

6308 & 6261

BSYBAC_5

Bacheloroppgave i Sykepleie



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

“Hvordan opplever pasienten å bli møtt av sykepleier angående seksualitet etter hjerneslag?”

Stavanger, 10.05.2021

X Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet

SAMMENDRAG

Bakgrunn

Gjennom sykepleierutdanningen er det svært lite fokus på pasientenes seksualitet. I 2021 burde seksualitet vært normaliser, men oppleves enda som et tabu tema. Siden vi opplever seksualitet som et undertrykket tema, ønsker vi derfor å skrive en oppgave som belyser pasienters seksualitet.

Hensikt

Hensikten med oppgaven er å belyse pasienter rammet av slags opplevelse av hvordan sykepleiere møter deres seksualitet etter rehabiliteringsfasen. I oppgaven ønsker vi å besvare problemstillingen “*Hvordan opplever pasienten å bli møtt av sykepleier angående seksualitet etter hjerneslag?*”

Metode

I denne oppgaven brukes litteraturstudie som metode, hvor vi analyserte fem forskningsartikler. På grunn av oppgavens problemstilling, er det hensiktsmessig å benytte seg av kvalitativ metode. Problemstillingen ønsker å besvare *hvordan opplever*, som gjør at svaret inneholder følelser, tanker, verdier, meninger og holdninger. Dette gjør at den kvalitative metoden vil være mest egnet i besvarelsen av vår problemstilling.

Resultater

Resultatene fra de anvendte studiene viser at seksualitet oppleves som et tabubelagt tema, som resulterer i at både pasient og sykepleier unnviker temaet. Resultatene viser også at pasientene opplever mangel på informasjon om seksualitet etter hjerneslaget.

Nøkkelord

Sykepleie, seksualitet, hjerneslag, tabu, informasjon, behov, pleielidelse, PLISSIT-modellen, Kari Martinsen, intimitet

INNHOLDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	5
1.2 Problemformulering	5
1.3 Hensikt	6
2.0 TEORIKAPITTEL	7
2.1 Seksualitet	7
2.2 Fysiske endringer i seksualfunksjon som følge av hjerneslag	7
2.3 Psykiske endringer i seksualfunksjon som følge av hjerneslag	8
2.4 Lidelse	8
2.5 Omsorgsteori	8
2.6 Sykepleiers funksjon	9
2.7 Kommunikasjon	9
2.8 PLISSIT-modellen	9
3.0 METODE	11
3.1 Litteraturstudie som metode.....	11
3.1.1 Kvalitativ og kvantitativ metode.....	11
3.2 Søkestrategi	12
3.3 Søking og resultater.....	13
3.4 Analyse.....	14
4.0 RESULTATER	16
4.1 The two-way taboo.....	16
4.1.1 Avvisning	16
4.1.2 Nedprioritering	17
4.1.3 Unnvikelse.....	17
4.2 Behovet for informasjon	18
4.3 Hva kan gjøres?.....	19
5.0 DISKUSJON	22
5.1 Metodediskusjon	22
5.1.1 Hvor er studien utført?	22
5.1.2 Hvem har gjennomført studien?.....	22
5.1.3 Hvem var med i studien?.....	22
5.1.4 Metode.....	23

6308 & 6261

5.2 Resultatdiskusjon	24
5.2.1 The two-way taboo.....	24
5.2.2 Behovet for informasjon	25
5.2.3 Hva kan gjøres?.....	27
6.0 KONKLUSJON	31
7.0 ANVENDELSE I PRAKSIS.....	32
8.0 REFERANSER	34
9.0 VEDLEGG	36

Antall ord: 9098

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Gjennom sykepleierutdanningen er det svært lite fokus på pasientenes seksualitet. Seksualitet er et grunnleggende behov som alle mennesker har gjennom hele livet. I 2021 burde seksualitet vært normalisert, men oppleves enda som et tabu tema. Et menneskes seksualitet er under konstant påvirkning, og er en stor del av vår identitet som egne individer. En persons seksualitet er ikke alltid knyttet til en partner, men er en del av ens egen opplevelse av seg selv. Siden vi opplever seksualitet som et undertrykket tema, ønsker vi derfor å skrive en oppgave som belyser pasienters seksualitet.

Pasienter som er rammet av hjerneslag møter vi både i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. I Norge rammes mellom ca. 15 000 mennesker av hjerneslag hvert år (Almås, 2017, s. 303) og det rapporteres at 60% av personene rammet av slag opplever seksuelle vanskeligheter (Romsland, Dahl & Slettebø, 2016, s. 119). Som følge av hjerneslaget mister pasientene i ulik grad kontroll over egen kropp og etter rehabiliteringen sitter gjerne pasienten igjen med en kropp som ikke fungerer som før. Det er etter akutfasen, når pasienten er tilbake i hverdagen, at følelsen av seksualitet ikke er den samme som før (Helsedirektoratet, 2017). Det er på dette tidspunktet at pasientens seksualitet bør anerkjennes av sykepleier og behov må identifiseres.

1.2 Problemformulering

Personer rammet av slag opplever en stor endring i livssituasjonen. Hjerneslaget kan gi motoriske, sensoriske og kognitive konsekvenser som gjør at den seksuelle helsen til pasienten ikke er den samme som før (Almås, 2017, s. 306-310). Den seksuelle helsen er en stor del av et individs identitet, og tap av seksualitet kan føre til lidelse. Problemet er at seksualitet har en tendens til å bli neglisjert og oversett. En sykepleieroppgave er å gjennomføre datasamling av pasientene, hvor en kartlegger alle grunnleggende behov, hvorav seksualitet inkludert. Men hvorvidt spør sykepleieren pasienten om problemer knyttet til dette behovet? Vi har flere ganger opplevd at under punktet seksualitet i datasamling, føres det ofte opp dersom pasienten har barn og ens sivilstatus. Men hvorvidt er dette relevant for pasientens seksuelle helse?

Det trengs mer kunnskap om pasienters behov for at sykepleier anerkjenner og imøtekommer deres seksualitet. Utvidelse av kunnskapen om seksualitet kan være med på å bidra til at

seksualitet blir mindre tabubelagt, og at det kan være lettere for begge parter å initiere til en slik samtale.

Vi har valgt å avgrense oppgaven til å omhandle mennesker i alderen 36-82 år, som er mildt rammet av slag, og som ikke opplever afasi eller alvorlig parese.

1.3 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å belyse pasienter rammet av slags opplevelse av hvordan sykepleiere møter deres seksualitet etter rehabiliteringsfasen. Vi skal også ta for oss hva som ligger til grunne for at seksualiteten blir neglisjert av sykepleier, pasientens behov for informasjon og hva som må gjøres for å forbedre sykepleierens møte med pasientens seksualitet. I oppgaven ønsker vi å besvare problemstillingen *“Hvordan opplever pasienten å bli møtt av sykepleier angående seksualitet etter hjerneslag?”*

2.0 TEORIKAPITTEL

2.1 Seksualitet

En finner mye teori om at seksualitet er en stor del av identiteten som menneske. Verdens helseorganisasjon definerer seksuell helse som et sentralt aspekt ved det å være menneske (WHO, 2006). Den seksuelle helsen omfatter så mangt av et menneskes liv; samleie, kjønnsidentitet, reproduksjon og intimitet (WHO, 2006). Seksualiteten til et menneske uttrykkes og oppleves gjennom roller, fantasier, ønsker, atferd, holdninger og relasjoner (WHO, 2006). Et samspill av flere faktorer er med på å gjøre seksualiteten til hvert menneske unik. Biologiske, psykiske, sosiale og kulturelle faktorer er grunnleggende når seksualitet utvikles (WHO, 2006). Ifølge Kjell Magne Håkonsen er seksualitet en viktig del av individets sosiale liv og følelser (Håkonsen, 2014, s. 96). Videre sier han at dersom seksualiteten blir påvirket i negativ grad, for eksempel undertrykkes, så kan det føre til lidelse hos individet, som relasjonelle og følelsesmessige vansker (Håkonsen, 2014, s.97). Et hjerneslag kan gi flere komplikasjoner for den seksuelle helsen, eksempler er skade på kroppens motoriske og sensoriske funksjon, samt kognitive og psykiske forandringer og redusert evne til kommunikasjon (Almås, 2017, s. 306-310). Johansen mfl. (referert i Romsland et al., 2016, s. 119) beskriver seksualitet slik:

Seksualitet er en integrert del av ethverts menneskes personlighet, noe som ikke kan skilles fra andre sider av livet. Seksualitet er ikke det samme som samleie eller evnen til å få orgasme. Seksualitet er mye mer. Den finnes i den energien som driver oss mot å søke kjærlighet, varme og nærhet. Seksualitet uttrykkes i hva vi føler, hvordan vi beveger oss, og hvordan vi berører og berøres av andre. Seksualitet påvirker våre tanker, følelser, handlinger og vårt samspill med andre mennesker.

2.2 Fysiske endringer i seksualfunksjon som følge av hjerneslag

Et hjerneslag er en skade på hjernevevet grunnet mangel på blodtilførsel til et område i hjernen, som følge av et hjerneinfarkt eller en blødning fra en arterie i hjernen (Bach-Gansmo, 2017, s. 326). Personer som rammes av hjerneslag vil oppleve komplikasjoner i varierende grad. Ifølge helsedirektorater er de mest vanlige seksuelle problemene som følge av hjerneslag nedsatt libido og samleiefrekvens. Hos menn er ereksjonssvikt og manglende ejakulasjon hyppigst. Hos kvinner er nedsatt evne til orgasme og vaginal fuktighet de største problemområdene. Den reduserte seksualfunksjonen kan komme av pareser og nedsatt bevegelsesevne (Helsedirektoratet, 2017).

2.3 Psykiske endringer i seksualfunksjon som følge av hjerneslag

Et hjerneslag kan også gi flere psykiske forandringer, som for eksempel emosjonell instabilitet, depresjon, aggresjon og initiativløshet. De forandringene pasienten kan oppleve psykisk, kan skyldes både hjerneskaden, men også som en reaksjon på det som har hendt (Almås, 2017, s. 309:310). De psykiske forandringene kan endre menneskets følelse av egen seksualitet, og være en negativ påvirkning på ens egen seksuelle helse. Flere pasienter og ektefeller opplever også en angst for at seksuell aktivitet kan gi nytt slag (Helsedirektoratet, 2017).

