

Helhedsorienteret sygepleje til patienter med hjertekarsygdom

- inddragelse af patienternes eventuelle
bekymringer i relation til deres seksualitet.



Bachelorprojekt

af

Agnete Maria Nielsen F06C

Sygeplejerskeuddannelsen København.

Afleveret 3. juni 2009.

Vejleder: Bente Boye Nielsen

Antal tegn: 59.921

Opgaven må anvendes internt på skolen.
Eftertryk kun tilladt med forfatterens tilladelse.

Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse	side	1
Indledning		3
Hjertekarsygdom i Danmark		4
Hjertekarsygdoms symptomer		4
Sygepleje til patienter med hjertekarsygdom		5
Hjertekarsygdom og seksualitet		5
Samtale om seksualitet med patienten		6
Hjertekarrehabilitering		7
Problemformulering		8
Opgavens opbygning og afgrænsning		8
Metode og videnskabsteoretiske overvejelser		9
Etiske overvejelser		10
Valg af teori		10
Christian Graugaard et al. og George L. Engel		10
Bob Price		11
Jocalyn Lawler		12
Kari Martinsen		12
Lene Sigaard		13
Første del af analysen		13
En sund seksualitet		14
En helhedsorienteret sygepleje		14
Den bio-psyko-sociale model		15
Den biologiske dimension		15
Den psykologiske dimension		15
Body image		16

Den sociale dimension	17
Tillid	18
Det faglige skøn	19
Magten i relationen	20
At give tilladelse	20
Anden del af analysen	21
Samfundets opfattelse af seksualitet set i et historisk perspektiv	22
Tabu og forlegenhed	23
Urørlighedszonen	24
Konklusion	26
Kritik af teori og metode	28
Diskussion	29
Perspektivering	30
Litteraturliste	31
Bilag 1	36
Bilag 2	37
Bilag 3	38

Indledning

Denne opgave handler om kropsopfattelse og seksualitet hos patienter med hjertekarsygdom. At blive hjertekarsyg kan have indvirkning på mange aspekter af patientens liv, bl.a. en ændret kropsopfattelse og en ændret seksualitet. Idet jeg ønsker at skabe en helhedsorienteret sygepleje, vil jeg belyse, hvilke forhold der kan have indflydelse på patientens kropsopfattelse og seksualitet. Samtidig vil jeg undersøge, hvorfor sygeplejersken kan finde det svært at inddrage seksualitet i sygeplejen.

Min interesse for dette emne tager afsæt i min 6. semesters klinik på en hjertemedicinsk afdeling, hvor jeg har haft fokus på seksualitet i sygeplejen. Mit fokusområde er inspireret af valgfaget 'Seksualitet og sexologi,' som er et nyligt opstartet valgfag på Sygeplejerskeuddannelsen København. Den hjertemedicinske afdeling har ligeledes udarbejdet kliniske retningslinjer i forhold til, at sygeplejersken i udskrivelsessamtalen skal tale med patienten om hjertekarsygdoms indvirkning på seksualitet og samliv. (Færch, 2002).

På en sygeplejekonference på afdelingen spurgte jeg sygeplejerskerne om, hvordan de spurgte ind til patientens seksualitet. Sygeplejerskerne, der deltog, var mellem 34 og 55 år og havde været ansat i afdelingen i mellem 6 og 25 år. Én sygeplejerske fortalte, at hun føler, at dét at tale om sex stadig er tabubelagt, og at det kan føles grænseoverskridende. Hun sagde: *"at man er bange for at gøre patienterne forlegne, og at den korte indlæggelsestid på normalt 3 dage i afdelingen, gør det svært at komme ind på livet af dem og dermed bringe et så intimt emne på banen."* En anden sygeplejerske turde ikke kaste sig ud i samtalen af frygt for at blive spurgt om noget, hun ikke havde forstand på. Flere sygeplejersker mente, at de manglede viden, sprog og inspiration til, hvordan de skulle starte en samtale. Trods de udarbejdede retningslinjer på afdelingen og det, at seksualitet/reproduktion indgår som et søgeord i VIPS-modellen¹, som afsnittet arbejder ud

¹ VIPS er en model til dokumentation af sygeplejen. Modellen har sin oprindelse i Sverige, hvor den er udviklet og videreudviklet op igennem 1990'erne. Ordet VIPS er en forkortelse af begreberne: Velvære, Integritet, Profylakse og Sikkerhed. (Andersen et al, RH, 2003).

fra, så var det sjældent, at jeg fandt noget beskrevet i sygeplejeturnalerne under seksualitet ud over: i. a. (intet abnormt) eller i. s. (ikke spurgt). Dette fandt jeg tankevækkende, og det har inspireret mig til at gå i dybden med emnet i min bacheloropgave.

Hjertekarsygdom i Danmark:

Til at relevansgøre min problemstilling vil jeg belyse omfanget af patienter med hjertekarsygdom i Danmark.

Mindst 200.000 danskere lider af hjertekarsygdom, som er den næsthøjest dødeårsag blandt mænd over 50 år. Hjertekarsygdom er en af de største sygdomsgrupper set i forhold til antallet af de knap 86.000 danskere med hjerte- og kredsløbslidelser, der indlægges årligt. Mere end 34.000 mænd i aldersgruppen 50-79 år indlægges én eller flere gange med hjertekarsygdom. (Hjerteforeningen, Regeringen, 2002, s. 39). Udvikling af hjertekarsygdom skyldes et samspil af mange faktorer, bl.a. livsstilsfaktorer som rygning, fysisk inaktivitet og kostvaner, psykisk arbejdsmiljø herunder stress og skiftende vagter samt biologiske faktorer som hypertension, hypercholesterolæmi og diabetes. (Ibid.). Ligeledes ses en tydelig sammenhæng mellem socioøkonomiske forhold, uddannelsesniveau og sociale netværk, idet det oftest er lavt uddannede, pensionister og arbejdsløse, der rammes af sygdommen. (Hjertestatistik, Hjerteforeningen, 2004). I det følgende afsnit vil jeg belyse, hvilke symptomer patienter med hjertekarsygdom kan opleve, der kan have indflydelse på seksualitet og samliv.

Hjertekarsygdoms symptomer

Hjertekarsygdom forårsager ofte kronisk venstresidig hjerteinsufficiens, der betyder, at hjertets pumpefunktion er forringet. Der er objektivt påviselige ændringer i hjertets anatomi og/eller funktion. Patienten kan derfor opleve anfald af brystmerter, *angina pectoris*, som skyldes den nedsatte iltforsyning til hjertet. Anfaldene opstår især ved fysisk anstrengelse, hvor muskulaturen har brug for ekstra ilt. Ligeledes kan psykiske belastninger udløse *angina pectoris*. Smerterne forsvinder ofte ved hvile og ved brug af det kardilaterende præparat Nitroglycerin. Patienten kan opleve dyspnø i mere eller mindre udtalt grad både ved tale, i hvile og ved fysiske anstrengelser. Dyspnøen skyldes væskeophobning i lungerne. (Ramhøj et al, 2000, s. 672-701). Endvidere er træthed et uspecifikt og ofte forekommende symptom, der bevirker en indskrænkning af patientens formåen. Ved fysisk anstrengelse klager patienten ofte over træthed i benene, der skyldes en nedsat minutvolumen. Sommetider er trætheden udløst af den medicinske behandling med f.eks.

beta-blokkere og diuretika. Andre symptomer på hjertekarsygdom kan være kvalme og ødemer. (Ibid.). De nævnte symptomer kan alle have indflydelse på den fysiske formåen og dermed seksuallivet.

I det følgende afsnit vil jeg beskrive, hvad sygeplejen til hjertekarsyge patienter indebærer, med fokus på den undervisningsrelaterede del, hvor information om mulige seksuelle problemstillinger i relation til hjertekarsygdom bør indgå.

Sygepleje til patienter med hjertekarsygdom

Sygepleje til patienter med hjertekarsygdom omfatter flere områder: Fysisk sygepleje, observation af kliniske symptomer, administration, overvågning, behandling og psykisk pleje samt undervisningsrelateret pleje. Undervisningen til patienten med hjertekarsygdom har flere formål: Først at give patienten en viden om dennes sygdom, om dens behandling og om risikofaktorer/livsstilsændringer og fysisk aktivitet, således at valg af fremtidig livsstil kan træffes på et videnbaseret grundlag. Patienten skal sættes i stand til selv at vurdere sin fysiske tilstand og reagere på evt. symptomer. (Hjerteforeningen, Darmer, 2000, s. 10-11). Det er derfor væsentligt, at patienten ved, at enhver påvirkning af kroppen og dens funktioner har indvirkning på det seksuelle overskud, lyst og kompetence, og han skal ligeledes forberedes på, at hans rolle i forhold til familie, til arbejdsplads og omgangskreds kan være ændret på grund af de fysiske begrænsninger. (Graugaard et al. 2006, s. 14, Hjerteforeningen, Darmer, 2000, s. 10-11). Dette belyser bl.a., hvorfor sygeplejersken ved indlæggelse af patienten er:

"forpligtet til at spørge ind til patientens seksualitet og beskrive, hvorvidt patienten har potentielle og/eller aktuelle problemer knyttet til seksualitet".

(Sundhedsstyrelsens sygeplejefaglige optegnelser, 2005).

Som ovenstående viser, er det altså vores pligt at tale med patienten om seksualitet. I næste afsnit vil jeg derfor præsentere forskellige undersøgelser, der viser den faglige relevans i at inddrage seksualitet i sygeplejen til patienten med hjertekarsygdom.

Hjertekarsygdom og seksualitet

En dansk undersøgelse udarbejdet på Skejby Sygehus af dr. med Mickley og scient. san. P. Winstrup viste, at op imod 60% af de mandlige hjertepatienter oplevede en ændring af seksualiteten efter et hjerteinfarkt. Ændringerne oplevedes primært i form af impotens, nedsat lyst og reduktion i samleje hyppighed. Disse patienter var ofte bekymrede over, om seksuel aktivitet var uhensigtsmæssig af hensyn til hjertet, ligeledes var de ofte

tilbageholdende med at udtrykke seksuelle bekymringer, herunder seksuel dysfunktion. (Winstrup et al. 1999, Graugaard, 2006). En anden undersøgelse viser at 4 ud af 10 mænd oplever impotens efter nyopstået hjertekarsygdom. Impotens kan være organisk, psykogent eller medikamentelt betinget. Én eller flere af faktorerne kan være til stede. Ved organisk betinget impotens kan der forekomme forsnævring i kapillærer til penis pga. arteriosklerose, som kan forhindre rejsning. De psykogene faktorer omfatter bl.a. depression, ængstelse og bekymring, tilstande som ofte er til stede hos hjertesygge. (Mickley, et. al, 2006, s. 195, Darmer, 2000). Medikamentelt betinget impotens hos patienter med hjertekarsygdom udgør en relativt stor andel af tilfældene, idet hjertemedicin som beta-blokkere, Digoxin og visse former for diuretika kan forårsage impotens. (Hjerteforeningen, Graugaard et al. 2006, s. 195).

Hvad angår de psykogene faktorer, viser undersøgelser, at 36% oplever depression efter et hjerteinfarkt. (Hjerteforeningen, Johnson, 2006). Depression kan i sig selv forårsage seksuelle klager og impotens. Det er derfor vigtigt, at patienten får hjælp og støtte under og efter indlæggelse, og idet sygeplejersken oftest står patienten nærmest under indlæggelsen, bliver det vores ansvar. (Graugaard et al. 2006, s. 16-19). Derfor vil jeg i det følgende afsnit belyse ud fra forskellige undersøgelser, i hvor stor en grad samtaler om seksualitet egentlig indgår i sygeplejen.

