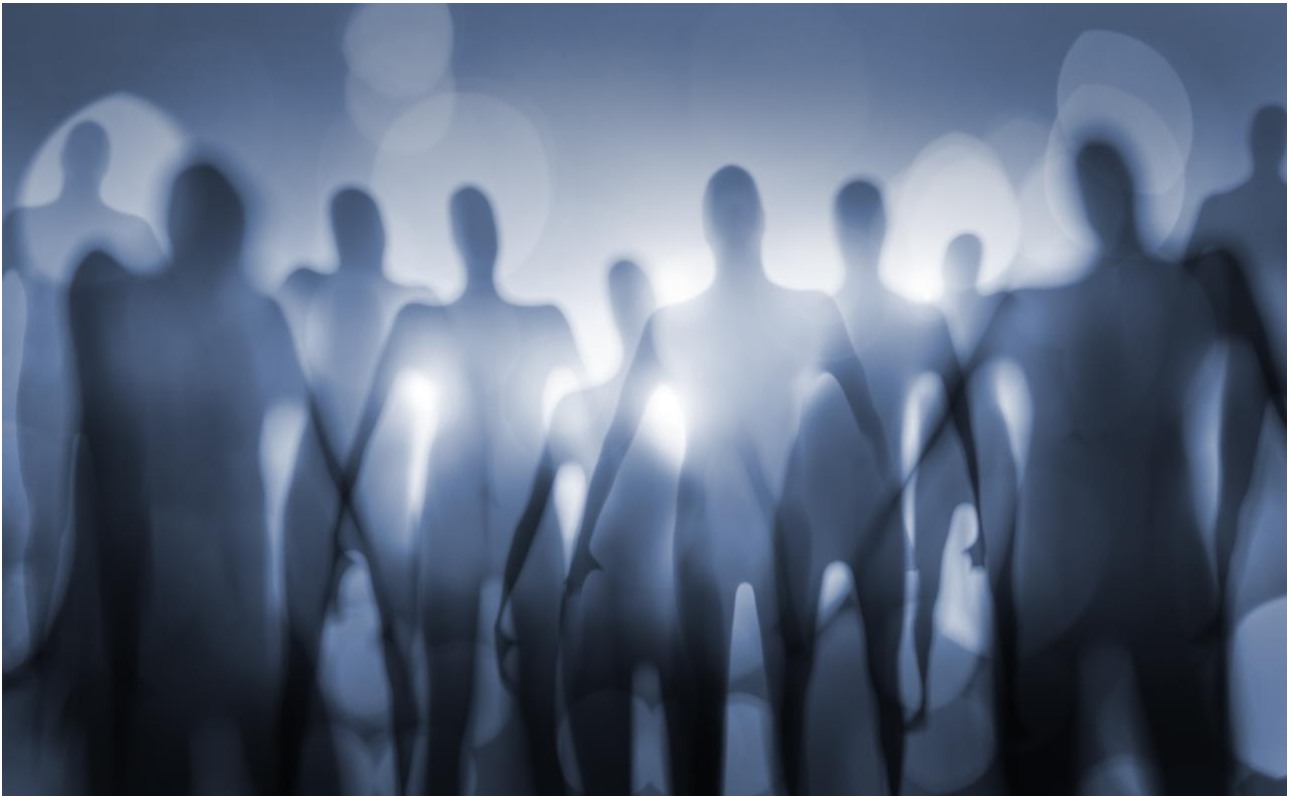


”Det er bare en meget sådan aseksuel ting at være indlagt”

En kvalitativ undersøgelse af seksualitet og samtalen herom blandt indlagte patienter med skizofreni

Masterafhandling ved Masteruddannelsen i Sexologi, Aalborg Universitet



Kilde: Videnskab.dk

Josephine Søgaard Grøndahl

Studienummer: 20171023

Anslag: 93.940

Dato: 03.05.2021

Vejleder:

Professor, ph.d. Christian Graugaard



AALBORG UNIVERSITET

Resumé

Forskning viser, at mennesker med skizofreni fra en tidligere alder oplever langt flere seksuelle problemer og dysfunktioner end baggrundsbefolkningen. Samtidig ses at seksualiteten og interessen for at indgå i intime forhold ikke afviger fra baggrundsbefolkningen. Men gruppen af mennesker med skizofreni er overordnet set langt mere utilfredse med deres sexliv og med at de seksuelle dysfunktioner påvirker deres samlede sundhed og trivsel. Seksuelle bivirkninger er en hyppigt rapporteret årsag til at afbryde den antipsykotiske behandling, hvilket kan resultere i forværring og/eller tilbagefald af psykotiske symptomer. Dette er ydermere problematisk, da forskning viser, at samtalen om seksualitet og seksuelle udfordringer ofte ikke finder sted i behandlingen af patienter med skizofreni.