2.4 Lidelse

Tidligere teori indikerer at ens seksuelle helse er dypt forankret i det å være menneske (WHO, 2006). Når mennesket opplever tap i forbindelse med sin seksualitet, som er et resultat av hjerneslaget, kan dette identifiseres som en sykdomslidelse. Katie Eriksson har utarbeidet en sykepleieteori, "*Det lidende mennesket*", som sier at sykdomslidelse er den lidelsen som oppleves i forhold til sykdom og behandling (Eriksson, 1995, s. 66). Kjell Magne Håkonsen skriver i sin bok at dersom seksualiteten og seksuelle følelser undertrykkes, kan dette ha negativ innvirkning på menneskers liv (Håkonsen, 2014, s. 97). Ifølge Eriksson kan dette bli kategorisert som en pleielidelse (Eriksson, 1995, s. 66) Hun sier at pleielidelse er den lidelsen som er relatert til den pleien pasienten får eller uteblitt pleie (Eriksson, 1995, s. 69).

2.5 Omsorgsteori

Kari Martinsen (referert i Grimsbø, 2017, s. 61) presenterer tillit som en grunnleggende verdi som er spontant til stedet i forholdet mellom mennesker. Som pasient vil en gi spontan tillit til sykepleieren, hvor han våger seg frem med det som plager han og har et ønske om å bli imøtekommet. Videre sier Martinsen (referert i Grimsbø, 2017, s. 61) at dersom sykepleieren ikke møter pasienten på det som plager han, kan dette føre til at pasienten opplever at den tilliten som han gav til sykepleieren, blir misbrukt. Denne svikten vil være starten på en etablering av mistillit. Omsorgsteorien til Martinsen (referert i Romsland et al., 2016, s. 39:40) har tre dimensjoner som påvirker den sykepleien vi gir: 1) Omsorg som et relasjonelt begrep som omfatter forholdet mellom to mennesker, 2) Omsorg som et praktisk begrep som omhandler utførelse av konkrete situasjonsbetingede handlinger, basert på en forståelse av hva som er til den annens beste og 3) Omsorg som et moralsk begrep basert på prinsippet om ansvar for de svakeste.

2.6 Sykepleiers funksjon

Helsedirektoratet uttrykker viktigheten av at sykepleiere oppfordrer slagrammede og partnere til å gjenoppta et normalt seksualliv etter hjerneslaget. De understreker også at dersom en pasient har problemer rundt sin seksuallfunksjon, så blir det ofte oversett av sykepleiere i klinisk praksis (Helsedirektoratet, 2017). Dette viser at sykepleieobservasjoner er viktig og at sykepleieren har et ansvar for å initiere et møte med pasientens seksualitet. Ser vi på organisasjonsnivå, så har sykepleiere en viktig rolle som ledere. Ledelse er et fagansvar som handler om å sikre faglig kompetanse og kvalitet, samtidig som holdninger, verdier og ledelse vil påvirke arbeidstakerne (Aakre, 2016, s. 129:133). Som leder kan en også bevisst skape et arbeidsmiljø som preges av en kunnskapsbasert praksis. Dette vil si at helsepersonell må være faglig oppdatert på nyeste forskning (Ingstad, 2019, s. 148). Gjennom å ha et eierskap til kvalitetsforbedring og en faglig ambisjon om å utvikle seg og å bli bedre, vil det utvikles god kvalitet på arbeidet (Helsedirektoratet, 2019, s. 8).

2.7 Kommunikasjon

Når kroppen utsettes for stor belastning eller blir skadet, kan personen fortrenge seksuelle behov, av frykt for at ens behov ikke blir tatt imot (Eide & Eide, 2017, s. 73). En slik skade kan for eksempel være et hjerneslag. Umøtte behov kan føre til kommunikasjonsproblemer mellom sykepleier og pasient, hvor pasienten selv ikke initierer til å ta opp det fortrenge behovet. Som sykepleier er det viktig å anvende aktiv lytting og nonverbal kommunikasjon, slik at en kan avdekke pasientens ubevisste samtalebehov. En kan også gjenta pasientens utsagn, som ubevisst kom frem i samtalen, for å gi pasienten det nødvendige rommet til å gå videre på samtaleemnet som i utgangspunktet ikke var meningen å ta opp. Slik kan sykepleier avdekke hva pasienten har behov for å snakke om, gjerne knyttet til et vanskelig tema som seksualitet (Eide & Eide, 2017, s. 73: 75).

2.8 PLISSIT-modellen

J. Annon (referert i Grimsbø, 2017, s. 399:400) presenterte i 1976 en modell som beskriver ulike nivåer som kategoriserer hvordan en skal behandle seksuelle problemer. Modellen består av fire nivå, og er formet som en pyramide, som symboliserer at de fleste trenger hjelp på det første nivået (permission), og at de færreste trenger hjelp på fjerde nivå (intensive therapy). Første nivå P (permission/ tillatelse) er et nivå for alle, der personene gir tillatelse til samtale om seksualitet. En trenger ikke noe utdanning eller kunnskap, men legger til rette for og signaliserer at det er tillatt å snakke om seksualitet. Både pasient og sykepleier kan gi

6308 & 6261

tillatelse. Det andre nivået LI (limited information/ begrenset informasjon) er et nivå for mange, de som har behov for enkel informasjon om seksualitet. På dette nivået bør helsepersonell kunne gi informasjon. Informasjonen kan gis både skriftlig og muntlig. Det tredje nivået SS (specific suggestion/ spesifikke forslag) er et nivå for noen som trenger å stille spørsmål og få forslag til spesifikke løsninger. På dette nivået trengs det kunnskap og kompetanse for å kunne komme med svar og forslag til løsninger. Det fjerde nivået IT (intensive therapy/ intensiv terapi) er et nivå for de få som har behov for et spesielt behandlingstilbud. På dette nivået trengs det spesialkompetanse, og utføres kun av kvalifiserte fagfolk (Grimsbø, 2017, s. 399:400).

3.0 METODE

3.1 Litteraturstudie som metode

I denne oppgaven brukes litteraturstudie som metode. Dette vil si at oppgaven vil sette seg inn i metodene som benyttes i de utvalgte vitenskapelige artiklene og kunnskapen blir systematisert (Thidemann, 2019, s. 77-79). Litteratur som vi tenker er aktuell vil bli samlet inn, den vil bli kritisk gjennomgått og til slutt vil vi sammenfatte det hele (Thidemann, 2019, s. 79). Hensikten med å benytte seg av litteraturstudie som metode er å gi leseren en oppdatert og god forståelse av kunnskapen på det område som problemstillingen etterspør, og hvordan en har kommet frem til kunnskapen (Thidemann, 2019, s.80).

3.1.1 Kvalitativ og kvantitativ metode

Vi kan dele kvalitativ og kvantitativ metode inn i to forskjellige kunnskapstradisjoner; den humanvitenskapelige kunnskapstradisjonen og den naturvitenskapelige kunnskapstradisjonen (Thidemann, 2019, s. 77-78). Den humanvitenskapelige kunnskapstradisjonen benytter seg av kvalitativ metodetilnærming og hensikten er å få kunnskap om menneskelige egenskaper, som meninger, opplevelser, erfaringer, tanker etc. (Thidemann, 2019, s. 78). Dersom en vil ha svar på spørsmål som *Hva betyr...? Hvordan foregår...?* eller *Hvordan opplever...?* er kvalitative datainnsamlingsmetoder hensiktsmessige (Thidemann, 2019, s. 78). Kjentegn ved metoden er at en får dybdekunnskap og samler myke data (Thidemann, 2019, s. 78).

Dersom en har harde og objektive data, som tall, er dette kvantitative data som er eksakt faktakunnskap (Thidemann, 2019, s. 77). Dette inngår i den kvantitative metoden.

Kvantitative datasamlingsmetoder er hensiktsmessige når en vil ha svar på spørsmål som *Hvor mye..?* eller *Hvor ofte?..* (Thidemann, 2019, s. 78). Når en benytter seg av kvantitativ metode, vil en få breddekunnskap som vil si lite antall opplysninger fra mange undersøkelsesenheter (Thidemann, 2019, s. 78).

På grunn av oppgavens problemstilling, "*Hvordan opplever pasienten å bli møtt av sykepleier angående seksualitet etter hjerneslag?*", er det hensiktsmessig å benytte seg av en kvalitativ metode. Problemstillingen ønsker å besvare *hvordan opplever*, som gjør at svaret inneholder følelser, tanker, verdier, meninger og holdninger. Dette gjør at den kvalitative metoden vil være mest egnet i besvarelsen av vår problemstilling.

3.2 Søkestrategi

Etter at en avgrenset og presis problemstilling ble formulert, ble et litteratursøk forberedt og gjennomført. Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier ble definert og aktuelle databaser ble benyttet, som CINAHL og PubMed. I denne oppgaven ble det brukt følgende søkeord: *Nurse, Talk, Sexuality, Patient, Healthcare professionals, Healthcare workers, Healthcare providers, Stroke, Sexual dysfunction, Mild stroke og Taboo*. For å presisere søkene, slik at funnene svarer til hensikt og problemstilling, ble følgende inklusjons- og eksklusjonskriterier benyttet:

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
IMRAD-struktur	Studier som omhandler alvorlig grad av hjerneslag, med alvorlig parese og afasi
Språk: engelsk og skandinavisk	Studier som ikke inkluderer sykepleierrollen
Informanter mellom 30-80 år	Studier i den akutte fasen av et hjerneslag
Studier som omhandler mild grad av hjerneslag	Studier som er eldre enn 15 år
Menn og kvinner	
Studier fra Skandinavia, Storbritannia og Nord-Amerika	

Her er de ulike inklusjons- og eksklusjonskriteriene presentert. Studiene må ha en IMRAD-struktur og være skrevet på engelsk, norsk, svensk eller dansk. At studiene ikke skal være eldre enn 15 år, får frem relevansen studiene har og at de er faglig oppdaterte. Informantene kan både være menn eller kvinner i alderen 30-80. Dette indikerer at seksualitet ikke avhenger av kjønn og alderen er relevant i forhold til generell kroppslig seksuell funksjon. Oppgaven benytter seg av studier som omhandler personer med mild grad av hjerneslag og som ikke opplever alvorlig grad av hjerneslag med alvorlig parese og afasi. Studiene skal heller ikke omhandle personer i den akutte fasen av et hjerneslag, fordi at den akutte fasen anses å være irrelevant i forhold til oppgavens hensikt og problemstilling. Vi har også valgt å bruke studier som holder seg innenfor Skandinavia, Storbritannia og Nord-Amerika fordi de er mest relevante sammenlignet med det norske helsevesenet. For å få fokuset på sykepleierelevansen er et av eksklusjonskriteriene at studier som ikke omhandler sykepleierrollen blir ekskludert.