Samtale om seksualitet med patienten

I en undersøgelse udarbejdet i 2006 af analyseinstituttet Analyse Danmark for tidsskriftet 'Sygeplejersken' viser det sig, at under halvdelen af de 366 deltagende sygeplejersker spørger til patienternes seksualitet og evt. samlivsforstyrrelser knyttet til sygdom eller lægemidler, trods det er vores sygeplejefaglig pligt. (Sommer, 2007). En lignende undersøgelse i Århus Amt viser at, kun 37,5 % af patientjournalerne indeholdt markeringer af, at der var taget stilling til patienternes seksualitet, selv om 80% af sygeplejerskerne fandt det relevant at inddrage. (Sommer, 2007). I et beslægtet studie blandt hjertepatienter mente et stort antal patienter, at seksuel rådgivning var nødvendig, men kun 3% af mændene fandt den givne information tilstrækkelig. (Graugaard et al. 2006, s. 20-21). Ovenstående uddyber altså vigtigheden i at inddrage seksualitet i samtalen i sygeplejen, idet både patienten og sygeplejersken finder det relevant.

Som vist er patienter med hjertekarsygdom en stor patientgruppe. Ifølge Hjerteforeningen² gøres der en betydelig indsats for, at nedbringe nye sygdomstilfælde ved hjælp af et rehabiliteringsforløb. Dette vil jeg præsentere med det formål kort at beskrive indholdet og effekten af hjerterehabiliteringen.

Hjertekarrehabilitering

I en publikation udarbejdet af Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark og Hjerteforeningen i 2007 omhandlende 'Hjertekarrehabilitering efter strukturreformen' står skrevet, at i henhold til Sundhedslovens §16 har alle patienter krav på at modtage information om deres helbredstilstand, herunder oplysninger om relevante forebyggelses- og behandlingsmuligheder. Alle hjertepatienter skal derfor tilbydes et rehabiliteringsforløb efter indlæggelse med det formål:

"at forbedre patientens funktionsniveau, fjerne eller mindske aktivitetsrelaterede symptomer, minimere graden af invaliditet og gøre det muligt for patienten at vende tilbage til en personligt tilfredsstillende rolle i samfundet." (Hjerteforeningen, 2004).

Ifølge Hjerteforeningens hjemmeside er der god dokumentation for effekten af rehabilitering til patienter med iskæmisk hjertesygdom og hjertesvigt. Danske og internationale studier viser ligeledes, at hjertekarrehabilitering kan give store menneskelige og sundhedsøkonomiske gevinster. Patienternes livskvalitet forbedres, og risikoen for, at sygdommen udvikler sig, nedsættes, så fornyet indlæggelse eller invasiv behandling ikke bliver nødvendig, og indsatsen er dermed omkostningseffektiv. (Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark, Hjerteforeningen, 2007, s. 11, Regeringen, 2002, s. 39).

Rehabilitering er således et væsentligt element i behandlingsforløbet for hjertepatienter efter indlæggelse. Men en ny undersøgelse fra april 2009 som Dansk Sundhedsinstitut har gennemført for Hjerteforeningen blandt 4.371 patienter med hjertekarsygdom viser, at det kun er 3%, der oplever, at de modtager fuld rehabilitering som foreskrevet i internationale anbefalinger. (Hjerteliv nr. 4, 2009). Det vil sige, at det kun er 3% af de ca. 86.000 indlagte patienter med hjertekarsygdom, der modtager et fuldstændigt rehabiliteringsforløb. Hvorvidt samtale om seksualitet er inddraget i rehabiliteringsforløbet, står ikke nævnt i publikationen. Dette tydeliggør endvidere den sygeplejefaglige relevans i at inddrage samtale om seksualitet, når sygeplejersken møder patienten under indlæggelsen.

² Hjerteforeningen er en privat sygdomsbekæmpende organisation, der arbejder med forskning i hjertekarsygdomme, forebyggelse af hjertesygdomme og patientstøtte. (www.hjerteforeningen.dk).

Undersøgelserne og mine egne kliniske observationer bekræfter altså, at emnet ofte er negligeret i sygeplejen, trods vores pligt og de skrevne retningslinjer. Flere undersøgelser viser tilsvarende, at der er belæg for at inddrage samtale om seksualitet i sygeplejen. Dette har ført mig frem til følgende problemformulering:

Problemformulering

Hvordan kan sygeplejersken inddrage patienternes bekymring i relation til deres eventuelle seksuelle problemstillinger og derved yde en mere helhedsorienteret sygepleje?

Hvilke faktorer kan gøre sig gældende, når sygeplejersken finder det svært at tale om seksualitet?

Opgavens opbygning og afgrænsning.

I første del af analysen vil jeg begrebsafklare, hvad der forstås ved en sund seksualitet samt en helhedsorienteret sygepleje. For at kunne besvare det første spørgsmål i problemformuleringen, vil jeg i første del af analysen undersøge, hvilke forhold der har indflydelse på patientens kropsopfattelse, når de bliver hjertekarsyge. Dertil har jeg valgt at inddrage psykiater George Engels bio-psyko-sociale model, som jeg vil præsentere nærmere i teori afsnittet. I analysen af modellen vil jeg integrere begrebet body image i den psykiske dimension, for at få en dybere forståelse af, hvad der kan have indvirkning på patientens kropsopfattelse. Dette tjener til at skildre, hvilke forudsætninger der forventes af sygeplejersken i forhold til, hvordan hun kan inddrage seksualitet i sygeplejen. Efterfølgende vil jeg belyse, hvilke andre forudsætninger der er essentielle i en helhedsorienteret sygepleje.

For at besvare det andet spørgsmål i min problemformulering, vil jeg i anden del af analysen undersøge, hvilke faktorer der kan gøre sig gældende, når sygeplejersken kan finde det svært at tale om seksualitet. Her vil jeg beskrive, hvilken indflydelse samfundet, historien og kulturen har og har haft på menneskets seksualitet, for derefter at belyse begreber som tabu, forlegenhed og urørlighedszonen.

I min indledning har jeg nu argumenteret for problemets sygeplejefaglige relevans, der har ført mig frem til den endelige problemformulering. I næste afsnit vil jeg argumentere for valg af metode og videnskabsteoretiske overvejelser efterfulgt af mine etiske overvejelser samt en præsentation af de valgte forfattere og teoretikere. I min konklusion vil jeg lave en opsamling på det, jeg er kommet frem til i min analyse. Afslutningsvis vil jeg diskutere og

perspektivere resultatet af min opgave.

Hvor jeg i opgaven skriver hjertepatienter, menes hjertekarsyge patienter, idet hjertesygdom kan omfatte forskellige slags lidelser i hjertet, herunder arytmie, endocardit, medfødte hjertefejl etc. (Ramhøj et al, 2000, s. 672-701). Selv om jeg finder det interessant at belyse den hjertesygge kvindes seksualitet, har jeg primært valgt at have fokus på den hjertesygge mand, idet der findes flest undersøgelser lavet om mænd, og ligeledes rammes flest mænd af hjertekarsygdom. (Hjerteforeningen, Graugaard et al. 2006, s. 14). På trods af vigtigheden af at inddrage den pårørende, når vi taler seksualitet og samliv, vil mit fokus hovedsageligt være på patienten. Sygeplejersken vil blive omtalt i 3. person som hun.

Metode og videnskabsteoretiske overvejelser

Denne opgave er et litteraturstudie, idet jeg anvender indhentet eksisterende teori til at belyse emnet. Metoden er valgt med henblik på at fremme en forståelse af, hvilke kropsændringer og seksuelle problemer der kan opstå ved hjertesygdom, samt hvilke faktorer der har indflydelse på, hvordan sygeplejersken forholder sig til seksualitet i sygeplejen. Den udvalgte teori belyser mit emne, og emnet belyser teorierne i en interaktion med det formål at udvide og uddybe min forståelseshorisont i relation til emnet og teorien. Deraf kan man udlede, at det overordnede emne og teorierne har et dialektisk forhold, hvor min forståelse er opstået i mødet mellem disse. Derfor kan man sige at opgavens problemformulering besvares ud fra en hermeneutisk³ tilgang. Min opgave tager afsæt i mit grundlæggende menneskesyn, som består i at man skal inddrage alle dimensioner, for at kunne se mennesket i en helhed, hvilket er baggrunden for mit ønske om at yde en helhedsorienteret sygepleje. Dette overordnede perspektiv finder jeg relevant at anvende, idet denne tilgang kendetegnes ved at forsøge at finde en dybere mening, en fortolkning ud fra den hermeneutiske cirkel.⁴ Vi befinder os i en sundhedsfaglig kontekst, hvor jeg ønsker at få en forståelse af fænomenerne kropsopfattelse, seksualitet og forlegenhed. Det er menneskets egne oplevelser og erfaringer, som jeg ønsker at undersøge i min opgave. Ved hjælp af en fænomenologisk⁵ tilgang arbejder jeg ud fra et mål om, at indfange den

³ Hermeneutik kommer af det græske ord «hermeneuein», der betyder: fortolke, forklare, oversætte. Hermeneutik er en fortolkende forståelse eller udlægning. (Birkler, 2006, s. 95).

⁴ Den hermeneutiske cirkel betyder, at man må cirkulere mellem del og helhed, der er gensidigt afhængige af hinanden (Birkler, 2006, s. 95).

⁵ Fænomenologien blev grundlagt af den tyske filosof Edmund Husserl (1859-1938). Husserl anvendte begrebet livsverden, hvilket han forstår som den dagligdagsverden, vi alle lever i, og som indeholder

menneskelige erfaring, som den viser sig i den konkrete livsverden. (Launsø, 2000, s. 111, Birkler, 2006, s. 109).

Etiske overvejelser

I udarbejdelsen af denne opgave fordres etiske overvejelser i henhold til kriterierne for bachelorprojekt 2007. Min opgave er ikke et biomedicinsk forskningsprojekt og således ikke omfattet af: "*Lov om et Biomedicinsk komitéssystem og behandling af biomedicinske forskningsprojekter.*" Derfor har det ikke været nødvendigt med en anmeldelse til Den videnskabetiske komité. Ligeledes berøres ingen personfølsomme data, så derfor er intet anmeldt til Datatilsynet. (Schmidt et al. 2004, s. 48).

I min indledning citerer jeg tre forskellige sygeplejersker, fra hvem jeg har indhentet skriftligt samtykke. Heraf fremgår, at deltagelsen er frivillig og anonym, og at de kan trække sig når som helst. (Bilag 1).

Valg af teori

Jeg vil i dette afsnit præsentere de teoretikere, der er gennemgående for min opgave. Undervejs vil jeg diminutiv supplere med anden relevant litteratur. Jeg er opmærksom på, at jeg benytter teori og kilder, som ikke har det samme kulturelle, tidslige eller videnskabsteoretiske grundlag. Det vil sige, at teorier og begreber ikke nødvendigvis er direkte sammenlignelige, hvis de er taget ud af forskellige kontekster. Ligeledes kan begreberne adskille sig fra den danske forståelse. Jeg refererer her til den australske sygeplejerske Jocalyn Lawler og hendes teori oversat til norsk. Jeg finder dog belæg for at anvende hendes teori alligevel, idet jeg, hvor det er nødvendigt, tager forbehold for de begrænsninger, der må være i overførelse af hendes begreber.

Til at inddrage nyeste undersøgelser og viden på området har jeg brugt følgende søgemaskiner: Vård i Norden, www.dsr.dk, PubMed og Medline, hvor jeg bl.a. har søgt på heart, sexuality, nursing, body image og quality of life. Ligeledes har jeg søgt på www.ugeskriftforlæger.dk, hvor jeg søgte på hjertesygdom og seksualitet og fandt frem til flere relevante artikler. Til at finde teori om emnet søgte jeg på Sygeplejefagligt Biblioteks database og www.bibliotek.dk. I det følgende afsnit vil jeg præsentere de valgte forfatteres

fænomener, vi ikke umiddelbart kan dele med andre. Ens livsverden er i konstant forandring, og i det daglige tænker vi ikke nærmere over den. (Birkler, 2006, s. 86-106).

teori og argumentere for valget af dem.