Hensigten med denne afhandling er at få indsigt i oplevelser og erfaringer med seksuelle problemer og udfordringer hos mennesker med skizofreni samt at undersøge, hvordan det opleves at have eller ikke at have en samtale med en sundhedsprofessionel om seksualitet og seksuelle bivirkninger under en indlæggelse.

Formålet er at opnå øget indsigt til brug i det videre arbejde med patientgruppen, både ift. at supplere den eksisterende forskning på området og at forbedre den kliniske praksis med det overordnede mål at forbedre den seksuelle sundhed hos mennesker med skizofreni.

Afhandlingen tager udgangspunkt i den kvalitative forskningsmetode, hvorfor der benyttes semistrukturerede forskningsinterviews til at indsamle kvalitativ viden om oplevelsen af seksualitet og samtalen herom hos 4 indlagte patienter med skizofreni.

På baggrund af den indsamlede empiri kan det konkluderes, at informanterne i lighed med, hvad den eksisterende forskning viser, oplever seksuelle dysfunktioner, der påvirker både deres seksuelle, men også deres generelle sundhed og trivsel. Ligeledes viser undersøgelsen, at informanternes erfaringer med inddragelse af seksualitet og samtalen herom er mangelfulde. Afhandlingen peger på, at det skyldes et "tovejstabu", altså en tavshed fra behandlerens såvel som fra patientens side. 3 ud af 4 informanter giver dog udtryk for et stort behov for, at seksualitet inddrages som et fokuspunkt for pleje og behandling.

Abstract

Research shows that people with schizophrenia are experiencing more sexual problems and dysfunctions from a younger age compared to the background population. It also shows that their sexuality and interest in participating in intimate relations doesn't differ from the background population, even though it is found that people with schizophrenia are less satisfied with their sex-life. This affects their overall health and well-being. Sexual side-effects are an often reported cause when choosing to discontinue the antipsychotic treatment, which can result in aggravation and relapse of psychotic symptoms. This is problematic, because research shows that communication about sexuality and sexual problems is often deficient and sparse.

The intention of this thesis is to gain access to experiences of sexual problems and challenges among people with schizophrenia and to study the experience of having/or not having a focused talk about sexuality during hospitalization.

The purpose of this is to achieve insight that can be used in future work with this group of patients, both related to further research but also to improve clinical practice with the overall goal of improving sexual health among people with schizophrenia.

The thesis is based on the qualitative research method by using semi-structured interviews of 4 respondents with schizophrenia

The conclusion of this master thesis is that the respondents in similarity to what existing research shows experience sexual dysfunctions which affects both their sexual and general health and well-being. Furthermore, the results show that the respondents have sparse or none experience of sexual difficulties being talked about during their hospitalization. This is probably related to a two-way taboo causing neither the professionals nor the patients not to bring up sexuality as a topic. 3 out of 4 respondents wants sexuality to be included as part of the care and treatment given to people with schizophrenia.