3.3 Søking og resultater

I denne oppgaven har CINAHL og PubMed blitt benyttet som databaser for å innhente forskningsartikler, da de er databaser som er relevante for å innhente informasjon til helsefag. Nedenfor er søkehistorikken til hver forskningsartikkel presentert i en tabell:

(22.03.21)

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
1. Nurse	CINAHL	1, 2 & 3	56
2. Talk		1, 2, 3 & 4	33
3. Sexuality			
4. Patient			

Discussing sexuality with patients; nurses' attitudes and beliefs.

(24.03.21)

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
1. Healthcare professionals or healthcare workers or healthcare providers	CINAHL	1 & 2 & 3	12
2. Sexuality			
3. Stroke			

Healthcare Professionals' and Patients' Views of Discussing Sexual Well-being Poststroke.

The Impact of Stroke on Sexual Functioning of Post Stroke Patients

(24.03.21)

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
1. Sexual dysfunction	PubMed	1 & 2	19
2. Mild stroke			

Participation changes in sexual functioning after mild stroke

(24.03.21)

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
---------	----------	---------------	--------------

1. Sexuality	CINAHL	1, 2 & 3	59
2. Healthcare		1, 2, 3 4	39
3. Conversation		1, 2 & 5	
4. Patient		1, 3, 4 & 5	
5. Taboo			0
			8

Patients' experiences of sexuality as a taboo subject in the Danish healthcare system: a qualitative interview study

(24.03.21)

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
1. Sexuality	PubMed	1, 2 & 3	29
2. Stroke			
3. Qualitative			

Experiences of Sexuality Six Years After Stroke: A Qualitative Study

3.4 Analyse

Hva forteller forskningen vi har funnet? Det ser vi på i analysearbeidet. Analysearbeidet starter med at vi leser grundig, kritisk og reflektert gjennom de utvalgte artiklene. Vi valgte å fokusere på resultatene fra forskningsartiklene for å se om vi fant likheter og felles karakteristika. Likhetene som ble funnet ble fargekoordinert for å visuelt se mønsteret og temaene. Likhetene blir så plassert som hovedfunn i tabellen i slutten av avsnittet.

Gjennom analysearbeidet vi har utført, kom det frem tre hovedfunn og tre underkategorier. Disse er relevante i forhold til vår hensikt med oppgaven, som er å belyse pasienter rammet av slags opplevelse av hvordan sykepleiere møter deres seksualitet etter rehabiliteringsfasen. Hovedfunnene blir veivisere i videre analyse av artiklene. Underkategoriene er utdyppninger i resultatene til ett av hovedfunnene.

Videre leste vi artiklene flere ganger, som en helhet, men også oppstykket for å få tak i detaljene. Detaljene som kommer frem ble sett i sammenheng med problemstillingen, og knyttet til de forskjellige hovedfunnene, for så å bli presentert i resultatkapittelet.

Hovedfunn	Underkategorier
The two-way taboo	Avvisning, nedprioritering og unnvikelse
Behovet for informasjon	
Hva kan gjøres?	

4.0 RESULTATER

4.1 The two-way taboo

Analyse av de anvendte studiene avdekket at de fleste informantene opplever flere barrierer for å initiere til samtale om seksualitet (Saunamäki, Andersson & Engström, 2010., Seymour & Wolf, 2014., Fox, Antony, Foley, O’Sullivan & Timmons, 2020., Traumer, Jacobsen & Laursen, 2019., Nilsson, Fugl-Meyer, von Koch & Ytterberg, 2017.).

I en av de anvendte studiene ble det sosiale fenomenet “the two-way taboo” presentert. The two-way taboo blir til når pasienten på den ene siden ikke tar opp sine seksuelle bekymringer med helsepersonell på grunn av den følsomme og private karakteren til emnet, og på den andre siden spør ikke helsepersonell pasienter om seksualitet, og dermed gjentar problemet seg (Traumer et al., 2019, s. 62). Det presenteres også at pasienter uttrykker følelsen av å ikke bli tatt vare på eller blir tatt på alvor, da noen helsepersonell avviser deres forsøk på å diskutere seksuelle bekymringer, og opprettholder “the two-way taboo” fenomenet (Traumer et al., 2019, s. 61). Dette illustreres senere i studien hvor en informant sier “The healthcare professionals do not bring up the subject [sexuality]. And if I bring up the subject, it is dismissed” (Traumer et al., 2019, s. 60).

Et hovedfunn i Fox et al. (2020) sin studie er at helsepersonell ikke diskuterer seksuell helse sammen med pasientene sine, fordi de opplever temaet som pinlig (Fox et al., 2020, s. 18:19). Under intervjuer med seks helsepersonell i denne studien, unngikk tre av dem å bruke ordet “samleie”, men benyttet heller ord som “det” og “den slags ting”. Videre presenteres det et eksempel hvor en sykepleier uttrykker flausen av å havne i en samtale om seksualitet med en pasient, hvor en ung kvinnelig pasient spør: “Can I have sex? I suppose I need to ask this because me and my husband [are] trying to have another baby.” I was thinking “Get me out of here.”. (Fox et al., 2020, s. 18).

4.1.1 Avvisning

I en av de anvendte studiene opplevde flere av pasientene at helsepersonell avviste deres initiativ til samtale om seksualitet, som etterlot pasientene frustrerte og med en følelse av avvisning. Studien presenterte videre at det å føle seg ignorert eller avvist av helsepersonell kan gi en følelse av skam og forlegenhet (Traumer et al., 2019, s. 63-64).

De pasientene som tok initiativ til å snakke om seksualitet ble ikke imøtekommet, og de følte seg avvist, ignorert og oversett, som en deltaker uttrykker i følgende sitat: “Rejected. Yeah,

you feel that you have something important to say, and then they just dismiss it, right?” (Traumer et al., 2010, s. 60-61).

4.1.2 Nedprioritering

Studien til Saunamäki et al. (2010) bekrefter at 80% av sykepleiere ikke tar seg tid til å diskutere pasientens seksuelle bekymringer, selv om de mener at det er en sykepleiers ansvar (Saunamäki et al., 2010, s. 1308). I en annen anvendt studie kommer det frem at tid er en barriere for samtale om seksualitet. Pasientene opplevde at helsepersonell ofte hadde dårlig tid, og hadde derfor lite tid til å diskutere sensitive tema, som seksualitet (Traumer et al., 2019, s. 60). I studien til Fox et al. (2020) kommer det frem at helsepersonell prioriterer medisinsk behandling overfor fokus på seksuell helse, som en sykepleier uttrykker i følgende sitat: “[Sexual well-being] wouldn't be top of my list. I think making sure that they're on the right medication, that the blood pressure's well controlled, that they're medically stable would be my number one thing really...” (Fox et al., 2020, s. 19).

En av de anvendte studiene avdekket at noen sykepleiere har antakelser om at samtale om seksualitet skal nedprioriteres hos eldre pasienter, fordi det oppleves som upassende. En sykepleier oppga følgende: “Obviously, a lot of our elderly gentlemen and ladies don't do that [have sex] anymore”. Videre i studien identifiserte disse sykepleierne andre pasientgrupper hvor det ikke var nødvendig å snakke om seksualitet. Dette inkluderte unge mennesker, på grunn av antakelsen om at deres seksualliv “går tilbake til normalen”. De var også antakelser om at kvinner er mindre interesserte i sex, og har derfor ikke behov for samtale om seksuell aktivitet (Fox et al., 2020, s. 19).

4.1.3 Unnvikelse

En av studiene presenterte at noen pasienter opplevde at sykepleiere kunne ha en avvisende oppførsel når de initierte til samtale om seksualitet, som gjerne stammer fra manglende kunnskap og forlegenhet, som uttrykkes i følgende sitat fra en informant:

“I don't know if he felt embarrassed or awkward, but I just sensed that discussing sexuality was probably out of his comfort zone. Whether it was because he lacked knowledge of it or because he was embarrassed . . . I don't know” (Traumer et al., 2019, s. 60).

Resultatene fra en av de anvendte studiene viser at 40% av sykepleierne mente at seksualitet skal kun diskuteres dersom pasienten selv initierer til samtale om temaet. Studien avdekker at

dersom sykepleiere unnviker å ta hensyn til seksualitet som en naturlig del av pasientenes liv, kan seksuelle problemer og bekymringer forbli uløst (Saunamäki et al., 2010, s. 1309:1313).

Samme studie presenterer også at to tredjedeler av sykepleiere ikke føler seg trygge nok på deres evne til å ta opp pasientenes seksuelle bekymringer. Videre presenterer studien at eldre sykepleiere med mer ansiennitet, føler seg tryggere på å spør pasienten om hans seksuelle bekymringer. Studien oppdaget også at utdanning og kunnskap hadde en positiv effekt på sykepleieres holdninger til å diskutere seksualitet (Saunamäki et al., 2010, s. 1311:1314). Videre avdekket studien at sykepleiere med videreutdanning syntes det i større grad er viktig å anerkjenne pasientens seksualitet for den helhetlige sykepleien, og de tok seg mer tid til å diskutere seksuelle bekymringer enn sykepleiere uten videreutdanning. Sykepleiere med videreutdanning er også mer åpne for at det er sykepleierens ansvar å oppmuntre pasienten til å snakke om seksuelle bekymringer (Saunamäki et al., 2010, s. 1314).

