritert og da blir problemer heller ikke identifisert.

Normen for å bringe dette på dagsorden blant sykepleiere er også en faktor som begrenser utøvelsen av videre kommunikasjon av temaet. Dersom det ikke rutinemessig blir gjort på arbeidsplassen, er terskelen for at den enkelte sykepleier skal kartlegge pasienters seksualitet høy.



## Litteraturliste

- Almås, E. og Benestad, E.E.P. (2006) *Sexologi i praksis*. 2.utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Beal, C.C. og Millenbruch, J. (2015) 'A Qualitative Case Study of Poststroke Sexuality in a Woman of Childbearing Age', *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 44(2), s.228-235.
- Bertelsen, A.K. (2011) 'Sykdommer i nervesystemet', i Ørn, S., Mjell, J., og Bach-Gansmo, E. (red.) *Sykdom og behandling*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s.313-336.
- Bjørk, I.T. og Breievne, G. (2011) 'Kropp og velvære', i Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. Og Skaug, E.A. (red.) *Grunnleggende sykepleie, bind 2*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s.371-401.
- Brinchmann, B.S (2012) 'De fire prinsippers etikk' i Brinchmann, B.S. (red.) *Etikk i sykepleien*. 3.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s.81-96.
- Dalland, O. (2012) *Metode og oppgaveskriving*. 5.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, T. og Eide. H. (2004) *Kommunikasjon i praksis – Relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Gamnes, S. (2011) 'Nærhet og seksualitet' i Kristoffersen, N.J., Nortvedt, E. og Skaug, E.A. (red.) *Grunnleggende sykepleie, bind 3*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk. s.71-104.
- Haraldsen, I. (2010) 'Seksualitetens betydning for helse og velvære', i Skårderud, F., Haugsgjerd, S. og Stänicke, E. (red.) *Psykiatriboken, sinn – kropp – samfunn*. Oslo: Gyldendal akademisk, s.422-432.
- Higgins, A., Sharek, D., Nolan, M., Sheerin, B., Flanagan, P., Slaicuinat, S., Mc Donnel, S. og Walsh, H. (2012) 'Mixed methods evaluation of an interdisciplinary sexuality education programme for staff working with people who have an acquired physical disability', *Journal of advanced nursing*, 68(11), s.2559-2569.

Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell m.v.* Lovdata. Tilgjengelig fra:

<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64> (Hentet: 25.februar 2016).

Travelee, J. (2002) *Mellemmenneskelige aspekter i sygepleje*. København: Munksgaard Danmark.

Kristoffersen, N.J. (2011) 'Teoretiske perspektiver på sykepleie', i Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. og Skaug, E.A. (red.) *Grunnleggende sykepleie, bind 1*. 2.utg. Oslo: Gyldendal akademisk, s.207-280.

Kristoffersen, N.J. og Nortvedt, P. (2011) 'Relasjonen mellom sykepleier og pasient', i Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. og Skaug, E.A. (red.) *Grunnleggende sykepleie, bind 1*. 2.utg. Oslo: Gyldendal akademisk, s.83-133.

Kristofferens, N.J., Nortvedt, F. og Skaug, E.A. (2011) 'Om sykepleie' i Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. og Skaug, E.A. (red.) *Grunnleggende sykepleie, bind 1*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk. s.15-29.

Lunde, B.V. (2012) 'Juss og etikk i sykepleien' i Brinchmann, B.S. (red.) *Etikk i sykepleien*. 3.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk. s.166-188.

Molven, O. (2012) *Helse og jus*. 7.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Norsk sykepleierforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Tilgjengelig fra:

<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere> (Hentet: 25.02.16).

Odland, L.H. (2012) 'Menneskesyn' i Brinchmann, B.S. (red.) *Etikk i sykepleien*. 3.utg. Oslo: Gyldendal Akademiske. s.23-41.

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Lovdata.

Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63> (Hentet: 25.februar 2016).

- Richards, A., Dean, R., Burgess, G.H. og Caird, H. (2015) 'Sexuality after stroke: an exploration of current professional approaches, barriers to providing support and future directions', *Disability and rehabilitation*, 38(15), s.1471-1482.
- Saunamäki, N., Andersson, M. og Engström, M. (2010) 'Discussing sexuality with patients: nurses' attitudes and beliefs', *Journal of Advanced Nursing*, 66(6), s.1308-1316.
- Seymour, L. M., og Wolf, T. J. (2014) 'Participation Changes in Sexual Functioning After Mild Stroke', *Occupation, Participation and Health*, 34(2), s.72-80.
- Sneltvedt, T. (2012) 'Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere' i Brinchmann, B.S. (red.) *Etikk i sykepleien*. 3.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk. s.97-116.
- Solvoll, B.A. (2011) 'Identitet og egenverd', i Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. og Skaug, E.A. (red.) *Grunnleggende sykepleie, bind 3*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk. s.15-39.
- Stuart, G.W. (2008) *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. 9.utg. St.Louis, Missouri: Mosby Elsevier.
- Thompson, H.S. og Ryan, A. (2009) 'The impact of stroke consequences on spousal relationships from the perspective of the person with stroke', *Journal of clinical nursing*, 18(12), s.1803-1811.
- Wergeland, A., Ryen, S. og Ødegaard-Olsen, T.G. (2010) 'Sykepleie ved hjerneslag' i Almås, H., Stubberud, D.G. og Grønseth, R. (red.) *Klinisk sykepleie 2*. 4.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk. s.261-284.
- World Health Organisation, Department of Reproductive Health and Research (2006) *Defining sexual health - Report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002, Geneva*. Tilgjengelig fra:  
[http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual\\_health/defining\\_sh/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sh/en/)  
(Hentet: 14.04.16).

## Vedlegg 1

<u>Patients/population/ problem HVEM?</u>	<u>Intervention/initiativ/ action HVA?</u>	<u>Comparison ALTERNATIVER?</u>	<u>Outcome RESULTAT/EFFEKT?</u>	<u>OR</u>
Beskriv typen pasienter	Hvilke tiltak vurderes?	Hvilke alternativer finnes til tiltakene?	Hvordan kan tiltakene påvirke utfallet? Hvilke utfall er interessante?	
Hjerneslagrammede med seksualproblematikk, seksualproblematikk, sykepleiere	Kartlegging, bevisstgjørelse, kompetanseheving, økt kunnskap, ivaretagelse	Sette lys på problemet, kurs og utdanning, sette i gang tiltak	Økt livskvalitet for pasienten, økt kunnskapsnivå hos sykepleier, holdningsendringer, helhetlig sykepleie	
<u>AND</u>				