Indholdsfortegnelse

| | |
|--|-----------|
| 1. Initierende problem | 4 |
| 2. Baggrund | 4 |
| 2.1 Omfang, symptomer og behandling af skizofreni | 5 |
| 2.2 Forekomst og art af seksuelle dysfunktioner hos mennesker med skizofreni | 7 |
| 2.3 Seksuelle dysfunktioners påvirkning på sygdomsmestring og trivsel | 8 |
| 2.4 Barrierer for seksuel sundhed hos mennesker med skizofreni | 10 |
| 3. Problemformulering og forskningsspørgsmål | 11 |
| 4. Metode | 11 |
| 4.1 Videnskabsteoretisk ståsted | 11 |
| 4.2 Dataindsamling | 12 |
| 4.2.1 Litteratursøgning | 12 |
| 4.2.2 Det kvalitative forskningsinterview | 14 |
| 4.3 Analysestrategi og metode for dataanalyse | 16 |
| 4.3.1 Transskription | 16 |
| 4.3.2 Databearbejdning | 17 |
| 5. Præsentation af fund | 18 |
| 5.1 Præsentation af informanter | 18 |
| 5.2 Resultater | 19 |
| 5.2.1 Seksualitet som raskhedsfaktor | 19 |
| 5.2.2 Oplevelse af seksualitet | 20 |
| 5.2.3 Erfaring med sygdoms- og behandlingsudløste seksuelle vanskeligheder | 22 |
| 5.2.4 Erfaringer med samtalen om seksualitet under indlæggelse | 27 |
| 6. Diskussion | 32 |
| 6.1 Seksualitet som raskhedsfaktor | 32 |
| 6.2 Oplevelsen af seksualitet | 34 |
| 6.3 Erfaringer med sygdoms- og behandlingsudløste seksuelle vanskeligheder | 36 |
| 6.4 Erfaringer med samtalen om seksualitet under indlæggelse | 37 |
| 7. Konklusion | 40 |
| 8. Styrker og svagheder | 41 |
| 9. Perspektivering | 43 |
| 10. Litteratur | 45 |
| 11. Bilag | 48 |
| 1. Søgeprotokol | 48 |
| 2. Interviewguide | 53 |
| 3. Samtykkeerklæring | 57 |

1. Initierende problem

Som sygeplejerske på et åbent psykoafsnit møder jeg i min hverdag mennesker, der af forskellige årsager befinder sig i en situation, hvor indlæggelse på en psykiatrisk afdeling er nødvendig. En stor del af disse mennesker har allerede en diagnose indenfor skizofrenispektret eller får det under indlæggelsen, og de skal dernæst i medicinsk behandling med antipsykotika. Retningslinjerne for behandling med antipsykotika foreskriver, at alle patienter monitoreres systematisk for bivirkninger, hvilket sker ved gennemgang af Udvalg for Kliniske Undersøgelers bivirkningsscreening (UKU). Dette sker ved indlæggelse eller inden opstart af den medicinske behandling; første gang ved en læge og dernæst månedligt ved en sygeplejerske. I gennemgangen af bivirkninger skal der spørges ind til neurologiske, autonome, psykiske og seksuelle bivirkninger, så både virkning og bivirkninger registreres, og behandlingen kan rettes derefter. Min erfaring er dog, at de seksuelle bivirkninger ofte registreres som "ikke vurderet" i Sundhedsplatformen. Patienten får derved ikke mulighed for at fortælle om bivirkninger relateret hertil. Dette er i særdeleshed beklageligt, da det er min erfaring fra bivirkningsscreeningen, at de fleste oplever seksuelle problemer eller dysfunktioner i varierende grad, og at screeningen ofte bliver en indgangsvinkel for patienten til at bringe oplevelser og tanker om seksualitet, sygdom og dysfunktioner ind i samtalen. Dette er grundlaget for, at jeg i specialet har valgt at fokusere på kommunikationen omkring seksualitet med specielt fokus på UKU bivirkningsscreening.

2. Baggrund

Seksualiteten er et vigtigt, men ofte overset aspekt af menneskers sundhed, og indtager for langt de fleste mennesker en central placering, hvad angår oplevelsen af egen sundhed og trivsel (1,2). I Projekt SEXUS undersøgelsen (2) svarede 80,4 % af de adspurgte 15-89-årige således, at et godt sexliv var vigtigt, meget vigtigt eller særdeles vigtigt for dem. Seksualitet og seksuel trivsel er et samspil mellem biologiske, psykologiske og sociale faktorer, og er dermed ikke blot et mekanisk og fysiologisk fænomen (3).

I definitionen af menneskets seksuelle sundhed udarbejdet af WHO, tydeliggøres dette perspektiv:

”Seksuel sundhed er en tilstand af fysisk, følelsesmæssigt, mentalt og socialt velbefindende i forbindelse med seksualitet; det er ikke alene fravær af sygdom, dysfunktion eller handicap. Seksuel sundhed kræver en positiv og respektfuld tilgang til seksualitet og seksuelle forhold, såvel som muligheden for at have lystfyldte og sikre seksuelle oplevelser, frie for tvang, diskrimination og vold. For at opnå og opretholde seksuel sundhed må ethvert individs seksuelle rettigheder respekteres, beskyttes og opfyldes” (4 s. 13).