Som et resultat i en av studiene kommer det frem at sykepleiere påtar seg en passiv rolle i samtaler om seksualitet, fordi de opplever at de ikke har nok erfaring. Videre i studien kommer det også frem at noen helsepersonell mener at pasientens seksuelle helse ikke er en del av deres ansvar, fordi de ikke er trygge på egen kompetanse ved diskusjon av slike tema (Fox et al., 2020, s. 16:19).

4.2 Behovet for informasjon

Fire av fem anvendte studier avdekket at de færreste av informanter opplever å ha fått informasjon om seksualitet fra helsepersonell etter rehabiliteringsfasen (Seymour & Wolf, 2014., Fox et al., 2020., Traumer et al., 2019., Nilsson et al., 2017).

En av studiene presenterer at få informanter har fått informasjon om seksualitet i løpet av seks år etter slaget, til tross for at behovet for informasjon er til stede (Nilson et al., 2017, s. 797). I en annen studie blir det rapportert at 30,8% av informantene hadde diskutert seksuell funksjon med helsepersonell. Studien avdekket også at 23.1% av informantene som ikke ble spurt om seksuell funksjon, hadde et ønske om samtale (Seymour & Wolf., 2014, s. 76:77).

I studien til Fox et al. (2020) kommer det frem at det pasienter rammet av slag ønsket informasjon om er; trygghet under samleie, tidspunkt for gjenopptakelse av samleie, ereksjonsproblematikk, og normalisering av det å ikke ønske samleie (Fox et al., 2020, s. 18). I studien rapporterte 30 av 30 informanter at de syntes det er nødvendig å diskutere seksuell helse etter

slaget. Tross dette rapportertes det også at ingen av informantene hadde mottatt noe informasjon om seksuell aktivitet etter slaget (Fox et al., 2020, s. 19).

Noen av de pasientene som mottok informasjon av helsepersonell opplevde at den var overfladisk og omhandlet bivirkninger av medisiner, som informasjon om at medikamentet kan gi nedsatt libido og erektil dysfunksjon (Nilson et al., 2017, s. 803). I studien til Fox et al. (2020) avdekkes det at ingen av informantene fikk råd eller informasjon angående gjenopptakelse av samleie etter slaget, selv om det kommer frem tidligere i studien at dette er noe pasientene ønsker informasjon om. Pasientene opplevde en følelse av at fysisk rehabilitering ble prioritert, mens emosjonelle problemer ble neglisjert. På grunn av mangel på informasjon opplevde flere par å være usikre på gjenopptakelse av seksuell aktivitet, som uttrykkes i følgende sitat fra en informant "You know I wanted to have sex...but...my husband treats me like a glass bottle [laughs]. He thinks he may do more damage.". De fleste pasientene mente det var nødvendig å få informasjon om samleie, på samme måte som de får informasjon om fysioterapi, diett, trening og røyking (Fox et al., 2020, s. 18:20).

I en annen studie presenteres det at pasienter opplever at de ikke får veiledning om seksuelliv etter slaget (Nilsson et al., 2017, s. 802) Som en konsekvens av dette frykter forskerne at pasienter og deres partnere oppsøker informasjon via internett. Forskerne stiller spørsmål til kvaliteten på informasjonen pasientene kan finne via internett (Nilsson et al., 2017, s. 797).

4.3 Hva kan gjøres?

Som et resultat av studiene vi har anvendt presenteres det flere barrierer som gir sykepleieren utfordringer i møtet med pasients seksualitet. Blant de barrierene som presenteres finner en sykepleierens; holdninger, tillit og kompetanse. På organisasjonsnivå finner en også faktorer som utfordrer sykepleierens møte med pasientens seksualitet, som mangler på retningslinjer og prosedyrer, holdninger, manglende internundervisning og liten tid. Disse resultatene vil presenteres under.

Fox et al. (2020) presenterer noen kulturelle barrierer, som alderdom og kjønn. Noen sykepleiere anså det som upassende å spørre om pasientenes seksuelle helse, og mente at det kunne skade relasjonen mellom pleier og pasient. Flere sykepleiere antok også at det var manglende relevans å snakke om seksualitet med eldre pasienter og kvinnelige pasienter. Videre presenteres det at disse synspunktene er aldersdiskriminerende og kjønnsdiskriminerende, og at holdninger må endres for å kunne gi helhetlig sykepleie (Fox et al., 2020, s. 21). En annen studie presenterer også barrierer relatert til holdninger om kjønn. I

studien til Traumer et al. (2019) var det kun kvinnelige informanter, og alle informantene uttrykket at de kun ønsket å diskutere seksualitet med en kvinnelig sykepleier (Traumer et al., 2019, s. 63).

En av de anvendte studiene presenterer hvordan gode kommunikasjonsferdigheter hos sykepleierne kan gjøre det lettere for pasienter å åpne seg for samtale om seksualitet. Denne studien mener at sykepleiere rutinemessig bør ta opp seksualitet og seksuell intimitet med pasienter for å bryte tabuet og imøtekomme pasientens behov. Videre understreker studien hvor viktig det er at sykepleieren imøtekommer pasienten, for det vil opprettholde tilliten og relasjonen mellom sykepleier og pasient (Traumer et al., 2019, s. 57-64). I en annen studie oppfordres det til at sykepleiere skal være oppmerksomme på signaler knyttet til problemer om seksualitet, og på en varsom måte undersøke problemet på en ikke-dømmende måte (Fox et al., 2020, s. 21).

I en av de anvendte studiene blir det presentert at en forutsetning for at pasienter skal kunne åpne seg om sensitive tema som seksualitet, må de oppleve at de har en god relasjon og tillit til sykepleieren. Dette understrekes i følgende sitat: "It is very dependent on the person, who is in front of me, whether there is good chemistry between us or not (...) If it is a person I trust, then it's easier to talk about(...)" (Traumer et al., 2019, s. 62:63).

En av de anvendte studiene presenterer at pasientpleien kan forbedres med enkle endringer, som mer informasjon, og anerkjennelse av problemet i omsorgspolitikken. Flere sykepleiere rapporterte at de var ukomfortable med å diskutere seksualitet med slagpasienter, fordi det var manglende prosedyre for hvordan sykepleier skal håndtere pasientens seksualitet. Studien presenterer også barrierer på organisasjonsnivå som mangel på opplæring og støtte, som fører til manglende evne til å ta ansvar for det mellommenneskelige ferdighetene i samtale om seksuelle temaer. Studien presenterer også at seksualitet må bli anerkjent på organisasjonsnivå, slik at det blir en integrert del av rehabiliteringen etter et hjerneslag (Fox et al., 2020, s. 21: 22). Påstanden om manglende prosedyre for samtale om seksualitet støttes i en annen studie, som sier at prosedyrer burde være tilgjengelige slik at alle sykepleiere kan søke veiledning dersom det skulle være nødvendig (Saunamäki, 2010, s. 1314).

Studien til Saunamäki et al. (2010) understreker at ledelsen bør oppmuntre til videreutdanning, og at det bør skapes et utdanningsvennlig miljø, gjerne i form av internundervisning eller videreutdanning. Videre oppfordrer studien til at sykepleierutdanningen bør endres, slik at elevene lærer hvordan de skal håndtere pasienters

seksualitet, og gjøre det til en naturlig del av sykepleien. Ved å inkludere pasientens seksualitet i utdanningen kan nyutdannede sykepleiere oppdage og forhindre seksuelle problemer som ellers ikke ville kommet frem hos pasientene. Studien stiller også spørsmål til hvorfor sykepleiere fremdeles opplever seksualitet som et tabu emne i det 21. Århundre, og hvorfor temaet enda unngås (Saunamäki, 2010, s. 1314).

Det kommer frem at tid er en barriere som hindrer sykepleier og pasient i å initiere til samtale om seksualitet. Pasienter opplevde at sykepleierne var opptatt, og at det var begrenset tid til å diskutere sensitive temaer som seksualitet (Traumer et al., 2019, s. 63). Påstanden om tid som barriere støttes av en annen anvendt studie, som presenterer at mangel på tid og kompetanse er en barriere for samtale om seksualitet (Saunamäki et al., 2010, s. 1309).

5.0 DISKUSJON

5.1 Metodediskusjon

5.1.1 Hvor er studien utført?

Studiene vi har brukt ble utført i Sverige, Danmark, USA og Irland. Dette er land vi mener ikke viker stort fra det norske helsevesenet, og har noenlunde samme behandlingsforløp for slagrammede pasienter. Tilsvarende Norge, har de avansert medisinsk behandling, en sykepleierrolle som er noenlunde lik og samme verdier i behandlingen av pasienter. Som nevnt i metodekapittelet ønsket vi å holde studiene innenfor Skandinavia, Storbritannia og Nord-Amerika fordi de oppleves som mest relevante sammenlignet med det norske helsevesenet.

For at studien skulle være mest mulig relevant for det norske helsevesen, hadde det vært optimalt å kun brukt studier fra Skandinavia. For å få mer forskning valgte vi å utvide søket til å inkludere Storbritannia og Nord-Amerika også. Til tross for dette mener vi at forskningsartiklene vi har valgt å bruke er relevante sammenlignet med Norge, og som gjenspeiler pasientsituasjoner vi vil møte som ferdigutdannede sykepleiere.

Vi ønsket å anvende studier som innhentet data fra pasienter som ikke var i akutfasen, derfor ble det uaktuelt med studier som har sykehus som forskningsarena. Imidlertid har to av de brukte studiene (Saunamäki et al. (2010) og Fox et al. (2020)), sykepleiere ansatt på sykehuset som informanter. I de anvendte studiene som omhandler pasienter, er ikke sykehuset en forskningsarena. Dette gjør at vi ikke har informanter i akutfasen av et hjerneslag. De forskningsarenaene som oppgis for pasient informantene er; hjemmet, omsorgsbolig og poliklinikk. Forskningsarenaene som oppgis har god relevans for hensikten med oppgaven, som er å belyse pasienter rammet av slags opplevelse av hvordan sykepleiere møter deres seksualitet etter rehabiliteringsfasen.