Christian Graugaard et al. og George L. Engel

For at belyse, hvilken indflydelse hjertekarsygdom kan have på seksualitet og samliv, samt hvilke forudsætninger der forventes af sygeplejersken i rådgivning om seksualitet i sygeplejen, vil jeg anvende teori af dr. med, ph.d. og ekstern lektor i sexologi ved Københavns Universitet, Christian Graugaard og dr. med. og leder af sexologisk klinik Preben Hertoft samt ledende psykolog og cand. mag. Bo Møhl, der med antologien ”Krop, sygdom og seksualitet” fra 2006, beskriver vigtigheden af at inddrage seksualitet i plejen ud fra videnskabelige undersøgelser. I bogen findes et kapitel om seksualitet og hjertesygdom skrevet af dr. med Mickley og scient. san. P. Winstrup, der refererer til flere undersøgelser inden for emnet. Graugaard et al. præsenterer i bogen den bio-psyko-sociale model fra 1977, af den nu afdøde amerikanske psykiater George L. Engel. Engels model tager udgangspunkt i, at sundhed er bedst forstået i form af en kombination af biologiske, psykologiske og sociale faktorer snarere end rent biologisk. Dette står i kontrast til den traditionelle, reduktionistiske biomedicinske model af medicin, der foreslår, at hver sygdomsproces kan forklares i form af en underliggende afvigelse fra normal funktion som et patogen, genetisk eller udviklingsmæssige abnormitet. (Graugaard et al. 2006, s. 19, http://en.wikipedia.org/wiki/Biopsychosocial_model). Graugaard et als teori er naturvidenskabelig og baseret på kvantitative undersøgelser, og derfor suppleres deres teori med sygepleje- og omsorgsorienterede teorier og filosofi, som jeg vil præsentere i de følgende afsnit.

Bob Price

Til at indhente viden om kropsopfattelsen, der kan have indvirkning på seksualiteten, har jeg valgt at inddrage begrebet body image og teorien herom. Teorien indeholder områder, der beskriver elementerne i menneskets kropsopfattelse, også i forhold til egne personlige holdninger og værdier, selvværd og rationelle værdier. Denne teori er bl.a. beskrevet af den engelske sygeplejerske Bob Price, som i 1990 udgav bogen: ”*Body image, Nursing concepts and care*”. Price arbejder systematisk med fænomenet kropsopfattelse i sygeplejen. Teorien beskriver opfattelsen af kropsbilledet som er foranderligt, ubestemmeligt og en del af en persons liv, uanset alder. Ligeledes beskrives, hvordan kropsopfattelsen påvirkes og ændres af opvækst og opdragelse. Price er inspireret af Paul

Schilders⁶ teori om kropsofattelse og har videreudviklet teorien om kropsofattelse i sygeplejen kombineret med anden forskningsteori og hans egne empiriske studier. (Darmer, 2000, s. 23). Prices teori anvendes i min opgave ved hjælp af cand. cur. Janne Lyngaas antologi: Sygeplejefag, -refleksion og handling, hvor cand. cur. Lene Thomsen, skriver et kapitel om body image. Ligeledes vil jeg anvende en ph.d. afhandling af cand. cur. Mette Rosendal Darmer, som ud fra bl.a. Price's teori undersøger hjerteinsufficiente patienters oplevelse af kropsændring i hendes afhandling "Når kroppen bliver en anden".

Jocalyn Lawler

Til at belyse hvilke faktorer der har indflydelse på samtale om seksualitet og krop, vil jeg inddrage sygeplejerskens perspektiv ved hjælp af Jocalyn Lawler. Lawler er australsk professor i sygepleje og beskriver sygepleje ved kropslig pleje ud fra hendes begreb somologi. Ved at praktisere ud fra somologien, tager sygeplejersken ikke kun hensyn til den fysiske krop som et objekt, sådan som patienten oplever og føler den, men forener disse to aspekter af kropslig eksistens. Dertil har hun udarbejdet de fire somologiske basisregler. (Bilag 2). (Lawler, 1996, s. 154-183, Lomborg 1994, s. 45-48). Lawler bygger sit arbejde på en kombination af ethnomethodologi og grounded theory⁷. Hendes teori belyser, ved hjælp af et triade-design⁸ sygeplejerskens perspektiv, idet hun undersøger, hvordan sygeplejersker forholder sig til patienten i forbindelse med kropsanliggende. En situation hvor de normale sociale regler brydes, og en særlig sygeplejekontekst må etableres. Lawler argumenterer for, at begrebet forlegenhed er centralt i forståelsen af, hvordan sygeplejersker håndterer den kropslige pleje af andre mennesker. Ved sygdom konfronteres mennesket med deres krop og dets funktion. Mangel på kontrol over kroppen, lidelse og hjælpeløshed, fordrer behov for assistance, og situationen kan føre til forlegenhed for begge parter. Ifølge Lawler udvikler sygeplejersken, gennem praktisk erfaring, en evne til at mindske forlegenhed i plejesituationen. (Ibid., Lomborg, 1994). Hendes teori beskriver den

⁶ Paul Schilder, (1886-1940) amerikansk forskningsprofessor i psykiatri. Schilder var den første, der systematisk beskrev fænomenet body image i bredt perspektiv. Han analyserede kropsofattelse ud fra et organisk, psykoanalytisk og sociologiske perspektiv. Udgav i 1935 "The image and Apperance of the Human Body. (Darmer, 2000).

⁷ Grounded theory giver mulighed for, at udvikle en teori, mens ethnomethodologien skal perspektivere meningsdannelse og forhåndsgivne regler for praksis. (Lawler, 1996, s. 25).

⁸ Lawler anvender et triade-design, idet, hun i første omgang i første led observerer hendes venindes indlæggelse på et hospital, dernæst hendes egen indlæggelse og det tredje led består af semistrukturerede interviews med 32 sygeplejersker og 2 sygeplejerskestuderende. (Lawler, 1996, s. 25).

seksuelle kultur, ud fra den tilgang, at sygepleje i forhold til kroppen i vestlig kultur, er farvet af en bestemt erkendelse af, hvad der er acceptabelt at tale om i sociale sammenhænge. (Lawler, 1996, Lomborg 1994).

Kari Martinsen

Idet opgavens grundlæggende menneskesyn er kongruent med Kari Martinsens filosofi om omsorg, som er uundgåelig i hvert aspekt af sygeplejen, finder jeg det relevant at anvende teori af den norske sygeplejeteoretiker og filosof. Martinsen er uddannet sygeplejerske og dr. phil. Hendes forfatterskab er præget af en stadig udvikling af grundidéen omsorg som fundament for sygepleje. En omsorg, der ifølge Martinsen tilsidesættes til fordel for dokumentation og skemaer. Hendes menneskesyn er kollektivistisk, og i bogen "Fra Marx til Løgstrup"⁹ gøres op med den tænkning, der sætter individet i centrum. Bogens budskab er, at relationer og etik må sættes i fokus. (Martinsen, 1994, s. 9). Martinsen tilhører en generation af teoretikere, der i 1980'erne gjorde op med den altoverskyggende indflydelse, den positivistiske tankegang havde inden for sygeplejefaget. Hendes arbejde tager udgangspunkt i en holistisk tankegang, og hun er skarp kritiker af den positivistiske tankegang, som hun mener præger samfundet generelt og i særdeleshed i sygeplejen. Hun skriver ud fra et humanistisk menneskesyn og arbejder med fænomenologi som en filosofisk tænkemåde. (Martinsen, 1994, s. 12–15, 20-25). Hvad Martinsen mener om seksualitet i sygeplejen må stå i det uvisse, da hun ikke forholder sig til emnet.

Lene Sigaard

Sygeplejerske Lene Sigaard skriver i sin bog 'Seksualitet, - en omsorgsdimension' om seksuelle problemstillinger i sygeplejen. Med udgangspunkt i menneskets seksuelle udvikling viser hun ved hjælp af forskellige teorier, hvordan seksualitet er en integreret del af personligheden i alle livsstadier, og hvordan seksualitet derfor spiller ind i alle relationer. Til at illustrere dette har hun indhentet en bred vifte af eksempler fra forskellige specialer i sygeplejen. Hun undersøger de forskellige forhold, som kan spille ind på, hvordan mødet med de seksuelle problemer opleves, og opstiller ligeledes forslag til, hvordan man kan møde seksuelle problemstillinger i sygeplejen bl.a. ved hjælp af kommunikationsmodeller.

Første del af analysen

⁹ K. E. Løgstrup (1905 -1981) dansk filosof og teolog. Løgstrup skrev om filosofiske og religiøse emner, mest etik.

I dette analyseafsnit vil jeg svare på første del af min problemformulering. Jeg vil her undersøge hvilke forhold, der har indflydelse på patienternes kropsopfattelse ved hjertekarsygdom, for dermed at kunne belyse, hvordan sygeplejersken kan inddrage patientens bekymring i relation til hans eventuelle seksuelle problemer og derved yde en mere helhedsorienteret sygepleje. For at få en forståelse af begreberne en sund seksualitet og en helhedsorienteret sygepleje vil de blive præsenteret indledningsvis.

En sund seksualitet

Ifølge WHO¹⁰ er seksuel sundhed:

”en integration af de somatiske, emotionelle, intellektuelle og sociale aspekter af seksualiteten på måder, som positivt beriger og forstærker personlighed, kommunikation og kærlighed. (WHO, 1974, nr. 572).

Den brede definition af seksuel sundhed integrerer delelementer i forståelsen af det hele menneske i et biologisk, psykologisk og socialt perspektiv, idet seksuel lyst ikke blot er en fysiologisk proces, der skal udmunde i reproduktion. Seksualitet er væsentlig for udviklingen af en personlig identitet og indgår på forskellige måder i vores livsverden og involverer altså både kropslige, psykologiske og sociale momenter. (Graugaard et al. 2006, s. 9, Sigaard, 2003, s. 11, Lawler, 1996, s. 105). Seksualitet er en velforankret del af de fleste menneskers tilværelse, og de fleste beskriver en god seksuel oplevelse som andet og mere end blot en fysisk tilfredsstillelse; det er også en seksuel kontakt, der fungerer som en kanal for udveksling af følelser, kærtegn og intimitet. (Graugaard et al. 2006, s. 9-17). Seksualitet er en kilde til nærvær, en hjælp til restituering, lindrende og vigtig at opretholde for at bevare livskvaliteten. Ligeledes er det en potentiel kilde til styrkelse af stabilitet og meningsfuldhed i patientens turbulente liv. Seksuel lyst forsvinder heller ikke med alderen, tværtimod viser det sig, at størstedelen af de ældre mener, at livskvaliteten forstærkes af et aktivt seksualliv, og dette er med til at bevare gode relationer i forholdet. (Ibid. Hardin, 2007, s. 596).

En helhedsorienteret sygepleje

¹⁰ WHO, World Health Organisation er den ledende og koordinerende myndighed for sundhed i FN-systemet. Den er ansvarlig for at udvise lederskab på globale sundhedsspørgsmål, forme sundhed forskningsdagsorden, fastsætte normer og standarder, formulere evidensbaserede politiske muligheder, der yder teknisk støtte til lande og overvågning og vurdering af sundhedsmæssige tendenser. (<http://www.who.int/about/en/>)

Med til at yde en helhedsorienteret sygepleje omfatter det, at sygeplejersken ser på det *hele* menneske. Ifølge Graugaard et al. og Sigaard er mennesket en integreret helhed af forskellige dimensioner, som alle virker i et samspil. En del af helheden består af seksualiteten, og med et sygeplejefagligt udgangspunkt i det hele menneske er det umuligt at komme uden om menneskets seksualitet. Seksualiteten består som nævnt af bevægelige bio-psyko-sociale aspekter og påvirkes én del, påvirkes helheden. (Graugaard et al. 2006, s. 12, Sigaard, 2003, s. 46-47). For at efterstræbe at tænke det hele menneske ind i plejen, vil jeg anvende den bio-psyko-sociale model af George L. Engel i min analyse som støtte til at imødekomme patienten med en helhedsbetragtning. (Graugaard et al. 2006, s. 12-19). Den vil jeg præsentere i de følgende afsnit med udgangspunkt i den hjertesyg patient.