Yderligere har Vidensråd for Forebyggelse i forlængelse af ovenstående formuleret en definition, der tager udgangspunkt i Aron Antonovskys positive, salutogenetiske sundhedsforståelse (4). Definitionen har af samme grund fokus på raskhedsfaktorer, ressourcer og modstandskraft fremfor svækkelse og risikofaktorer:

”Seksuel sundhed er en tilstand, hvor et menneske oplever seksualiteten som en meningsfuld og berigende del af tilværelsen og under givne livsomstændigheder kan realisere sine seksuelle lyster og behov, alene eller i et ligeværdigt samspil med andre” (4 s. 14).

Både i definitionen fra WHO samt Vidensråd for Forebyggelse understreges det, at seksuel sundhed ikke skal forstås som fravær af dysfunktioner og sygdom, men at mennesket på trods heraf kan leve et tilfredsstillende seksuelt liv, hvis det blot har de nødvendige ressourcer og dermed bliver i stand til at mestre sin livssituation, og de udfordringer det måtte bydes.

2.1 Omfang, symptomer og behandling af skizofreni

Ovenstående perspektiv er yderst relevant inden for psykiatrien, idet omkring en tredjedel af alle danskere i løbet af deres liv udvikler en psykisk lidelse. Det estimeres yderligere at omkring 700.000 danskere aktuelt lever med psykiske problemer (5). Ifølge Sundhedsstyrelsen lever ca. 42.000 af disse med skizofreni (6).

Skizofreni er en ofte alvorlig psykisk sygdom, der i Danmark diagnosticeres ud fra en række diagnostiske kriterier defineret i diagnosesystemet ICD-10 på baggrund af tilstedeværende symptomer (7). Skizofreni er ikke blot én diagnose, men kan komme til udtryk i flere former med symptomer af varierende type og sværhedsgrad. Symptomerne er blandt andet hallucinationer på sanserne, især hørelshallucinationer, utilstrækkelig virkelighedsopfattelse, tankepåvirknings- og

styringsoplevelser samt negative symptomer som træghed, passivitet, initiativløshed, sprogfattighed, depression, nedsat energi, manglende fremdrift og social tilbagetrækning (8).

Yderligere har langt de fleste mennesker med skizofreni signifikante forstyrrelser inden for et eller flere neurokognitive områder. Dette f.eks. i form af vanskeligheder med informationsbearbejdning, opmærksomhedsproblemer, hukommelse og eksekutive funktioner, hvilket kan ses i forbindelse med planlægning og udførelse af selv simple hverdagsaktiviteter. Det varierer fra person til person, hvorvidt de kognitive forstyrrelser er konstante, eller om de kun er til stede i psykotiske perioder. De kognitive udfordringer, som mennesker med skizofreni kan opleve, afspejles yderligere i gruppen af personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse, som har det højeste antal incidente tilfælde (6). Ligeledes ses, at andelen af ekstra incidente tilfælde falder med stigende uddannelsesniveau.

Prævalensraten for skizofreni er højest i gruppen af 25-54-årige blandt både mænd og kvinder (6). Sygdommen har på baggrund af sit massive symptombillede derfor også samfundsøkonomiske følger, blandt andet skyldes 32% af de årlige indlæggelser og 30% af de ambulante besøg i psykiatrien skizofreni. Samtidig er skizofreni årsagen til 5,4% af alle nye tilkendelser af førtidspension. Sammenlagt koster skizofreni årligt samfundet 2.612,6 millioner kroner i behandling og pleje samt 5.646,9 millioner kroner som følge af tabt produktion (6).

Mennesker med skizofreni behandles med en bred vifte af metoder, blandt andet miljøterapi, kognitiv adfærdstræning og psykoedukation samt antipsykotisk medicin. Kendetegnende for de antipsykotiske præparater og deres virkningsmekanisme er, at de alle i forskellig udstrækning blokerer for hjernens dopaminreceptorsystem, hvorved de psykotiske symptomer dæmpes (8). Ophører den antipsykotiske behandling vil symptomerne vende tilbage hos 80-90% af patientgruppen. Dette betyder ligeledes, at hvis den medicinske behandling ophører for tidligt eller abrupt, vil der hos den enkelte person være op til 85% risiko for sygdomsrecidiv. Sammenlignet hermed er risikoen for recidiv af psykotiske symptomer ca. 15% hvis personen forbliver i behandling (5).