5.1.2 Hvem har gjennomført studien?

Gyldigheten til forskningen kan vurderes ved å se på forfatterne av studiene. Forskningen ble forfattet og gjennomført av forskere med bachelor, master eller doktorgrad i forskning, eller med kompetanse som sykepleier, terapeut eller lege.

5.1.3 Hvem var med i studien?

I studiene vi har anvendt er både pasienter og sykepleiere informanter. Studien til Saunamäki et al. (2010) hadde kun sykepleiere som informanter, Fox et al. (2020) sin studie hadde både pasienter og sykepleier som informanter, mens de tre siste studiene hadde kun pasienter som

informanter (Traumer et al. 2019., Nilsson et al. 2017 & Seymour & Wolf, 2014). Alderen til informantene varierte fra 36 til 82 år. Fire av fem studier inkluderte begge kjønn, mens studien til Traumer et al. (2019) inkluderte kun kvinner.

Tre av fem studier hadde inklusjonskriterier om at informanten måtte ha gjennomgått et hjerneslag, og var ute av akutfasen. De to resterende studiene inkluderte sykepleiere fra sengeposter.

Informantene i de anvendte studiene kommer med informasjon som samsvarer godt med vår studies hensikt og hva vi ønsker å belyse.

I studiene som omhandlet sykepleiere var antall informanter 6 og 100, mens i studiene som hadde pasienter som informanter varierte antallet fra 10-56. Det er viktig å nevne at desto flere deltakere i en studie, desto mer representativ vil forskningen i studien være. I de studiene vi har anvendt har det ikke vært store mengder deltakere, så en kan derfor stille spørsmål til hvor representative de anvendte studiene er.

5.1.4 Metode

Av studiene vi har anvendt er to kvalitative, to er kvantitative og en er en krysning av kvalitativ og kvantitativ. Vi har valgt å gjennomføre en kvalitativ studie fordi vi ønsker en bredere forskning, med innslag om følelser, tanker, verdier, meninger og holdninger fra informantene. Som nevnt tidligere er hensikten med studien vår å belyse hvordan slagrammede pasienter opplever at sykepleiere unnviker å møte deres seksualitet, som vi mener kan besvares ut fra de studiene vi har anvendt. Eksempelvis er hensikten med studien til Fox et al. (2020) å utforske barrierene for samtale om seksuell helse mellom pasienter som har gjennomgått et hjerneslag og helsepersonell. Studien til Nilsson et al. (2017) har som hensikt å utforske pasienters opplevelser av seksualitet, seks år etter hjerneslaget, og deres opplevelse av kommunikasjon om seksualitet med helsepersonell. Ut ifra hensikten til disse studiene mener vi at det er mulig å besvare vår problemstilling, og belyse hvor problemet stammer fra.

Siden vi ville få med følelser, tanker, verdier, meninger og holdninger i oppgaven, kunne vi ikke bruke kvantitativ metode for å analysere studiene. Kvantitativ metode kunne vi anvendt dersom hensikten var å undersøke eksempel hvor mange pasienter rammet av slag som opplever at sykepleiere unnviker å møte dem på seksualitet.

I arbeidet ved å finne artikler trodde vi at det var lønnsomt å anvende artikler som gjerne hadde samme resultat, for å styrke vår hensikt med oppgaven. I etterpåklokskapens lys lærte vi at det ikke nødvendigvis er god kvalitet i at alle resultatene er like. De avgrensningene vi brukte i oppgaven resulterte i at studiene vi fant presenterte mye av de samme resultatene. Dette har ført til at funnene er nokså like, og vi har møtt problemer med å diskutere eventuelle forskjeller i de ulike studiene. I etterkant har vi lært at det gjerne hadde vært mer lønnsomt å anvende artikler som skiller seg fra hverandre, slik at vi kunne presentert en bredere forskning.

Forskningen vår kunne gjerne hatt bedre kvalitet dersom vi hadde holdt oss til et perspektiv, enten pasient- eller sykepleieperspektiv. I studien vår presenterer vi både pasientens og sykepleierens perspektiver, noe som fører til at vi får resultater fra begge parter, nødvendigvis ikke dype resultater på hver.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 The two-way taboo

Studien til Traumer et al. (2010) peker på sentrale utfordringer når det kommer til seksualitet. Seksualitet er tabubelagt, og når både sykepleier og pasient ikke initierer til samtale, så fortsetter en i samme spor. Seksualitet snakkes ikke om. Ser vi på sykepleierens funksjon i denne samtalen, så understreker Helsedirektoratet viktigheten av at sykepleieren initierer til samtalen om pasientens seksualitet (Helsedirektoratet, 2017). Vi mener at tabuet rundet det å snakke om seksualitet må brytes, hvor både sykepleier må tørre å høre pasienten si ordet “sex” og pasienten må være villig til å snakke om sitt seksualliv. Noe av det første som kan gjøre det akseptabelt er at sykepleier identifiserer behovet pasienten muligens har for å snakke om seksualitet (Grimsbø, 2017, s. 401). Dersom en klarer å trosse tabuet og skape et miljø hvor en kan snakke om seksualitet, er allerede samtalen i gang og pasienten blir møtt rundt sin seksualitet. Det å skape et miljø hvor en kan snakke om seksualitet, vil vi skrive mer om under “Behov for informasjon”.

Ifølge Traumer et al. (2010) opprettholdes “the two-way taboo” fordi seksualitet er en del av det private (Traumer et al., 2010, s. 62). Da stiller vi oss selv spørsmålet, hvor går skillet mellom hva som er privat og hva som ikke er det? Som helsepersonell jobber en innenfor pasientens intimsone daglig. Som sykepleiere møter vi mye nakenhet og snakker med pasienter om emner som gjerne oppleves som pinlige. Som sykepleiere stiller vi mange intime spørsmål, men det er en tydelig grense for å stille spørsmål om seksualfunksjon. En spør

pasienter om “Hvor ofte har du avføring?” og “Hvordan er konsistensen på avføringen?”, mens spørsmål om seksualliv oppleves for privat (Grimsbø, 2017, s. 401).

I skrivende stund oppleves det merkelig at pasienter kan dele informasjon om avføring, men ikke tørre å søke informasjon om seksuell helse. Tabuet som ligger til grunne når en skal snakke om seksualitet, kan tenke seg å stamme fra fortiden, når vi ser på hvordan tilnærmingen til seksualitet en gang var (Grimsbø, 2017, s. 375:376). Vi skulle ønske at vi hadde kommet lengre når vi ser på utviklingen Norge har hatt de siste årene; etablering av RFSU i 1933, seksualrettighetserklæringen i 1999 (Grimsbø, 2017, s. 375:376) og Helse- og omsorgsdepartementet sin strategi for seksuell helse (2017-2022). Til tross for dette, ser det ut til at seksualitet enda er et tabubelagt emne. Både seksualitet og avføring er like naturlige deler av mennesket, men den ene mindre akseptabelt enn den andre. Det kan være bemerkelsesverdig å erkjenne at seksual dysfunksjon faktisk kan være et symptom på enkelte lidelser, og å avdekke dette kan være avgjørende for pasientens forutsetninger (Grimsbø, 2017, s. 401). Dette indikerer hvor viktig det er å møte pasientens seksualitet, ikke bare for pasientens velvære og nytelse, men også for pasienten helhetlige behandling.

Tabuet kan sette en stopper for den pleien pasienten forventer å få, og den han faktisk opplever å få. Dersom pasienten ønsker å starte en samtale som omhandler hans seksualitet, men sykepleieren opplever det som pinlig og avviser hans initiativ, blir ikke pasienten møtt. Pleien pasienten får blir preget av avvisning og pleien kan bli mangelfull, og i verstefall utebli. Ifølge Katie Eriksson kan denne uteblitte pleien føre til en pleielidelse (Eriksson, 1995, s. 66). Pasienten kan risikere og oppleve lidelse fordi tabuet setter en stopper for at sykepleier kan gi den pleien som pasienten forventer å få.

5.2.2 Behovet for informasjon

Som et hovedfunn av studien vår ser vi at pasientene har et stort behov for informasjon som ikke dekkes. Som tidligere nevnt må sykepleier identifisere pasientens behov for at h*n opplever seg møtt på seksualitet. Ved at sykepleier identifiserer pasientens behov, gir sykepleieren pasienten tillatelse til å snakke om seksualitet. Dette ses i PLISSIT-modellen, hvor første nivå P, står for “permission/ tillatelse”, hvor sykepleier og pasient gir tillatelse slik at seksualitet kan diskuteres i trygget. Første nivå er et nivå for alle, en trenger ikke utdanning eller kunnskap. Sykepleier bør legge til rette for og signalisere at det er tillatt å snakke om seksualitet. Nivå to LI, står for “limited information/ begrenset informasjon”, og omhandler de som har behov for informasjon om seksualitet, hvor personer uten spesifikk kompetanse

kan gi informasjon. Dette kan for eksempel være spørsmål om seksuelle hjelpemidler og gjenopptaking av samleie (Grimsbø, 2017, s. 400).

Vi mener at de sykepleierne pasientene møter bør kunne dekke disse to nivåene i PLISSIT-modellen, gi tillatelse til samtale og gi informasjon. Grunnen til dette er at vi møter pasienter rammet av slag både i kommunalhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det er viktig å bemerke seg at 60% av personer rammet av slag opplever seksuelle vanskeligheter (Romsland et al., 2016, s.119) noe som kan indikere at flere av pasientene sykepleieren møter, kan ha et behov for informasjon om seksualitet. Når en sykepleier havner i en situasjon hvor seksualitet blir tatt opp, kan det være viktig at h*n da er trygg på egen tilnærming til pasientens seksualitet.