Den bio-psyko-sociale model

Den bio-psyko-sociale model er en generel model eller fremgangsmåde, der fremhæver biologiske, psykologiske og sociale faktorer. Alle dimensionerne spiller som nævnt en væsentlig rolle i menneskets funktion i forbindelse med sygdom. I analysen belyses først den biologiske dimension, herefter den psykologiske herunder begrebet body image, hvorefter der afsluttes med den sociale dimension.

Den biologiske dimension

Ved alvorlig eller kronisk sygdom kan den seksuelle funktion være påvirket af både specifikke og uspecifikke symptomer. Blandt hyppige specifikke symptomer ses impotens, forsinket sædafgang, nedsat lyst og hæmmet orgasme. Disse symptomer skyldes typiske fysiologiske årsager, som f.eks. arteriosklerose, der kan manifestere sig direkte i kønsorganerne, men også påvirkning af nerver, slimhinder og hormonsystem. (Graugaard et al. 2006, s. 14). Blandt uspecifikke symptomer oplever mange hjertepatienter søvnløshed, dyspnø, kvalme, træthed samt angina pectoris; forhold som er væsentlige for den seksuelle funktion, idet tilstandene bl.a. bevirker en indskrænkning af den fysiske formåen. Enhver påvirkning af kroppens funktion og udseende er med til at ændre patientens seksuelle overskud, lyst og kompetencer. (Graugaard et al. 2006, s. 14, Ramhøj et al, 2000, s. 700, Darmer, 2000, s. 7-20). Dette vil jeg undersøge nærmere i den psykologiske dimension.

Den psykologiske dimension

En livstruende sygdom er med til at aktivere stærke følelser, som kan være vanskelige at erkende, rumme og håndtere for både patient og partner. Mange hjertepatienter kan

forbigående eller permanent opleve modløshed, usikkerhed, vrede, angst og depression. For nogle kan sygdom give anledning til en længerevarende eksistentiel krise. (Darmer, 2000, s. 7-20, Hjerteforeningen, Graugaard et al. 2006, s. 14-15).

Med en pludseligt opstået hjertesygdom påvirkes selvopfattelsen for mange. Mange har svært ved at forstå, at nogen kan begære dem. Derfor kan de reagere i kortere eller længere perioder med seksuel afholdelse. Selv kærtegn kan virke invaderende og faretruende i et forbudt og angstfyldt erotisk felt. (Graugaard et al. 2006, s. 10-20). Samtidig oplever mange hjertepatienter frygt for at seksuelle aktiviteter kan forårsage et hjerteinfarkt eller pludselig død. (Graugaard et al. 2006, s. 200). Ifølge Lawler rammes manden på sin maskulinitet, når han rammes af sygdom. At være maskulin vil sige, at kroppen har en seksuel kraft, som kan bruges til at udtrykke manddommen. Mandlig seksualitet er, i modsætning til kvindens seksualitet, magtrettet og falloscentreret. Maskulinitet afhænger af en seksuelt potent krop, idet mandens penis er et symbol på og en kilde til magt. Derfor er impotens en højst stigmatiserende og stressende oplevelse for en del mænd, fordi evnen til at få erektion altså er et magtbekræftende symbol. (Lawler, 1996, s. 109-110).

Impotens kan altså medføre et lavt selvværd og manglende overskud, der igen fører til, at manden trækker sig fra seksuelt ladede situationer for at undgå fiaskoer. Depression er, som nævnt, en velkendt følge til hjertesygdom, og kan i sig selv give seksuelle dysfunktioner herunder impotens. En ond cirkel, der utvivlsomt har indflydelse på parforholdet og som kan føre til perioder med indadvendthed og social isolation. (Graugaard et al. 2006, s. 14-17). Nedsat selvværd og fornemmelsen af at være uattraktiv påvirker altså naturligt nok lyst og evne til social, intim og seksuel kontakt. Price anvender begrebet body image til at karakterisere den ændrede kropsovfattelse, patienterne kan opleve. Den finder jeg passende at integrere i den psykologiske dimension, da fænomenet handler om måden, vi fornemmer og opfatter vores krop på, når den bliver syg.

Body image

Body image er et mangetydigt begreb om kropsbillede og kropsovfattelsen. Body image har betydning for og påvirker de reaktioner, der kan komme, når et menneske udsættes for enten trussel om ændring af kroppen eller direkte kropsændringer. (Lyngaa, 1998, s. 87). Mange patienter med hjerteinsufficiens oplever en ændring af den fysiske krop. De er kroniske syge, men umiddelbart er der ingen, der kan se, at de er syge. Det er en usynlig sygdom, hvor man bare tager sin medicin. Patienterne skal leve med at deres krop er ændret

for altid i forhold til funktionsbegrænsning. De kan være plaget af angst og uro og må samtidig forholde sig til, at der kan ske ændringer i forhold til livet i sin helhed samt patientens opfattelse af egen identitet. (Lyngaa, 1998, s. 101, Darmer, 2000, s. 7-14). Bliver dele af kroppen ændret, eller opstår det tab af legemsfunktion, er der risiko for, at selvbilledet slår sprækker. (Hummelvoll, 1998, Sigaard, 2003).

At der er en sammenhæng mellem det fysiske, det psykiske, åndelige og personligheds-mæssige aspekter, fremgår allerede i Schilders teori fra 1935 som Price er inspireret af. Price har dog valgt at opdele begrebet i tre forskellige elementer. Opdelingen skal være en hjælp til at forstå kompleksiteten i begrebet og tager udgangspunkt i følgende citat fra hans bog:

"...body image is the way in which we perceive and feel about our body (body reality), how it responds to our command (body presentation) and includes an internal standard by which both are judged (body ideal)" (Price, 1990, s. 4, Lyngaa, 1998, s. 89).

Body image er altså måden, hvorpå vi opfatter og fornemmer vores krop. Det er kroppen, som den reelt ser ud (kropsrealitet), kroppen, som den præsenterer sig, og hvordan den reagerer på vores kommandoer (kropspræsentation), og til sidst kroppen, som man i det indre ser den (kropsideal). Heri ligger ligeledes den indre standard for, hvorledes kropsrealiteten og fremtoningen er vurderet. Body image er ikke kun billedet af den fysiske krop og den personlige opfattelse af dette billede. Det er også de personlige følelser af positiv eller negativ art, der har indflydelse på personen og dennes adfærd. Alle disse elementer er af betydning for helheden, for den måde, hvorpå vi opfatter vores kropsbillede. (Lyngaa, 1998, s. 89, Darmer, 2000, s. 27). Sygdom kan pludselig ændre kropsrealitet og kropspræsentation, og kan medføre et ændret kropsideal for at opnå en ny balance. Man kan have et realistisk kropsideal, hvor man ser den krop, man reelt har. Kroppens udseende har ikke nødvendigvis den højeste værdi, men individet sætter i stedet pris på de andre værdier end det at have en smuk krop. Det er meget individuelt, hvilken betydning opfattelsen af kropsbilledet har for den enkelte. Ligeledes er reaktionerne på kropsændringer forskellige fra person til person. Reaktionerne viser sig ofte i de overgange, hvor ændringerne sker, og det er hyppigst i de situationer, sygeplejersken møder patienten. (Lyngaa, 1998, s. 95-97).

Hvis der på baggrund af sygdom og behandling fremkommer ændringer hos en person, der har et urealistisk kropsideal, kan det afstedkomme kriselignende tilstande som ved udvikling af depression og fornægtelse af de ændringer, der er forekommet. Ændringer, der

kan have indflydelse på og konsekvenser for seksualitet og samliv og dermed indflydelse på patientens sociale relationer. (Lyngaa, 1998, s. 95-97, Darmer, 2000, s. 28, Price, 2000). Det fører os tilbage til det sidste element af Engels bio-psyko-sociale dimension.

Den sociale dimension

Den sociale dimension involverer både patientens arbejdsliv, netværk og parforhold. Ved kronisk sygdom oplever mange erhvervsaktive patienter en angstprovokerende status og et identitetstab, der kan være udløst af sygemeldinger, ledighed eller førtidspension. (Graugaard et al. 2006, s. 17, Simonsen, 2006, 16-69). Graugaard et al. skriver, at det at blive syg opfatter mange patienter som en falliterklæring, og mange trækker sig i kortere eller længere tid fra seksuel kontakt. At afholde sig fra seksuel kontakt på grund af manglende overskud, lyst og et forstyrret kropsbillede kan påvirke og ødelægge et ellers velfungerende parforhold. Ifølge Simonsen opstår der en *social distancing* i forhold til ægtefællen, idet manden bruger mange kræfter på at opretholde sin maskulinitet over for hende. (Simonsen, 2006, 16-23). Ifølge Lawler kan dette begrundes med, at den mandlige patient, som er af det dominerende og planlæggende køn, opfatter sygdom som tab af kontrol og dermed tab af mandighed, idet han som sårbar og måske fysisk svækket må erkende sin afhængighed af hjælp og overlade ekspertise og kontrol til andre. (Lawler, 1996, s. 96-98). Graugaard et al. mener dertil, at patienten i stedet må erkende, at der kan ske et skift i parrets indgroede rollefordeling i en kortere eller længevarende periode. Manden, der tidligere var den initiativrige og udadvendte, bliver måske tilbageholdende og sky. Han, der tidligere satte dagsordener i og uden for sengen, er nu blevet sårbar og hjælpeløs. Er den mandlige patient ikke længere i stand til at tage det seksuelle initiativ, kan situationen virke "kastrende" og opslidende for begge parter. For mange par er det tilmed uvant overhovedet at tale om sexlivet. Ændringer i rolle- og magtfordelingen sætter parforholdet på prøve, og parret tvinges til nyorientering. (Graugaard et al. 2006, s. 18).

Analysen af den bio-psyko-sociale model viser, at der er mange aspekter, der har indflydelse på patientens opfattelse af krop og seksualitet og idet vi som sygeplejersker ofte står nærmest den syge, bør vi ikke lade patienterne stå alene med potentielle og komplekse seksuelle problemstillinger. Sygeplejersken har en afgørende rolle i forhold til at støtte patienten i at bevare en realistisk kropsopfattelse og dermed en sund seksualitet. Så for at kunne inddrage patientens bekymringer i forhold til seksuelle problemstillinger, kræver det altså, at sygeplejersken har viden om de forskellige dimensioner. Ligeså vigtigt er det, at

der er opbygget en tillid i relationen mellem patient og sygeplejerske. (Sigaard, 2003, s. 51, Lindholm, 2002). Det vil jeg undersøge nærmere i næste afsnit.

Tillid

Tillid er et centralt begreb hos Martinsen. Hun anvender Løgstrups forståelse af begrebet, hvor tillid er en del af det, han kalder livsytringerne. Livsytringerne er ifølge Løgstrup en betingelse for menneskernes liv, og de er givet mellem os mennesker. De er født "etiske", det vil sige, at de altid er gode og ikke skal begrundes. Ifølge Martinsen er tillid en grundlæggende værdi, som er et vigtig fundament i sygeplejen. Når patienten viser tillid, udleverer han sig selv, hvilket kræver, at sygeplejersken imødekommer ham, for ellers opstår der mistillid. I begyndelsen af mødet mellem sygeplejerske og patient er tillid præget af gensidige forbehold, som sygeplejersken skal have respekt for, hvorfor sygeplejersken skal gøre sig værdig til at modtage patientens tillid. Sigaard mener tillige, at vise tillid i form af at dele et seksuelt problem med en sygeplejerske er ensbetydende med, at patienten udleverer en meget privat del af sig selv. Dette kan være anledningen til, at patienter kan finde det svært selv at tage initiativ til at tale om problemet. (Sigaard, 2003, s. 51). Deraf kan man udlede, at skulle en patient komme til sygeplejersken med seksuelle problemer, vil mangel på viden og sprog, som en sygeplejerske nævnte i min klinik, kunne medføre, at patienten kan føle sig blottet, og tilliden kunne ændres til mistillid og forlegenhed for begge parter. Ifølge Martinsen skal sygeplejersken imødekomme patienten med oprigtig interesse og, for at tilliden kan vokse mellem sygeplejerske og patienten, må sygeplejersken følge sin intuition. (Martinsen, 1990, s. 183-190, Martinsen, 1994, s. 158-159, Sigaard, 2003, s. 50, s. 78). Martinsen mener, at sygeplejersken skal anvende det faglige skøn, og at dette opbygges med erfaringen. (Martinsen, 1994, s. 143-153). Det faglige skøn vil jeg uddybe i det næste afsnit.