Behandlingen med antipsykotika er dog forbundet med betydelige bivirkninger, f.eks. i form af ekstrapyramidale gener som motorisk uro, kropsligt ubehag, rysten, stivhed, mimikfattigdom og

nedsat psykomotorik. Disse bivirkninger er dog hyppigere forekommende ved behandling med første generations antipsykotika som Serenase og Fluanxol end ved behandling med f.eks. Olanzapin, Abilify og Risperidon, der er andengenerations psykofarmaka. Denne nyere gruppe af præparater har færre neurologiske bivirkninger, men har derimod hyppigere forekomst af bivirkninger som træthed, vægtøgning, seksuelle problemer samt øget risiko for udvikling af metabolisk syndrom med diabetes og hjertekarsygdomme til følge (8). I kombination med arvelige og livsstilsrelaterede faktorer som kost, rygning og inaktivitet disponerer de medicinske bivirkninger for udvikling af livsstilssygdomme. Dette er desuden problematisk, da livsstilssygdomme yderligere er kendt for at disponere massivt for seksuelle funktionsproblemer. Kombineres disse faktorer med en usund mental livsstil som stress, søvnmangel og eventuelle samlivsproblemer, kan det have en negativ indvirkning på den seksuelle funktion hos mennesker med skizofreni (1).

2.2 Forekomst og art af seksuelle dysfunktioner hos mennesker med skizofreni

Problemområdet beskrevet i ovenstående afsnit kan tænkes at danne en del af baggrunden for, at mennesker med skizofreni oplever flere seksuelle problemer og dysfunktioner, som sammenlignet med baggrundsbefolkningen ligeledes optræder fra en tidligere alder (9,10,11). Dette tydeliggøres ved at 30-85% af personer, der lever med skizofreni, rapporterer om seksuelle dysfunktioner, mens kun 30-50% af baggrundsbefolkningen har lignende erfaringer (10,12). I projekt SEXUS undersøgelsen (2) ses lignende resultater, der peger på, at seksuelle problemer forekommer hyppigere hos mennesker med psykiske udfordringer end hos personer uden. Her ses der sammenhæng mellem mænd og kvinder, der har været i behandling for et psykisk problem, og som angiver at have et dårligt eller ikke-eksisterende sexliv. Der ses ligeledes en større andel af samme gruppe af mænd og kvinder, der rapporterer om forekomst af hhv. erektil funktionsbesvær hos mænd, seksuelt funktionsbesvær hos kvinder og lystdysfunktion hos begge køn. Resultaterne fra Projekt SEXUS er ikke overraskende sammenlignet med anden eksisterende forskning på området, idet Dumontaud et al. (10) påviser seksuelle dysfunktioner i alle faser af den seksuelle responscyklus hos mennesker med skizofreni. De hyppigst forekommende dysfunktioner er erektil dysfunktion, manglende lubrikation og nedsat lyst. Hos både mænd og kvinder stiger forekomsten af seksuelle dysfunktioner med alderen, hvilket dog kan antages at være en generel tendens, da lignende resultater ses hos baggrundsbefolkningen (2).

En stor del af den eksisterende forskning peger på, at behandling med antipsykotika er den primære kilde til udvikling af seksuelle dysfunktioner hos mennesker med skizofreni (10,11). Gennemgående fund er, at seksuelle bivirkninger i høj grad er betinget af lægemidlernes antidopaminerge effekt, forhøjet prolaktinniveau i blodet samt daglig dosis (9,10,11). Andre studier påviser forhøjet prolaktinniveau og metabolisk syndrom hos deltagerne, men finder derudover ingen signifikant sammenhæng mellem behandling med antipsykotika og forekomsten af seksuelle dysfunktioner (13).

Overordnet set viser forskningen, at seksualiteten, som hos alle mennesker, er et komplekst bio-psyko-socialt fænomen, hvor både art og forekomst af seksuelle dysfunktioner hos mennesker med skizofreni påvirkes af den medicinske behandling, sygdommens sværhedsgrad, køn, graden af psykotiske og depressive symptomer, job- og socialstatus, kulturelle og religiøse faktorer samt alder ved sygdomsdebut (10,11,12,13).