Det kommer frem at pasienter har behov for å få informasjon om seksuell aktivitet, på samme måte som de får informasjon om fysioterapi, diett, trening og røyking. Dette viser at pasienter opplever å ha et informasjonsbehov som ikke blir møtt. I studien kommer det fram at pasienter ønsker informasjon om; trygghet under samleie, tidspunkt for gjenopptakelse av samleie, ereksjonsproblematikk og normalisering av det å ikke ønske samleie (Fox et al., 2020, s. 18:20).

En informasjonssamtale er en “oppskrift” for hvordan sykepleier kan møte pasientens informasjonsbehov. Informasjonssamtalen består av tre steg; 1) er å identifisere pasientens behov for informasjon, og hva pasienten trenger informasjon om, 2) sykepleier skaffer informasjonen 3) gir informasjonen til pasienten på en god måte, slik at pasienten selv forstår informasjonen (Eide & Eide, 2017, s. 217:218). Siden pasientene i studien opplever å få noe informasjon, men ikke all informasjonen som behovet tilsier, kan en si at punkt en av informasjonssamtalen er delvis gjennomført. Pasientene har opplevd å få noe informasjon, men ikke det de hadde størst behov for.

Hadde pasientene fått dekket mer av informasjonsbehovet dersom sykepleier hadde overøst pasienten med informasjon? En situasjon hvor sykepleier kun utfører punkt to av informasjonssamtalen, skaffer informasjon, men uten å vite hvor informasjonsbehovet ligger (punkt en), og uten å kontrollere at pasienten forstår den informasjonen som blir delt (punkt tre), gjør at informasjonsbehovet til pasienten ikke blir dekket. Dette viser hvor viktig det kan være å identifisere informasjonsbehovet før informasjon gis, for å sikre at pasienten ikke mottar mye uaktuell informasjon. Det er også viktig å forsikre seg om og kontrollere at den informasjonen som har blitt gitt, er forstått av pasienten (Eide & Eide, 2017, s. 223). Dersom

en anvender et medisinsk språk, språk som benyttes på avdelingen eller snakker fort, kan det hende at pasienten misoppfatter det som blir sagt. Av erfaring så er det flere ord som sykepleiere bruker, som pasienten kanskje ikke forstår. Dette kan for eksempel være setningen *“jeg skal bare måle metningen din”*. Flere pasienter forstår gjerne ikke ordet *metning*, og en må derfor gjerne finne en annen forklaring som gir mer mening, eksempelvis *“jeg skal bare måle hvor mye oksygen du har i blodet”*.

Men hva hvis pasienten selv ikke er bevisst på at h*n har et informasjonsbehov? En slik ubevissthet kan komme av at pasienten fortrenger egne behov som følge av motorisk, sensorisk eller kognitiv skade. For at sykepleier skal kunne avdekke et slikt fortrent informasjonsbehov kan en anvende aktiv lytting og ikke-verbal bekreftelse. På denne måten kan pasienten bli motivert til å fortsette samtalen, som gir sykepleieren mulighet til å avdekke pasientens ubevisste informasjonsbehov. Dersom pasienten starter samtalen, men avbryter seg selv, kan det være nyttig at sykepleier gjentar pasientens utsagn, for å lede han tilbake inn i samtalen (Eide & Eide, 2017, s. 73:75). Det er tenkelig at denne kommunikasjonsmetoden kan hjelpe pasienten å fortsette samtalen, tross tabuet som ligger i temaet. Dersom pasienten opplever sykepleieren som en motiverende faktor for samtalen, kan pasienten videre bli motivert til å dele informasjon hemningsløst.

5.2.3 Hva kan gjøres?

I en av de anvendte studiene presenteres det hvor viktig det er at sykepleier imøtekommer pasienten, for dette vil opprettholde tilliten og relasjonen dem imellom (Traumer et al., 2019, s. 63). Dette er noe Kari Martinsen (referert i Grimsbø, 2017, s. 61) også understreker i sin omsorgsteori. Hun sier at dersom sykepleier ikke møter pasienten og hans bekymringer, kan dette føre til mistillit.

Tilliten blir satt som en grunnstein for at relasjonen mellom sykepleier og pasient skal fungere. I studien til Traumer et al. (2019) presenterer de også omsorgsteorien til Martinsen som styrker påstanden om at tillit og relasjon mellom pasient og sykepleier blir styrket dersom sykepleier møter pasienten (Traumer et al., 2019, s. 64). Som et resultat på tvers av studiene kommer det frem at pasientene opplever at de ikke blir møtt på seksualitet av sykepleiere. Må sykepleiere være mer kompetente på å bygge relasjon og tillit? Dette oppleves som overraskende for oss sykepleierstudenter som lærer i utdanningen at relasjonsbygging er en av de viktigste oppgavene til sykepleieren.

Sykepleierutdanningen inneholder teori om Martinsens (referert i Romsland et al., 2016, s.39:40) omsorgsteori og dens tre dimensjoner. Dimensjonene presenterer omsorg som relasjonelt, praktisk og moralsk. Relasjonelt; forholdet mellom to mennesker, praktisk; utførelse av handlinger som er for den andres beste, og moralsk; prinsippet om ansvar for den svakeste. For å øke sjansen for at pasienten føler seg møtt av sykepleier, kan det å anvende dimensjonene i Martinsens omsorgsteori være med på å styrke relasjonsbyggingen og tillitten mellom sykepleier og pasient. Dette kan videre føre til at pasienten i større grad føler at h*n kan snakke åpent med sykepleier.

Dette tenker vi er meget relevant når det kommer til at sykepleier skal møte pasienten rundt seksualitet. For at pasienten skal føle seg møtt av sykepleier er det viktig med en god relasjon hvor en kan snakke åpent om sensitive tema. Aktuell teori understreker også at pasienten kan være selektiv med hensyn til hvem de velger å dele sensitive opplysninger med. Sykepleieren blir ofte den personen pasienten forholder seg til. For å oppnå at pasienten føler seg møtt av sykepleieren er det også viktig å minne oss selv på omsorgsteorien til Martinsen. Når samtalen dreier seg om pasientens seksuelle helse, og målet er å kartlegge det behovet h*n har for hjelp, er det en forutsetning at det er etablert et stødig tillitsforhold mellom begge parter (Grimsbø, 2017, s. 399:401).

Under analysen av de ulike studiene kommer det også frem at endringer bør gjøres på organisasjonsnivå. En av studiene foreslår at seksualitet må bli anerkjent på organisasjonsnivå (Fox et al., 2020, s. 21: 22) og at prosedyrer bør være tilgjengelige slik at sykepleiere kan søke veiledning dersom det skulle være nødvendig (Saunamäki, 2010, s. 1314). Det kan tenkes at dersom en har god kompetanse rundt et område, så blir det lettere å håndtere "situasjonen". Dette kommer også frem i boken til Marie Aakre som sier at ledelse er et fagansvar som handler om å sikre faglig kompetanse og kvalitet (Aakre, 2016, s. 130). Dette kan fortelle oss at det er viktig at det tilrettelegges for utvikling av faglig kompetanse på organisasjonsnivå. I denne studien har vi fokus på pasientens seksualitet og hvordan sykepleier kan imøtekomme pasienten rundt dette. Vi har tidligere vist at studier sier at pasienten opplever å ikke bli imøtekommet, men kan det ha seg slik at dersom sykepleieren har god kompetanse rundt seksualitet så blir det enklere?

Helsedirektoratet sier at god kvalitet på sykepleien utvikles best i en arbeidskultur der medarbeidere og ledere har fokus på kvalitetsforbedring og en faglig ambisjon om å utvikle seg og bli bedre (Helsedirektoratet, 2019, s. 8). I og med at vi enda står ovenfor et tabu rundt

pasientens seksualitet, så kan det indikere at endringer må gjøres. Det å jobbe i en kunnskapsbasert praksis kan være en løsning. Dette vil si at helsepersonell må være faglig oppdatert på nyeste forskning (Ingstad, 2019, s. 148), men en kan også stille seg krav til arbeidsplassen om å fremme videre kunnskap. En av de anvendte studiene viser til en påstand om at det er manglende prosedyre for samtale om seksualitet, og det bør være mulig for sykepleiere å søke veiledning dersom det skulle være nødvendig (Saunamäki, 2010, s. 1314). Det å skape et rom for å søke veiledning, og tørre å spørre en kollega, kan gi rom for etablering av ny kunnskap - men det kan ikke være lett dersom seksualitet ikke prates om. Ser vi på lederskapets rolle i denne situasjonen, står verdier og holdninger sterkt (Aakre, 2016, s. 129), og det er tenkelig at verdiene og holdningene i lederstilen påvirker arbeiderne. Dersom lederen har en åpen tilnærming til ny kunnskap, skaper det et miljø for undervisning, som påvirker arbeidstakerne og de vil igjen utøve verdiene til lederen "på gulvet" (Aakre, 2016, s. 133). Slik ser en at lederen setter verdiene som sykepleierne utøver. Dersom lederen har lagt et grunnlag for at en skal anerkjenne pasientens seksuelle behov, kan det tenkes at det blir enklere for sykepleier å møte behovet.

Som nevnt tidligere kom det frem i en av studiene at holdninger må endres for at sykepleiere skal kunne gi pasienter helhetlig pleie. Flere av sykepleierne i studien anså det som upassende og irrelevant å spørre eldre pasienter og kvinnelige pasienter om seksuell helse (Fox et al., 2020, s. 21). Det kom også frem i en annen studie at holdninger til kjønn er en barriere for samtale om seksualitet, siden kvinnelige pasienter kun ønsket å snakke med kvinnelige sykepleiere om seksualitet (Traumer et al., 2019, s. 63). Ut fra teori kan en påstå at slike holdninger kan stamme fra arbeidsmiljøet og organisasjonskulturen. Vi kan spørre oss selv om holdningene på jobb er slik vi vil ha de - om vi forventer høy faglig kvalitet av oss selv og om alle pasienter får lik behandling. En slik etisk refleksjon, hvor en tenker kritisk, kan bidra til å få frem ulike potensielle løsninger (Eide & Eide, 2017, s. 93-94). Ved at sykepleierne anser det som irrelevant å spørre eldre pasienter og kvinnelige pasienter om seksuell helse, antar de da at de ikke har et seksualliv? Gjennom denne forskningsperioden har vi lært at seksualitet er så mangt, og uansett alder og kjønn så finnes det behov for intimitet, nærhet og nytelse. Det kan tenkes at et slikt tankesett hos sykepleiere er med på å fremme dårlige holdninger, som gir grobunn for tabuet rundt seksualitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 27). Slike dårlige holdninger kan gi lite rom for pasienters seksualitet, tross at behovet for nærhet og nytelse varere livet ut (Grimsbø, 2017, s. 387).