Det faglige skøn

Det faglige skøn består af et tydningsarbejde, hvori der indgår en naturlig sansning, som består af sanser og erfaring samt fagkundskab, som består af begreber og regler, hvor viden bliver klassificeret og generaliseret. Det faglige skøn kan bidrage til den gode sygepleje, da det åbner op for den naturlige sansning og erfaring. Det faglige skøn er ligeledes med til at modvirke, at plejen bliver enten omklamrende eller formynderisk. (Martinsen, 1994, s. 143-153). Sigaard skriver, at i relation til seksualitet er det ikke ualmindeligt, at en sygeplejerske fornemmer et seksuelt problem, når hun anvender sit faglige skøn, men hvis

hun ikke har den nødvendige viden og erfaring i at håndtere seksuelle problemstillinger, er det sandsynligt, at hun ikke handler i situationen. Dette kan ifølge Sigaard betragtes som mangel på omsorg og nærmere som en formynderisk handling, fordi sygeplejersken tager en beslutning uden om patienten. Handlingen udspringer af manglende viden og ikke af ond vilje, men resultatet bliver det samme. (Sigaard, 2003, s. 50). Dette fører mig til næste afsnit om magten i relationen.

Magten i relationen

Stat og kirke har haft en enorm magt over menneskets seksualitet, en magt, som blev brugt til at undertrykke og skabe forbud. (Sigaard, 2003, s. 10-15). Ifølge Sigaard, har sygeplejersker været med til at udøve den magt, idet de som en del af tidsånden ikke havde den fornødne viden om seksualitet. Det har medført, at patienternes seksualitet bliver undertrykt, hvilket jo faktisk står i modsætning til sygeplejerskens ønske om at yde en helhedsorienteret pleje. (Sigaard, 2003, s. 51). I relation til et seksuelt problem kan man forestille sig, at hvis sygeplejersken ikke er fagligt rustet til at hjælpe patienten, kan resultatet blive en bevidst udeladelse, en *undladelsens synd* ifølge Martinsen. Martinsen skriver, at magt kan komme til udtryk som et overgreb forstået som en formynderisk handling, eller det kan være i form af eftergivenhed - forstået som en bevidst udeladelse. (Martinsen, 1990, Sigaard, 2003, s. 51). I forhold til patienten med hjertesygdom kan formynderi opstå, hvis sygeplejersken tvinger patienten til at tale om sin seksualitet på baggrund af sygeplejerskens faglige pligt og kliniske retningslinjer. Dertil mener Martinsen, at svag paternalisme er ideel for sygeplejen, da sygeplejersken har en faglig viden, som hun skal anvende til at vurdere, hvornår det er til patientens bedste at inddrage ham i beslutningsprocesser. (Martinsen, 1990, s. 191-192, 202-203). Hun mener derved, at patienten skal være deltagende i relationen, såfremt det er gavnligt for ham. Endvidere skriver hun, at sygeplejersken skal lægge forholdene således til rette, at patienten kan være med til at bestemme sin situation. (Martinsen, 1990, s. 205-208).

Litteraturen viser, at der er nødvendigt at opbygge en tillidsfuld relation til patienten, at sygeplejersken anvender det faglige skøn og, at hun er bevidst om magten i relationen for at tale om seksualitet med patienten. Næste afsnit vil afslutningsvis konkretisere, hvordan sygeplejersken kan inddrage patientens bekymringer i relation til mulige seksuelle problemstillinger ved at give tilladelse til samtale.

At give tilladelse

Lyngaa skriver, at igennem samtaler kan sygeplejersken identificere patientens oplevelser og problemets omfang. Graugaard et al. skriver tilsvarende, at et fyldestgørende første skridt indebærer at give patienten lejlighed til at sætte ord på sygdommens indflydelse på seksualiteten og tilkendegive, at emnet er relevant og naturligt. Dette kan kun ske igennem dialog. Faktisk forventes kun få og beskedne midler for at kunne inddrage samtale om seksualitet i plejen. Det handler om at give tilladelse verbalt eller nonverbalt, og til dette præsenterer han den amerikanske psykolog Jack Annons PLISSIT-model fra 1976. (Bilag 3). Ved at åbne døren for samtale om seksuelle problemstillinger oplever de fleste patienter en lettelse og taknemmelighed, - og nogle vælger endda at åbne døren yderligere. Som sygeplejerske vil man opleve, at det kan blive en succesoplevelse, fordi man føler, at man gjorde en vigtig forskel for patienten. (Lindholm, 2002). For at kunne åbne døren og tage initiativ må sygeplejersken tage selverkendelsesbriller på og se nærmere på sine egne reaktions- og handlemåder som de f.eks. kan opleves under den seksuelle samtale. Sygeplejersken skal som nævnt finde et sprog, som patienten forstår, og som respekterer hendes egne grænser. Informationer om seksualitet skal ligeledes tilpasses den enkelte for at øge patientens viden, give større indsigt og herved styrke patientens selvtillid og genskabe balance i patientens liv. (Lyngaa, 2003, s. 103). Endvidere må sygeplejersken bearbejde holdninger og blokeringer og – lige så vigtigt - tilegne sig viden om seksualitet. Det handler om at få sat fokus på seksualitet i sygeplejen på afdelingen, skabe interesse og få ændret vaner og traditioner. (Ibid.). Martinsen mener, at "sygeplejersken står nær patientens sårbarhed og berørthed, og som menneske er hun dermed også nær sin egen sårbarhed og berørthed. (Martinsen, 2000, Sigaard, 2003, s. 70). Sigaard skriver dertil, at sårbarhed og berørthed udvides i situationer med seksuelle problemstillinger, da det at beskæftige sig professionelt med et andet menneskes seksualitet uundgåeligt fører til en refleksion over egen seksualitet. (Sigaard, 2003, s. 70). Der er derfor brug for en adskillelse af privat og faglig opfattelse af seksualitet. Det er derfor nødvendigt med mere åbenhed omkring seksualitet - både i relation til patienten og i høj grad også sygeplejerskerne imellem. (Sigaard, 2003, s. 56). Både Lawler og Sigaard mener, at for at kunne hjælpe patienten, må sygeplejersken først og fremmest lære at overvinde sin egen forlegenhed. (Sigaard, 2003, s. 70, Lawler, 1996, s. 86-102). Det vil jeg undersøge nærmere i anden del af analysen.

Opsummerende viser litteraturen, at sygeplejersken skal være vidende om de forskellige dimensioners indvirkning på det hele menneske, men også, at tillid, det faglige skøn og et øje for magten i forholdet er essentielle elementer for at kunne inddrage patientens eventuelle

bekymringer i relation til seksualitet i den helhedsorienterede sygepleje. Hvilke forhold der så er afgørende for, om sygeplejersken inddrager seksualitet i samtalen, vil jeg undersøge i opgavens andet analyseafsnit.

Anden del af analysen

I dette afsnit jeg ønsker at undersøge, hvilke forhold der kan gøre sig gældende, når sygeplejersken finder det svært at tale om seksualitet. Det gøres indledningsvist ved at belyse samfundets opfattelse af seksualitet i et historisk perspektiv.

Samfundets opfattelse af seksualitet set i et historisk perspektiv

Der er igennem tiden sket en stor udvikling i samfundets holdning til seksualitet. Helt tilbage til 1600-tallet frem til Viktoriatiden i 1837 til 1901, hvor Florence Nightingale udøvede og organiserede sygeplejen, var den "viktorske" holdning til seksualitet præget af snerperi, undertrykkelse og aseksualitet. I denne tid udvikles skam og forlegenhed omkring kropsfunktioner, herunder seksualiteten. (Sigaard, 2003, s. 10-15, Lawler, 1996, s. 86-102). Historisk var det utænkeligt, at sygepleje kunne indeholde seksuelle elementer, da tendenserne og normerne i samfundet gjorde, at seksualitet var noget, man ikke talte om. (Sigaard, 2003, s. 24). Man kan diskutere, om det var kirken eller staten, som i form af forbud og doktriner var årsag til den seksuelle undertrykkelse. Men kristendommen formaner kroppen til en ting, som må kontrolleres med hensyn til seksualitet, seksuel adfærd og seksuel udtryk. Seksualitet gøres privat og tabuiseret. (Ibid.).

Under 1. og 2. Verdenskrig var hovedformålet med det seksuelle reproduktion og emnet forbeholdt kunstnere og forfattere, men i det 19-århundrede blev seksualitet for alvor sprogliggjort og med Freuds¹¹ teorier om seksualitetens betydning for menneskets personlighedsudvikling som værende en naturlig drift fra livets start, udvikledes et væsentlig mere nuanceret og dynamisk billede end nogensinde tidligere. (Sigaard, 2003, s. 15). Med kvindefrigørelsen i 1960'erne kom krav om seksuel frigørelse og åbenhed. Kønsrollerne ændrede sig, og i takt hermed ændredes også holdningen til ægteskab og kernefamilie. (Sigaard, 2003, s. 15).

I løbet af det seneste århundrede er seksuel lyst i stigende grad blevet frigjort fra reproduktion og ægteskab og er i dag en selvstændig kilde til fornøjelse, velvære,

¹¹ Sigmund Freud (1856-1939). Grundlægger af psykoanalysen der både rummer en teori om den menneskelige psyke og en behandlingsmetode.

bekræftelse, nærhed, social kommunikation og personlig vækst. (Sigaard, 2003, s. 10-15, Graugaard et al. 2006, s. 9). Men selv om samfundet i dag bevæger sig mod en mere markant liberalisering af kroppen og seksualiteten, kan samtale om sex stadig gøre os forlegne, skamfulde og usikre. (Lindholm, 2002). Ifølge Lawler har civiliseringen medført, at seksuelle sider af livet er blevet en privatsag. Seksualitet og seksuel adfærd er produkter af et indbyrdes forhold mellem biologi og kultur. Det vil sige, at menneskets seksualitet primært er knyttet til vores køn indbyrdes, samt hvordan vi i vores kultur er opdraget til at forholde os til den. (Lawler, 1996, s. 96-122). Deraf kan man udlede, at sygeplejerskens opfattelse af seksualitet vil tage udgangspunkt i hendes kulturelle baggrund, og at hun vil agere i forhold til denne, afhængig af hvad der er passende i forhold til normen. Både Foucault¹² og Løgstrup mener, at seksualiteten ikke eksisterer af sig selv, men at den skabes af tidens holdninger og derved tilpasses af individet. Sygeplejen udspringer og præges af samfundet og holdningen til seksualitet vil derfor kunne afspejles i sygeplejen. (Løgstrup, 1972, Foucault, 1994, Sigaard, 2003, s. 12-16).

Men selv om samfundets opfattelse af seksualitet har ændret sig betydeligt siden Viktoriatiden, tyder det på at samtale om seksualitet stadig er præget af tabu og forlegenhed. Dette vil jeg undersøge nærmere i næste afsnit.

Tabu og forlegenhed

I en artikelsamling om, at *"Sygeplejersker forsømmer at tale om sex med patienterne"* i tidsskriftet Sygeplejersken 2007 står, at selv om sygeplejersken er vidende om, at seksualitet er et vigtigt aspekt af begrebet livskvalitet, er samtale om seksualitet stadig et prekært og ømtåleligt emne, som kan udløse rødme, usikkerhed og forlegenhed. Artiklen refererer til undersøgelsen fra Analyseinstituttet Danmark, som jeg præsenterede i indledningen. De interviewede sygeplejerskerne mener, at der eksisterer et 'tovejstabu' og at patienternes sexliv er et tabubelagt område. Samtidig er halvdelen af sygeplejerskerne af den overbevisning, at det er patienterne, der oplever det som tabubelagt at tale om sex med sygeplejerskerne. (Sommer, 2007, s. 22). Graugaard skriver dertil, at tovejstabet betyder, at sygeplejersker og patienter fastholder hinanden gensidigt i en uhensigtsmæssig forestilling om, at den anden ikke vil tale om emnet. Der viser sig faktisk ofte, at det er sygeplejerskerne, der gemmer sig bag patienternes formodede ubehag. (Sommer, 2007, s.

¹² Michel Foucault (1926 -1984) fransk filosof og professor. Forfatter til: *Histoire de la sexualité* Seksualitetens historie, udgivet i 1994 hvor han gør op med synet på krop og seksualitet.

22, Graugaard et al. 2006, s. 20). Dette ubehag kan man formode kan afstedkomme af samfundets tabuisering af seksualitet og er med til at skabe følelsen af forlegenhed. Et studie blandt danske kræftpatienter viser, at begrundelsen til, at sygeplejersker undgår at tale om seksualitet, er sygeplejerskernes egen blufærdighed og deres hensyn til patienten. Mange undgår at tale om seksualitet på grund af forlegenhed, men også manglende viden eller frygt for at overskride faglige kompetencer kan være bevæggrunde, og det bekræfter det, sygeplejerskerne udtalte i min klinik. (Lindholm, 2002). Lawler skriver, at vores samfund har gjort kroppen og kroppens funktioner til noget meget privat. Når sygeplejersken skal tale om kroppens funktioner, herunder seksualitet, konfronteres hun med de samfundsbestemte private tabuiserede områder af kroppen, og det kan skabe forlegenhed for såvel sygeplejersken som for patienten, idet plejesituationen bryder de almindelige sociale regler. De sociale regler kommer af, som Lawler skriver, at vi i vesten lever i et patriarkalsk samfund, hvor vi historisk set er opdraget til, at mænd og kvinder har en forskellig seksualitet. Seksualitet er en del af et socialt liv, hvor manden opfattes som den dominerende og planlæggende, og hvor kvinden er den passive og modtagende. (Lawler, 1996, s. 97-107). De sociale regler brydes, når den kvindelige sygeplejerske, der normalt er den passive og modtagende, tager initiativ til samtale om seksuelle problemstillinger. Rollerne byttes pludseligt om. (Graugaard et al. 2006, s. 18, Lawler, 1996, s. 97-107). Problematikken omkring det at tale om seksualitet, ligger altså i den socialt konstruerede kønsopfattelse, hvor mænd og kvinders opfattelse af seksualitet og seksuel adfærd er forskellige, og det er med til at skabe forlegenhed. (Lawler, 1996, s. 96-105). Ifølge Lawler er forlegenhed en ubehagelig følelse, som kommer til udtryk, når sygeplejersken intimiderer patientens privatliv og intimsfære. Forlegenhed er et stærkt middel til kontrol og en højst ubehagelig psykologisk tilstand, som kan føre til en betydelig opløsende virkning på det sociale samspil i den mellem menneskelige relation. De sociale regler er altså fundamentale for forlegenhed og ses, når de sociale regler brydes. (Lawler, 1996, s. 144-161). En væsentlig del af sygeplejerskens opfattelse af forlegenhed er ligeledes forestillingen om patientens sårbarhed, afhængighed og sociale ubehag. Sygeplejersken betragter derfor forlegenhed som en følge af et utilstrækkelig værn af patientens privatliv, og dertil hører, hvordan patienterne reagerer, når de oplever fysiske ændringer i kroppen. (Ibid.). Sigaard skriver, at når en sygeplejerske finder det svært og grænseoverskridende at tale om sex, kan det skyldes at, hun identificerer sig som den, der er skyld i forlegenheden i situationen. Hun intimiderer patientens urørlighedszone, og det

strider mod hendes grundlæggende opfattelse af, hvad god sygepleje er. (Lawler, 1996, kap. 4, Sigaard, 1998, s. 70). For at få en forståelse af urørlighedszonens betydning, vil jeg derfor uddybe den nærmere i analysens sidste afsnit.

Urørlighedszonen

Kari Martinsen skriver, at videnskaben, har afkodet (næsten) alle kroppens hemmeligheder, og derfor bliver kroppen ikke længere betragtet som hellig. Dette bevirker, at den moderne krop "råber på beskyttelse, værn og grænser". (Martinsen, 2000, Sigaard, s. 70). Sigaard referer til Løgstrup der mener, at alle mennesker gør krav på en urørlighedszone, som er et usynligt område, der omkranser den enkelte patient. Den inderste del af zonen, kaldet grænsen, kan beskrives som den endelige afskærmning og beskyttelse af patient. Sygeplejen har som fag tradition for at bevæge sig inde i denne urørlighedszone. Zoner og grænser varierer i placering fra menneske til menneske, afhængig af hvilken situation og relation man befinder sig i. Normalt respekterer man hinandens zoner og grænser, men respekteres disse ikke, kan det medføre uhensigtsmæssigt og pinligt samvær og dermed forårsage følelse af forlegenhed. (Løgstrup 1972, Sigaard, 2003, s. 70). Ifølge Løgstrup giver sygeplejerskens uniform tilladelse til at berøre urørlighedszonen. Lawlers somologiske begreber, som også beskrives som et 'tavst regelsæt', er med til at skabe en ramme, så sygeplejersken kan bevæge sig tæt på grænserne, og i langt de fleste tilfælde kan denne invadering af zonen føles acceptabel. Sygeplejersken kan dermed udøve handlinger, som under normale omstændigheder bryder med de normale sociale regler og det, som kan være stærkt grænseoverskridende for begge parter. (Løgstrup, 1972, Sigaard, 2003, s. 70, Lawler, 1996, s. 160, Lomborg, 1994, s.1). Graugaard et al. skriver ligeledes, at sygeplejersken skal have respekt for, at patienten kan være længe om at åbne sig, for at hans personlige grænse ikke overtrædes. Samtidig skal patienten føle, at seksualitet er relevant og naturligt at tale om, og vi er som sygeplejersker ansvarlige for at skabe rum og åbne op for samtale. For at respektere patientens grænser, bør man ligeledes aldrig presse på, hvis patienten udtrykker modvilje verbalt eller nonverbalt. (Graugaard et al. 2006, s. 10-20). Sigaard skriver ligeledes, at i en rigtig omsorgsrelation er det vigtigt, at begge parter har respekt for den anden og for dennes og egne grænser, Afslutningsvis mener Graugaard et al. at det er behandlerens ansvar, herunder sygeplejerskens, at bringe seksualiteten på banen, og argumenter om, at der skal tages hensyn til patientens grænser og integritet i denne sammenhæng, retfærdiggøres ikke, hvis vi ser på undersøgelserne. (Graugaard et al.

2006, s. 20).

Opsummerende viser det sig altså, at samfundet og den kulturelle baggrund har en væsentlig indflydelse på opfattelse af seksualitet og med til at skabe tabu og forlegenhed i relationerne. Det er sygeplejerskens ansvar at inddrage samtale om seksualitet trods hendes forlegenhed, men ved hjælp af uniformen og Lawlers 'tavse regelsæt' kan forlegenhed mindskes og urørlighedszonen mere legitimt berøres.

Konklusion

Denne opgave har til formål først, at undersøge hvordan sygeplejersken kan inddrage patienternes bekymring i relation til deres seksualitet ved hjertesygdom og dermed yde en mere helhedsorienteret sygepleje.

Patienter med hjertekarsygdom udgør en stor del af befolkningen og undersøgelserne viser, at det er relevant og vigtigt at inddrage seksualitet i sygeplejen af både terapeutiske og palliative grunde. For at dette er muligt, er sygeplejersken nødsaget til først og fremmest at erhverve sig viden om, hvilke aspekter der har indflydelse på hjertekarsygdom og seksualitet. Litteraturen viser, at det er vigtigt at inddrage både et biologisk, psykologisk og socialt perspektiv for at yde en helhedsorienteret pleje, og i hvert perspektiv er seksualitet uundgåeligt for den hjertesygge patient. Derfor bør den bio-psyko-sociale model integreres i en helhedsorienteret sygepleje. Sygeplejersken må endvidere være bevidst om, at patientens opfattelse af krop har stor indflydelse på seksualiteten; det betyder at sygeplejersken skal kunne forstå og hjælpe patienten til at bearbejde og rumme de oplevelser og opfattelser, ændringer kan medføre. Det er derfor vigtigt, at sygeplejersken kender til reaktionerne og baggrunden for deres opståen. Vi er som sygeplejersker ansvarlige for pleje og omsorg og derfor også ansvarlige for at vide, hvilken indflydelse opfattelsen af kropsbilledet har på mennesker. Det kræver et dybtgående kendskab til og viden om de menneskelige reaktioner og de konsekvenser, de kan medføre.

Vi kan ikke forvente, at patienten har mod og overskud til selv at tage initiativ til samtale om seksuelle problemstillinger, og derfor er det vores ansvar som sygeplejerske at skabe et rum for patient og partner, hvori det er tilladt at frembringe bekymringer af seksuel og samlivsmæssig relevans. For at dette er muligt, må der opbygges en tillid i relationen, som er et fundamentalt element i sygeplejen. Dette gøres bl.a. ved hjælp af imødekommenhed og ved at vise en oprigtig interesse for patienten. Samtidig skal sygeplejersken være bevidst om og respektere patientens grænser, og dette kan gøres ved hjælp af det faglige skøn, som

oparbejdes igennem erfaring. Med det faglige skøn kan sygeplejersken fornemme og sanse, om seksualitet er relevant for patienten. Ligeledes er det vigtigt, at sygeplejersken inddrager patienten og giver ham medbestemmelse for at mindske magten i relationen ved hjælp af svag paternalisme.

Det tyder på, at sygeplejerskerne mangler viden på området, og dette er afgørende for, om samtale om seksualitet indgår i plejen. Et fyldestgørende første skridt indebærer altså, at give patienten lejlighed til at sætte ord på sygdommens indflydelse på seksualitet og tilkendegive, at emnet er relevant og naturligt. Dette kan kun ske igennem dialog. Faktisk forventes kun få og beskedne midler for at kunne inddrage seksualitet i samtalen med patienten. Det handler om at give tilladelse verbalt eller nonverbalt. Dette kan gøres ved hjælp af PLISSIT-modellen. For at kunne hjælpe og støtte patienten må sygeplejersken altså være i besiddelse af viden om alle de aspekter, der har indvirkning på hjertekarsygdoms seksualitet og samliv. Ligeså vigtig er det, at sygeplejersken må gøre op med sin egen seksualitet og fordomme.