I flere av de anvendte studiene presenteres det at tid er en barriere for samtale om seksualitet. Studien til Saunamäki et al. (2010) presenterer at 80% av sykepleierne velger å ikke ta seg tid til å diskutere seksuelle bekymringer med pasientene, selv om de mener det er en sykepleiers ansvar (Saunamäki et al., 2010, s. 1308). Kan dette komme av at det er en holdning blant sykepleierne om at pasientens seksualitet ikke er verdig tiden, på grunn av travelhet? Travelhet er oftest en stor faktor når det kommer til sykepleierens arbeidsdag, og en har ofte flere arbeidsoppgaver som må blir gjort før dagen er over. I aktuell litteratur står det at tid er et pasientsentrert etisk prinsipp. Mangel på tid som ressurs, gir mangel på tid til omsorg for den enkelte pasienten. Tid kan ikke anses som en forbruksvare (Grimsbø, 2017, s. 127).. I samme litteratur omtales tid som; "Tid har en egenverdi: tid til å trøste, til å samtale, til å møte uforutsette behov. Tid er nødvendig for faglig forsvarlig virksomhet. Når vi har god tid, er stillhet mulig, varsomhet kan utfolde seg, og nøyaktighet realiseres" (Grimsbø, 2017, s. 131).

Sett i lys av denne forskningens hensikt og problemstilling, samt hvordan pasienter opplever at sykepleiere ikke tar seg tid, illustrerer dette hvor viktig tid er. Omtalelsen overfor nevner at tid er en verdi og ressurs til å møte uforutsette behov, som for eksempel tid til samtale om seksualitet. En kan tenke seg at når sykepleieren ikke har tid til pasienten, så opplever pasienten dette som en bekreftelse på at h*n ikke blir møtt.

Av erfaring fra praksis på Gynekologisk avdeling, hvor de ansatte hadde en svært åpen holdning til pasientens seksualitet, ble seksualiteten til pasienten i større grad anerkjent. En rutine på avdelingen var å spørre om pasienten var seksuell aktiv når en foretok seg en datasamling. Dette var både for å eventuelt kunne henvise kvinne til sexologisk rådgivning eller for å informere om seksuell aktivitet og sikkerhet post-operativt. En naturlig del av jobbhverdagen ved Gynekologisk avdeling var å gi informasjon rundt pasientens spørsmål om seksualitet, enten om det var prevensjon, vaginal atrofi eller samleie etter en hysterektomi. Etter å ha vært i praksis ved denne avdelingen, er det bemerkelsesverdig at det er utfordrende å møte pasientens seksualitet ved andre arbeidsplasser.

6.0 KONKLUSJON

Vi konkluderer dermed at det er mulig at pasienter opplever å ikke bli møtt av sykepleier angående seksualitet etter hjerneslag, grunnet tabu. Pasientene gir også uttrykk for at det er et behov for informasjon som ikke imøtekommes av sykepleier, og at relasjonen mellom sykepleier og pasient er avgjørende. Pasientene har større sjanse for å bli møtt av sykepleiere på seksualitet, dersom seksualitet anerkjennes på et organisasjonsnivå, slik at verdier og holdninger spres videre på arbeidsplassen.

7.0 ANVENDELSE I PRAKSIS

Sykepleiere har en viktig funksjon når en skal identifisere pasientenes grunnleggende behov. Sykepleiere utfører datasamling som gjør at vi kan gi pasienten helhetlig sykepleie, og behandlingsplaner lages med pasientens beste i fokus. Pasienten står i sentrum og en sykepleier bør tilstrebe at h*n imøtekommes på alle behov. Som sykepleier stilles det krav til kompetanse. Kompetansen som sykepleier vokser parallelt med erfaringene en tilegner seg, men man må også aktivt søke ny kunnskap for å holde seg faglig oppdatert. Sykepleiefaget er hele tiden under utvikling, og dette danner ny sykepleievitenskap. Ledelsen har en viktig rolle i utviklingen av arbeidsplassens felles kompetanse, skaper holdninger og legger verdigrunnlaget.

Denne studiens funn viser at det er forbedringspotensialer hos sykepleiernes evne til å imøtekomme pasientens seksualitet. Siden studien har et pasientperspektiv, avdekker vi pasientens opplevelse av å ikke bli møtt, som gjør at vi kan bruke det til vår fordel når vi presenterer forbedringspotensialer. Vi skal videre presentere forslag som kan gjøre at pasientens seksualitet blir imøtekommet.

Våre forslag til anvendelse i praksis:

- Vi foreslår at ledelsen bør være mer utdanningsvennlige til seksualitet. De bør skape et utdanningsvennlig miljø, hvor en har internundervisning hvor pasientens seksualitet er i fokus. Ledelsen bør også oppfordre sykepleiere til videreutdanning eller til anskaffelse og oppsøking av mer informasjon om seksualitet.
- Vi foreslår også at det innføres fagdag hvor pasientens seksualitet er i fokus. Flere arbeidsplasser har hygienedager, hvorfor ikke ha en årlig dag avsatt til seksualitet? Dette kan bli en dag hvor en har internundervisning og øker arbeidsplassen felles kompetanse. Dette vil også være med på å normalisere pasientens seksualitet, og kan i lengden være med på å fjerne tabuet.
- Vi foreslår også at sykepleiere bør ha et større tverrfaglig samarbeid med sexologer eller sexologiske rådgivere. Det bør være lav terskel for å henvise pasienten til sexologisk rådgivning, og det bør også tilrettelegges for at pasienten selv kan ønske å få konsultasjon. Tverrfaglig samarbeid med sexologer og sexologiske rådgivere kan

være med på å gi sykepleiere trygghet i rollen som informasjonsgiver.

- Vi foreslår også at det bør skje en endring i sykepleierutdanningen, slik at elever lærer hvordan de skal håndtere pasienters seksualitet og dermed gjøre seksualitet til en naturlig del av sykepleien. Dersom studenter blir tidlig introdusert for pasientens seksualitet, vil dette kunne bidra til at seksualitet blir normalisert. Når seksualitet blir snakket om og studenter/sykepleiere er i stand til å initiere samtale om seksualitet med pasienten, kan en starte prosessen av å fjerne tabuet rundt seksualitet.
- Vi foreslår også at det bør bli prosedyrer for hvordan en enkelt kan imøtekomme pasientens seksualitet, slik at sykepleiere kan søke veiledning/kunnskap dersom h*n skal initiere til samtale om seksualitet. Et eksempel kan være å starte allerede i datasamlingen, slik at en får kartlegge dersom pasienten har et behov for å ta opp sin seksualitet. Hvis dette er tilfelle så kunne det vært nyttig med en standard prosedyre for hvordan en kan ta dette videre.
- Vi foreslår også at sengeposter, institusjoner, poliklinikker, legekantor osv. bør ha plakater og brosjyrer om seksualitet, slik at temaet normaliseres. Det at pasienten ser plakaten eller brosjyren kan gjøre at h*n samler motet, eller blir påminnet å nevne temaet for fagpersoner.
- Vi foreslår også at helsevesenet bør vise en åpen holdning og møte til det skeive miljøet (LHBTIQ+). Å prate om seksualitet kan være vanskelig nok i seg selv, men har du et “avvik” fra majoriteten i tillegg, kan det oppleves enda vanskeligere å initiere til samtale. Derfor bør LHBTIQ+ inkluderes i eventuelle plakater/brosjyrer slik at det blir normalisert i helsevesenet.

8.0 REFERANSER

Aakre, M. (2016). *Jakten på dømmekraft: praksisnært etikkarbeid i helsetjenesten* (1. utg.).

Oslo: Gyldendal Akademisk

Almås, H. (Red.), Grønseth, R. & Stubberud, D. G. (2017). *Klinisk Sykepleie 2* (5 utg). Oslo:

Gyldendal Akademisk

Bach-Gansmo, E. (Red). & Ørn, S. (2017). *Sykdom og behandling* (2 utg). Oslo: Gyldendal

Akademisk

Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner* (3 utg). Oslo: Gyldendal Akademisk

Fox, S., Antony, R. M., Foley, M. J., O'Sullivan, D. & Timmons, S. (2020). Healthcare Professionals' and Patients' Views of Discussing Sexual Well-being Poststroke.

Rehabilitation Nursing, 45(1), 16-22. doi: 10.1097/rnj.0000000000000144

Grimsbø, G. H. (Red.), Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E. A. (2017).

Grunnleggende sykepleie bind 1: Sykepleie – fag og funksjon (3. utg). Oslo: Gyldendal

Akademisk

Grimsbø, G. H. (Red.), Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E. A. (2017).

Grunnleggende sykepleie bind 2: Grunnleggende behov (3. utg). Oslo: Gyldendal Akademisk

Grimsbø, G. H. (Red.), Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E. A. (2017).

Grunnleggende sykepleie bind 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring (3. utg). Oslo:

Gyldendal Akademisk

Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017–2022)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra:

https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf (Hentet: 05.05.2021).

Helsedirektoratet (2017). *Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag*. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 27.04. 20). Tilgjengelig fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag> (Hentet 12.04.2021)

Helsedirektoratet. (2019). *Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring*.

Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og->

omsorgstjenesten/Nasjonalt%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf/_/attachment/inline/79c83e08-c6ef-4adc-a29a-4de1fc1fc0ef:94a7c49bf505dd36d59d9bf3de16769bad6c32d5/Nasjonalt%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf (Hentet: 04.05.2021)

Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser* (5 utg). Oslo: Gyldendal Akademisk

Ingstad, K. (2019). *Organisasjon og ledelse: i helsefag og sykepleie* (1. utg.). Oslo:Gyldendal

Nilsson, M. I., Fugl-Meyer, K., von Koch, L., Ytterberg, C. (2017). Experiences of Sexuality Six Years After Stroke: A Qualitative Study. *The Journal of Sexual Medicine*; 14:797-803. doi: 10.1016/j.jsxm.2017.04.061

Romsland, G. I., Dahl, B. & Slettebø, Å. (2016). *Sykepleie og rehabilitering* (1 utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Saunamäki, N., Andersson, M. & Engström. (2010). Discussing sexuality with patients: nurses' attitudes and beliefs. *Journal of Advanced Nursing*, 66(6.), 1308-1316. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05260.

Seymour, L. M. & Wolf, T. J. (2014). Participation Changes in Sexuality Functioning After Mild Stroke. *Occupation, Participation and Health*, 34(2.), 72- 80. doi: 10.3928/15394492-20131217-01

Syse, A (red). (2018). *Norges lover: Lovsamling for helse- og sosialsektoren 2018-2019*. (28 utg). Oslo: Gyldendal

Traumer, L., Jacobsen, M. H. & Laursen, B. S. (2019). Patients' experiences of sexuality as a taboo subject in the Danish healthcare system: a qualitative interview study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33, 57-66. doi: 10.1111/scs.12600

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/ (Hentet: 12.04.21).

9.0 VEDLEGG

Artikkel 1:	Discussing sexuality with patients: nurses' attitudes and beliefs',
Tidsskrift (årstall:)	<i>Journal of Advanced Nursing</i> , 66(6), s. 1308-1316. (2010)
Forfattere:	Nina Saunamäki, Mathilda Andersson & Maria Engström.
Perspektiv:	Artikkelen har et sykepleieperspektiv
Hensikt:	Hensikten med studien er å kartlegge sykepleieres holdninger og meninger om å diskutere pasienters seksualitet med pasienten
Metode:	<p>Kvantitativ studie. En spørreundersøkelse ble delt ut til 100 sykepleiere, fordelt 50/50 mellom en kirurgisk- og en medisinsk sengepost. 88 sykepleiere deltok i undersøkelsen, som vil si at svarprosenten var på 88%.</p> <p>Forskningsspørsmålene i spørreundersøkelsen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hvilke holdninger og meninger har sykepleiere til å diskutere seksualitet med pasienter? - Er det noen sammenheng mellom sykepleieres holdninger og meninger om seksualitet basert på deres alder og ansiennitet? - Er det noen forskjell mellom sykepleieres holdninger og meninger om seksualitet avhengig av om de har videreutdanning eller ikke?
Resultater:	<p>Over 90% av sykepleierne forsto hvordan pasienters sykdommer og behandling kan påvirke deres seksualitet. Omtrent to tredjedeler følte seg komfortable med å snakke om seksuelle problemer og var enige om at det var deres ansvar å oppfordre pasienten til å snakke om seksuelle bekymringer.</p> <p>80% tok seg imidlertid ikke tid til å diskutere seksuelle bekymringer, og 60% følte seg ikke trygge på deres evne til å håndtere pasienters seksuelle bekymringer.</p> <p>Eldre sykepleiere følte seg mer trygg på deres evne til å adressere pasienters seksuelle bekymringer, og jo eldre sykepleierne var, desto mer positive var holdningen deres til å diskutere seksualitet.</p>

	Sykepleiere med videreutdanning hadde også mer positiv holdning til å diskutere seksualitet.
--	--

Artikkel 2:	Participation Changes in Sexuality Functioning After Mild Stroke.
Tidsskrift (årstall):	<i>Occupation, Participation and Health</i> , 34(2.), 72- 80. (2014)
Forfattere:	Lisa M. Seymour & Timothy J. Wolf
Perspektiv:	Artikkelen har et pasientperspektiv
Hensikt:	Hensikten med denne studien er å undersøke i hvilken grad personer med mildt hjerneslag opplever endringer i deltakelse i seksuell aktivitet etter hjerneslag.
Metode:	En kvantitativ studie. En tverrsnittstudie med 13 pasienter 6 – 18 måneder etter et mildt hjerneslag. En kort casestudie ble også gjennomført med en av deltakerne. Deltakerne fullførte et spørreskjema over telefon, som inkluderte den modifiserte skalaen for seksuell funksjon: Stroke Impact Scale (SIS) og Patient Health Questionnaire-9.
Resultater:	Prøven rapporterte milde problemer med seksuell dysfunksjon. Flere av deltakerne i denne studien rapporterte at de hadde ønsket mer informasjon om seksuell funksjon etter hjerneslag. Disse funnene antyder at personer med mildt hjerneslag opplever redusert deltakelse i seksuelle aktiviteter etter hjerneslag og ønsker mer informasjon fra helsevesenet om potensialet for seksuelle endringer.

Artikkel 3:	Healthcare Professionals´ and Patients´ Views of Discussing Sexual Well-being Poststroke
Tidsskrift (årstall):	<i>Rehabilitation Nursing</i> , (2020)
Forfattere:	Siobhan Fox, Reema M. Antony, Mary J. Foley, Dawn O´Sullivan & Suzanne Timmons
Perspektiv:	Artikkelen har både et pasient- og sykepleieperspektiv

Hensikt:	Hensikten med studien er å utforske helsepersonells og personer som har gjennomgått slags barrierer til å diskutere seksuell helse etter slaget
Metode:	<p>Brukt både kvalitativ og kvantitativ studie</p> <p>I studien sendte de ut spørreundersøkelser i posten til personer som hadde gjennomgått slag, som personene besvarte og sendte tilbake. Videre ble det startet fokusgrupper, hvor samtalen, med tillatelse fra deltakerne, ble tatt opp og supplerende notater ble benyttet.</p> <p>Deltakere: 50 deltakere (slagpasienter), 6 deltakere (helsepersonell), 6 (slagpasienter i omsorgsbolig) = totalt 62 deltakere</p>
Resultater:	Studien hadde en svarprosent på 60%. Ingen av deltakerne hadde opplevd at helsepersonell tok initiativ til samtale om seksualitet. Helsepersonell hadde liten kompetanse om seksualitet og inntok derfor en passiv rolle.

Artikkel 4:	Patients' experiences of sexuality as a taboo subject in the Danish healthcare system: a qualitative interview study
Tidsskrift (årstall):	Scandinavian Journal of Caring Study, (2018)
Forfattere:	Line Traumer, Michael Hviid Jacobsen & Birgitte Schantz Laursen
Perspektiv:	Artikkelen har et pasient perspektiv
Hensikt:	Hensikten med studien er å forstå hvordan pasienter diagnostisert med kreft eller kronisk sykdom opplever seksuell dysfunksjon og seksualitet som et tabu tema i helsevesenet
Metode:	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>Studien benytter seg av et intervju guide for å gjennomføre semi-strukturerte intervjuer. Det ble også gjennomført en kvalitativ temaanalyse.</p> <p>Deltakere: 10</p>
Resultater:	Analysen avdekket at seksualitet er et sensitivt og tabubelagt tema i det danske helsevesenet. Noen pasienter innledet samtaler om deres seksualitet, men følte seg avvist av helsepersonell. Andre pasienter var

	<p>motvillige til å diskutere seksualitet, men opplevde heller ikke at helsepersonell initierte til samtale om seksualitet. Til tross for disse forskjellene mellom pasientenes opplevelser, blir det konstatert at seksualitet er et tabubelagt tema, ettersom pasienter eller helsepersonell bevisst unngikk å diskutere pasientens seksualitetsrelaterte spørsmål.</p>
--	---

Artikkel 5:	Experiences of Sexuality Six Years After Stroke: A Qualitative Study
Tidsskrift (årstall):	The Journal of Sexual Medicine; 14:797-803 (2017)
Forfattere:	Marie I. Nilsson PhD, Kerstin Fugl-Meyer PhD & Charlotte Ytterberg PhD.
Perspektiv:	Artikkelen har pasient perspektiv
Hensikt:	Studiens hensikt er å utforske pasienters opplevelser av seksualitet, seks år etter hjerneslaget, og deres opplevelse av kommunikasjon om seksualitet med helsepersonell
Metode:	Denne kvalitative studien er basert på data samlet inn av semi-strukturerte intervjuer med 12 deltakere, som varierte i alder fra 43 til 81 år. Intervjuer ble tatt opp og transkribert ordrett og temaanalyse ble utført.
Resultater:	<p>Analysen resulterte i tre følgende temaer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ikke utelukkende negative opplevelser i seksualitet etter hjerneslag: De fleste deltakere opplevde en viss endring i sitt seksuelle liv fra før hjerneslaget. Nedsatt seksuell interesse og funksjon på grunn av nedsatt følsomhet, smerter etter hjerneslag og tretthet. Noen få informanter rapporterte om positive endringer i seksualitet, som ble knyttet til følelser av økt intimitet. - Individuelle forskjeller og variasjoner i hvordan man skal håndtere seksualitet etter hjerneslag: Forskjellige strategier ble brukt for å håndtere uønskede negative endringer som aktivt å prøve å tilpasse seg ved å planlegge tid med partneren og redusere press og stress. Åpen kommunikasjon om seksualitet med partneren blir omtalt som viktig. Påfallende nok beskrev de fleste informanter med negative opplevelser i seksuallivet, at det negative kunne stamme

fra alder eller stadium i livet, og ikke stamme fra hjerneslaget eller helseproblemene. Videre sammenlignet de seg med andre uten hjerneslag, men med endringer i seksualitet, og oppnådde dermed en følelse av normalitet.

- Kommunikasjon og rådgivning angående seksualitet - mange uoppfylte behov: Opplevelsen av kommunikasjon med helsepersonell varierte. Svært få informanter hadde mottatt informasjon eller diskutert seksualitet med helsepersonell i løpet av årene etter slaget, selv om slike behov ble identifisert av de fleste informanter.