I anden del af problemformuleringen ønskede jeg at undersøge, hvilke faktorer der kan gøre sig gældende, når sygeplejersken finder det svært at tale om seksualitet. Litteraturen viser, at seksualiteten har en lang og indviklet historie, som fortæller om skiftende samfundsforhold, skiftende holdninger til emnet og om relationer mellem kønnene. Sygeplejen udspringer og afspejler holdninger i samfundet, der vil komme til udtryk over for patienten. Mennesket er stadig påvirket af tabuisering og forlegenhed, især når man taler kønsroller. At arbejde med seksualitet i sygeplejen kan afstedkomme følelser, som er uvante og for nogle sygeplejersker skaber forlegenhed. Man kan ikke komme uden om, at der kan opstå forlegenhed i relationen mellem sygeplejerske og patient, idet emnet stadig er tabuiseret trods den mere liberaliserede opfattelse af seksualitet i samfundet. En af årsagerne hertil er, at opfattelsen af seksualitet er dybt forankret i os mennesker i alle perspektiver, og den læres gennem vores kulturelle dannelse. På trods af en professionel uddannelse kan det opleves svært at bryde med de traditionelle normer eller de sociale regler. Når sygeplejersken bryder de sociale regler, oplever hun en forlegenhed, der gør hende utilpas, idet hun overskrider grænserne for, hvad der findes acceptabelt i samfundet. Ved samtale om seksualitet bevæger sygeplejersker sig i en urørlighedszone, hvor denne 'invadering' kan forårsage forlegenhed. Sygeplejersker betragter forlegenhed som et resultat af et utilstrækkeligt værn mod patienten. De har derfor svært ved at påtage sig den rolle at være den, der gør patienten forlegen, fordi det strider imod, hvad god sygepleje er. Men ved

hjælp af uniformen og de somologiske begreber kan forlegenhed mindskes. Men det fordrer, at man kender til begreberne og anvender dem i sygeplejen.

Til at bryde tabuisering og mindske forlegenhed og dermed yde en mere helhedsorienteret sygepleje, viser mit litteraturstudie, at viden, tillid, et fagligt skøn og øje for magten er forudsætninger, sygeplejersken må være bevidst om og opøve, for at kunne give tilladelse til samtale om seksualitet og derved mere legitimt berøre urørlighedszonen. Alle elementer må indgå i en interaktion, kongruent med den hermeneutiske cirkel, hvor der cirkuleres mellem del og helhed. Alle dele er gensidige afhængige af hinanden i en helhedsorienteret sygepleje og det er det, der er ønsket med denne opgave.

Kritik af metode og teori

Denne opgave er et litteraturstudie. Litteraturstudier bør ses på med kritiske øjne, idet den generelle ulempe er, at data er nedskrevet eller samlet ind med andre formål end min aktuelle problemstilling. En mulig bias er, at jeg har benyttet mig af empiri, jeg ikke har indsamlet selv. Som modsvar på dette kunne jeg have udarbejdet min egen kvalitative undersøgelse, hvor jeg havde interviewet patientens egen opfattelse af sygdom og krop i forhold til seksualitet.

Graugaard et als teori har været til stor inspiration undervejs i undervisningen og i min skriveproces. Teorien er nutidig og let at forstå. Graugaard et al. forholder sig til den forlegenhed, der kan opstå i samtalen og bidrager med løsningsmodeller til at gøre op med tabuet. Ved hjælp af Graugaards præsentation af Engels bio-psyko-sociale model og Prices begreb om body image gives et billede af patientens perspektiv og dermed hvilke forudsætninger der forventes af sygeplejersken, til hvordan hun kan tænke det hele menneske ind i sygeplejen. Jeg mener dog at modellen skal suppleres med en omsorgsdimension, idet den ikke beskriver konkret, hvordan vi kan tænke omsorg ind i sygeplejen ude i praksis. Som supplement til modellen har jeg derfor inddraget teori af forskellige sygeplejeteoretikere, der inddrager et omsorgsperspektiv.

Darmers afhandling omhandlede ikke seksualitet direkte, men inddrog patientens perspektiv i forhold til kropsopfattelse. Hendes kvalitative undersøgelse gav et godt indblik i patientens opfattelse ved hjælp af Prices teori om body image. Til at belyse sygeplejerskens perspektiv i forhold til seksualitet, gjorde Lawlers teori sig anvendelig trods den geografiske forskel. Hendes somologiske begreber er en god hjælp til at forholde sig til og formindske den forlegenhed der kan opstå i sygeplejen. Ligeledes har hendes

beskrivelse af seksualitet, de sociale regler, rollerne i forholdet samt konsekvenser af impotens været meget berigende til opgavens analyse.

Kari Martinsens teori om omsorg i sygeplejen er meget inspirerende idet hendes filosofi om tillid, faglige skøn og magt er fundamentale begreber i en helhedsorienteret sygepleje. Hendes teori er dog umiddelbart ikke let læselig, da den bærer præg af et meget filosofisk og religiøst sprog. Men Lene Sigaards bog har været behjælpelig til at forstå Martinsen. Ligeledes er de mange eksempler og de forskellige modeller, som Sigaard beskriver, inspirerende til, hvordan man kan inddrage samtale om seksualitet i sygeplejen.

Jeg har fundet frem til, at der generelt mangler flere kvalitative undersøgelser, der belyser fænomenologiske aspekter af hjertesygdommens indflydelse på krop, køn, psyke, identitet og sociale relationer. Undersøgelser med livskvalitet og seksuelle aspekter savnes ligeledes. Bortset fra dette mener jeg, at variationen af min indhentede teori og undersøgelser i forhold til videnskabsteoretiske positioner, har været behjælpelige til at belyse min problemstilling fra flere forskellige vinkler og dermed være med til at udvide og uddybe min forståelseshorisont.

Diskussion

Igennem mit arbejde med denne opgave har jeg fået kendskab til mange nye aspekter og sygeplejefaglige begreber, der gør sig gældende, når man skal tænke en helhedsorienteret sygepleje. Lawler og Martinsen mener, at den erfarne sygeplejerske vil kunne mestre forlegenhed i situationer bedre end den nyuddannede. Min umiddelbare erfaring er dog, at alder og ekspertise ikke er afgørende, i forhold til at tale om seksualitet, når man ser på sygeplejerskerne i min klinik, der alle havde mere end 6 års erfaring. Det er først inden for de sidste 1,5 år, at der er uddannet sygeplejersker, der er undervist i seksualitet på skolen. Man kan formode, at de har mere viden og har udviklet flere redskaber på området frem for den erfarne sygeplejerske. Dog er den erfarne sygeplejerske uden tvivl i besiddelse af andre kvalifikationer, så den vej rundt mener jeg, at vi kan bruge hinanden gensidigt.

Det er vigtigt også at nævne, at seksualitet ikke bør inddrages for enhver pris i plejen. I forhold til en situation med en hjertesyg mand, der forinden indlæggelsen har mistet sin hustru, synes det vigtigt, at skønne at hans fokus ligger naturligt nok andetsteds. Der kan jeg give Martinsen ret i, at dokumentation og skemaer må komme i anden række, for ikke at skabe mistillid og tilsidesætte omsorg. Derved mener jeg, at sygeplejersken til tider må tilsidesætte dokumentationen til gavn for patienten, trods skrevne retningslinjer og pligter.

Det er tilmed væsentligt at inddrage det aspekt, at det tager tid at opbygge en tillidsfuld relation til en patient, og dette kan have stor indflydelse på, at sygeplejerskerne i min klinik fandt det svært at inddrage seksualitet i samtalen, idet den normale indlæggelsestid kun strækker sig over 3 dage. Dette belyser vigtigheden af, at patienten tilbydes et rehabiliteringsforløb, hvor patienten støttes og følges over en længere periode efter udskrivelsen, og hvor samtale om seksualitet er en integreret del af forløbet.

Perspektivering

For at skabe rum til samtale om seksualitet i sygeplejen er det nødvendigt at skabe fokus og bryde med traditioner på afdelingen. Jeg mener, det er afdelingens ansvar at sikre, at de enkelte medarbejdere får tilstrækkelig viden på området, og at der findes en kultur på afdelingen, hvor det seksuelle perspektiv medtænkes. Initiativet kan udspringe af ildsjæle blandt de ansatte, der udarbejder skriftlig og mundtlig information, opdaterer rådgivningstilbud og henvisningsmuligheder. Herunder kan der afholdes temadage, hvor der inviteres specialister på området, og hvor de deltagende laver øvelser i samtale om seksuelle problemstillinger og efterfølgende refleksion. Alt sammen med det formål at indhente viden og gøre op med sin egen seksualitet og egne fordomme.

Et andet fremadrettet tiltag kan ligge i, at der i indkaldelsesbrevet til patienterne står skrevet hvilke emner, der vil blive berørt under indlæggelse herunder seksualitet. Hjerteforeningen har også udarbejdet en pjece om seksualitet og samliv, som patienten ligeledes kan modtage inden indlæggelsen, så han kan forberede sig på eventuelle spørgsmål. Dette vil bevirke, at samtalen om seksuelle problemstillinger, ikke kommer som en overraskelse, og at emnet opfattes som naturligt og relevant at tale om i forhold til hjertekarsygdom. Det kan være med til at mindske forlegenhed for både patient og sygeplejerske. Afslutningsvis er det væsentligt at pointere vigtigheden af at uddanne de sygeplejerskestuderende i seksualitet og sexologi, der, som jo nævnt, kun er et nyligt opstartet valgfag på Københavns Sygeplejeskole. Jeg mener, at faget bør gøres obligatorisk, idet seksualitet, som vist, er uundgåelig før eller siden i omsorgsrelationen. Jo mere fokus der kommer på emnet, jo mere refleksion, des nemmere bliver det at forholde sig til forlegenhed og integrere den seksuelle side af livet i sygeplejen og derved skabe en mere helhedsorienteret sygepleje.

Litteraturliste

Obligatorisk litteratur:

Birkler, Jacob (2005); *Videnskabsteori: en grundbog*. Munksgaard Danmark. Side 93-116. (23 sider).

Dansk Sygeplejeråd: *Sundhed i det 21. århundrede. Introduktion til rammen for sundhed for alle i WHO's europæiske region*. Nordvestgrafik, København, 1998, s. 4-34. (31 sider).

Dansk Sygeplejeråd: *De sygeplejeetiske retningslinjer* (Internet dokument); 2006 <http://www.dsr.dk/msite/text.asp?id=45&TextID=4650>. (1 side).

Eide, Hilde og Eide, Tom; *Kommunikasjon i relasjoner*. 1. udg., 6. oplag. Gyldendal Akademisk, Oslo. 2000. s. 17 – 32, 99 - 113, 291 - 326. (64 sider).

Iversen et al. *Medicinsk sociologi - samfund, sundhed og sygdom*, 1. oplag, 1. udg. Munksgaard Danmark, 15-42, 64-127, 182-224, 254-326. (121 sider).

Kirkevold, Marit (1998): *Sygeplejeteorier – Analyse og evaluering*. 2. udg. Gyldendal, Oslo, s. 122-138, 184 - 199. (31 sider).

Lov om patienters retsstilling: *Lov om patienters retsstilling*, nr. 4482 af 01/07/1998, s. 1-12. (12 sider).

Martinsen, Kari. *Fra Marx til Løgstrup - om etik og sanselighed i sygeplejen*. 1. udgave. 4. oplag, Munksgaard Danmark, 2000. (186 sider).

Martinsen, Kari; *Øjet og kaldet*. Munksgaard København. 2001, side 11-49. (38 sider).

Martinsen, Kari: *Omsorg i sygeplejen - en moralsk udfordring*. Gyldendal Norsk Forlag, 1990 i Sigaard, Lene. *Seksualitet – en omsorgsdimension*, 1. udg., Nyt Nordisk Forlag, A. Busck, 2003 side 25-58. (33 sider).

Mabeck, Carl Erik. *Introduktion til den motiverende samtale* 1.udg. Munksgaard København 2005. s. 30 – 98. (68 sider).

Mainz et al. *Kvalitetsudvikling. I Dokumentation og kvalitetsudvikling.* 1.udg. Nyt nordisk Forlag, København. 2000. s. 136 - 151. (16 sider).

Nielsen, Oluf; Springborg, Anni; *Ind under huden; Anatomi og fysiologi* 1.udg., 2. oplag. Munksgaard København 2002. s.167 – 196. (29 sider).

Pedersen, Court; Lundgren, Jens D; *Medicinske Sygdomme.* 11. udg., 3.oplag. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, København, 1998, s. 17 – 69, 187-188. (54 sider).

Regeringen, *Sund hele livet - de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-2010.* København, 2002, s. 3-81 (79 sider).

Reinecker, Lotte og Jørgensen, Peter Stray (2000); *Den gode opgave-opgaveskrivning på videregående uddannelser.* 2. udgave, Forlaget samfundslitteratur, s. 277-311. (35 sider).

Simonsen, Simon S. : *Mænd, sundhed og sygdom - Ronkedorfænomenet,* 1. udg. 1. oplag, Forlaget Klim, Århus, 2006, s. 16-41. (25 sider).

Selvvalgt litteratur:

Andersen et al. Rigshospitalet, VIPS-modellen, 2003. (5 sider).

Birkler, Jacob. *Videnskabsteori – en grundbog.* 1 udg. 1. Oplag. Munksgaard Danmark, København. Side 93-111. (19 sider).

Bols, Jørn et al. (2003). Præ - og postoperativ sygepleje. *Sygeplejebogen 2*, 2. Del. 1. Udg., 1. Oplag, 2003, Gads Forlag, København, s. 99-118. (19 sider).

C. Graugaard et al. et al. . *Krop, sygdom og seksualitet.* 1. udg. 1. opl. Hans Reitzels Forlag. 2006. 7-37, 193-215. (52 sider).

Darmer, Mette. *Når kroppen bliver en anden – en undersøgelse af hjerteinsufficiente patienters oplevelse af kropsændring.* 2000, Side 1-80. (80 sider).

Falgaard Eplov, L., *Nøgen ude på græsplænen – 60-årige danske kvinders seksuelle liv.* Ugeskrift for læger 164/41, 7. oktober 2002, side 4815– 4819. (5 sider).

Falgaard Eplov, L. *Danske 60-årige mænds seksualliv.* Ugeskrift for læger 164/41, 7. oktober 2002, side 4819 – 4823. (4 sider).

Færch, J. et al; Guideline til checkliste for patienter indlagt til PCI, Rigshospitalet, Hjertemedicinsk afd. 3141/2, 2004, s. 1-21. (20 sider).

Giralde, A. et al. *Seksuel dysfunktion hos kvinder som lægemiddelbivirkning*. Ugeskrift for læger 164/41, 7. oktober 2002, side 4757– 4759. (2 sider).

Graugaard et . Christian. *Seksuel viden, holdninger og adfærd blandt unge danskere*. Ugeskrift for læger 164/41 7. oktober 2002, side 4810 – 4814. (5 sider).

Hardin et al. *Cardiac disease and sexuality: Implications for research and practice*, i: Nursing Clinics of North America 42, 2007. (11 sider).

Hjertecentrets ledende sygeplejersker: *Visioner, tanker og strategier for hjertecenteret*: <http://www.rigshospitalet.dk/NR/rdonlyres/58D54F51-BDB4-483B-937E-982EDFF397ED/0/Visioner20072009pdf.pdf> (11 sider).

Hjerteliv, Hjerteforeningen, nr. 4, 2009. (5 sider).

Hjerteforeningens hjemmeside: www.hjerteforeningen.dk

Hummelvoll, Jan, *Helt, ikke stykkevis og delt*. I Darmer, Mette. *Når kroppen bliver en anden – en undersøgelse af hjerteinsufficiente patienters oplevelse af kropsændring*. 2000. (1 side).

Johnson, B. *Sexuality and heart disease: Implications for nursing*. I: Geriatric Nursing, vol. 25, no. 4, 2006. s. 224-226. (3 sider).

Launsø, Laila, et al. *Forskning om og med mennesker*, 5 . udg. Nyt Nordisk forlag, Arnold Busck, 2005, s. 12-37. (15 sider).

Lawler, Jocalyn. *Bak skjerm Brettene*, 1. udgave 1996, 3. Oplag 2003. Gyldendals Norsk Forlag AS, 2002. s. 45-183, 200-230. (168 sider).

Lindholm, J. *Kommunikation med kræftpatienter om seksualitet*. Sygeplejersken 21/2002. (12 sider).

Lomborg, K. *Krop, modernitet og sygepleje* i: Vård i Norden 2, 3/1994. (4 sider).

Lomborg, K. *Kroppens betydning i klinisk pleje*. I: Klinisk sygepleje 1. Red. Ramhøj, et . 1. udg., 1. opl. 2000. (20 sider).

Lyngaa, Jane (red.) Sygeplejefag, refleksion og handling, bind 2, 1. udg. 1. opl. 1998. Munksgaard, København, s. 84-105. (19 sider).

Madsen, J. *Mere sex i sundhedsvæsenet*. Ugeskrift for læger 167/14, 4. april 2005, side 1552 – 1553. (2 sider).

Mickley, H. *Forekomst og behandling af seksuel dysfunktion ved hjertesygdom*. Ugeskrift for læger 164/41, 2002, side 4760 – 4764. (4 sider).

Mickley, H. et al. *Seksuel aktivitet ved iskæmisk hjertesygdom*. Ugeskrift for læger, 2001, (6 sider).

Møhl, Bo. *Seksualitet hos ældre*. Ugeskrift for læger 164/41, 7. oktober 2002, side 4776 – 4779. (3 sider).

Netværksgruppen Hjerterehabilitering og Hjerteforeningen: *Hjerterehabilitering på danske sygehuse. Forebyggelse og sundhedsfremme i hjerterehabilitering – teorier om forandring*. Sekretariat for Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark, 2004. (54 sider).

Netværksgruppen Hjerterehabilitering og Hjerteforeningen: *Hjertekarrehabilitering efter strukturreformen - Rehabilitering og sammenhængende patientforløb for kronisk syge. Inspiration til kommuner, regioner, almen praksis, sygehuse m.fl.* 2007. (34 sider).

Olsen, Inge; *Farmakologi*. 2. udg., Munksgaard København 2004. S. 142-183, 239-250. (50 sider).

Ramhøj, Pia. Om patientforståelser og forklaringer på blodprop i hjertet. *Tværvideenskabelige perspektiver på sundhed og sygdom*. Akademisk forlag, 1997. s. 197-213. (17 sider).

Schmidt, Lone; Dyhr, Lise: Det kvalitative forskningsinterview i: Koch, Lene, Vallgård, Signild (red): *Forskningsmetoder i Folkesundhedsvidenskab*. Munksgaard, Danmark, København, 2004, 2. udg. 2. oplag kap. 2. (22 sider).

Sundhedsloven, lov nr. 546 af 24. juni 2005.

Sundhedsstyrelsens sygeplejefaglige vejledning for optegnelser. VEJ nr. 9229 af 29/04/2005. (www.retsinfo.dk). (1 side).

Sigaard, Lene. *Seksualitet – en omsorgsdimension*, 1. udg., Nyt Nordisk Forlag, A. Busck, 2003 side 7-94. (87 sider).

Simonsen, Simon S. : *Mænd, sundhed og sygdom - Ronkedorfænomenet*, 1. udg. 1. oplag, Forlaget Klim, Århus, 2006. s. 7-15, 42-172. (138 sider).

Sommer, C. *Bryd tabuet – tal om sex*. Sygeplejersken, nr. 6, 2007. (6 sider).

Sommer, C. et al. *Sæt seksualiteten på den professionelle dagsorden*. Sygeplejersken nr. 6, 2007. (3 sider).

Sommer, C. et al. *Sygeplejersker forsømmer at tale seksualitet med patienterne*, Sygeplejersken, nr. 6, 2007. (2 sider).

Sundhedsstyrelsens sygeplejefaglige vejledning for optegnelser. VEJ nr. 9229 af 29/04/2005. (www.retsinfo.dk).

Obligatorisk litteratur: 782 sider

Selvvalgt litteratur: 906 sider

Litteratur i alt: 1688 sider.

Bilag 1.

Informeret samtykke til udarbejdelse af bachelorprojekt.

Som led i min sygeplejerskeuddannelse, er jeg ved at udarbejde mit bachelorprojekt.

Undervejs i min kliniske periode afholdt jeg en sygeplejekonference om seksualitet i sygeplejen, som du deltog i.

Jeg vil i mit bachelorprojekt referere til konferencen og citere enkelte sætninger fra konferencen.

Til dette skal jeg bede om dit informerede samtykke.

Det er frivilligt at deltage, og du har mulighed for at trække din deltagelse tilbage til hver en tid.

Referatet af konferencen og citaterne fra de deltagende vil fremstå anonymt.

Har du spørgsmål eller kommentarer til deltagelsen, er du velkommen til at kontakte mig.

På forhånd tak for dit samtykke.

Venlig hilsen

Agnete Maria Nielsen

agnetemaria@gmail.com / mobil 26214211

Samtykke om deltagelse i bachelorprojektet

(dato)

(underskrift)

Bilag 2

Jocalyn Lawlers somologiske begreber

For at hjælpe patienten til at overvinde forlegenhed og værne om patientens blufærdighed, har Lawler defineret 4 somologiske basisregler:

1. Føjeligheds- og kontrolreglen
2. Afhængighedsreglen
3. Blufærdighedsreglen
4. Værnereglen

Under værnereglen opstiller hun yderligere 5 markører:

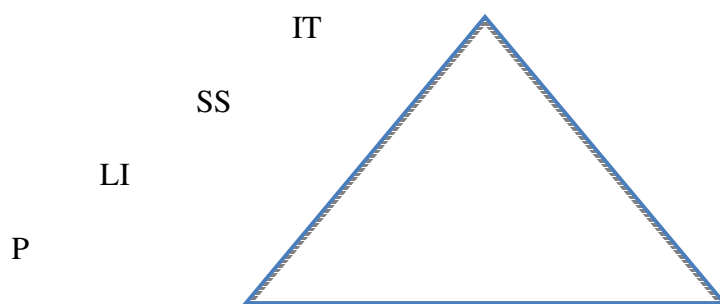
1. Uniformering
2. Måden at opføre sig på
3. Minifismer
4. Bede pårørende om at forlade rummet
5. Fortrolige samtaler

(Lawler, 1996, s. 154-183, Lomborg 1994, s. 45-48).

Bilag 3

PLISSIT-modellen

PLISSIT er en sammenskrivning af ordene: Permission, Limited Information, Specific Suggestions og Intensive Therapy. □□ Almindeligvis kan og skal sygeplejersker primært bevæge sig inden for de to første niveauer, nemlig ved først og fremmest at signalere, at det er tilladt at tale om seksualitet, samt at give patienten begrænset information, f.eks. oplyse om medicin og behandlingens evt. betydning for patienternes seksualitet.



□

Permission (tilladelse) □indebærer, at det tilkendes, at det er tilladt at tale om sine seksuelle behov, og at det er tilladt at stille spørgsmål. Hjælp på dette niveau kræver sjældent større viden på området end den, patienten har. □□

Limited Information (begrænset information) □indebærer, at der gives en generel og begrænset information om seksualitet. Det kan for eksempel være kort at forklare, hvordan sygdommen/medicinen kan influere på seksualiteten. Her kræves ofte større viden på området end den, patienten har, da det ofte vil være en kombination af almen viden omkring seksualitet kombineret med viden omkring konsekvenserne af sygdommen, handikappet eller medicinen. □□

Specific Suggestions (specifikke forslag) □indebærer, at der gives løsningsforslag til den enkeltes seksuelle problemer. Det kan for eksempel være at finde passende hjælpemidler eller hensigtsmæssige onaniteknikker. Dette forudsætter et mere indgående kendskab til forskellige løsningsmodeller. □□

Intensive Therapy (intensiv terapi) □indebærer, at der gives intensiv og specifik

behandling af alvorligere seksuelle problemer. Denne behandling kan eksempelvis være psykoterapi, familierådgivning eller anden specialbehandling. Hjælp på dette niveau kræver indgående kendskab til psykoterapi og sexologi. □ □

(Kilde: Sygeplejersken nr. 6/2007). Læs mere om PLISSIT-modellen i Jack Annons Behavioral Treatment of Sexual Problems. Brief Therapy. Maryland: Harper & Row; 1976. Derudover har Sygeplejersken tidligere skrevet om modellen bl.a. i nr. 21/2002.