2.3 Seksuelle dysfunktioners påvirkning på sygdomsmestring og trivsel

I foregående afsnit er symptomer, behandling og seksuelle dysfunktioner hos mennesker med skizofreni blevet gennemgået. Som en følge af disse viser forskning, at mennesker, der lever med skizofreni, overordnet set er langt mere utilfredse med deres sexliv sammenlignet med baggrundsbefolkningen (14). Ligeledes viser studiet, at den seksuelle tilfredshed hos denne gruppe af mennesker ligger lavere sammenlignet med bl.a. tilfredsheden med deres mentale helbred og økonomiske situation. Et studie af Bianco, Pratt og Ferron (15) har fund der tyder på, at især kvinder med skizofreni har nedsat interesse i sex, og at der er en signifikant sammenhæng med nedsat tillid til egen seksuelle formåen. Forskning viser, at et velfungerende, intimt seksuelt liv kan virke som en slags "eksistentielt helle", som kan give livsmod og øgede ressourcer til at mestre de udfordringer og vanskelige situationer, som en person måtte møde. Derfor er den lave seksuelle tilfredshed hos mennesker med skizofreni problematisk, da en meningsfuld og tilfredsstillende seksualitet kan virke sundhedsfremmende og styrke personens mestring af at leve med alvorlig psykisk sygdom (1).

Selvom der hos mennesker med skizofreni er en højere forekomst af seksuelle dysfunktioner sammenlignet med baggrundsbefolkningen, er det ikke nødvendigvis ensbetydende med nedsat seksuel sundhed hos denne gruppe af mennesker. Dog viser litteraturen, at mennesker med

skizofreni ofte oplever, at de seksuelle dysfunktioner påvirker deres samlede mentale sundhed og trivsel (10,11). Ligeledes er seksuelle bivirkninger en hyppigt rapporteret årsag til at afbryde den antipsykotiske behandling (12), hvilket kan resultere i forværring af og tilbagefald med psykotiske symptomer. Dette kan videre antages at påvirke både trivsel og livskvalitet hos mennesker med skizofreni (9,10,11,13).

Problematikken udfoldes yderligere af forskning, der beskriver, hvordan både seksuelle dysfunktioner og psykotiske symptomer kan udgøre en barriere i forhold til at indgå i intime relationer (9,13). Forskningen peger bl.a. på, at både direkte og indirekte følger af sygdom og behandling, herunder nedsat kognitiv funktion, vægtøgning samt tvivl om og nedsat tillid til egen seksuelle formåen, kan påvirke mennesker der lever med skizofreni, i en sådan grad, at de undgår muligheder for at møde potentielle partnere. Dette tydeliggøres af resultater fra studiet af De Jager et al. (9), hvor 82% af deltagerne, ikke oplever at få opfyldt deres seksuelle behov.

Dette er problematisk, da forskning viser, at seksualitet og interessen for at indgå i intime forhold hos mennesker med skizofreni ikke afviger fra baggrundsbefolkningen. Men det er også problematisk, da det at indgå i et intimt forhold er vist at være en beskyttende faktor i forhold til at bevare og vedligeholde et seksuelt funktionsniveau, hvilket kan bidrage til en meningsfuld hverdag og øget trivsel (10,11,13). I forlængelse heraf ses en øget forekomst af seksuelle dysfunktioner hos mennesker med skizofreni, der er ugifte, fraskilte eller singler (10). Ifølge Graugaard og Giraldi (1) kan dette skyldes, at sundhed og seksualitet påvirkes af hinanden både positivt og negativt, hvilket kan både hæmme og fremme den fysiske, psykiske og sociale trivsel. Det kan ligeledes være årsagen til, at der ses en hyppigere forekomst af seksuelle dysfunktioner hos mennesker med skizofreni, der er arbejdsløse eller har lav indkomst, sammenlignet med mennesker med skizofreni, der har arbejde og/eller høj indkomst (10). Ovenstående understreger dermed seksualitetens betydning som raskhedsfaktor, der kan medvirke til en øget oplevelse af sammenhæng, herunder øget håndterbarhed i mødet med udfordringer bl.a. i forbindelse med alvorlig psykisk lidelse. Samtidig synliggøres også mulige konsekvenser af forringet seksuel sundhed i forhold til sygdomsmestring og generel trivsel.

2.4 Barrierer for seksuel sundhed hos mennesker med skizofreni

Den eksisterende forskning peger på, at de to primære barrierer for den seksuelle sundhed hos mennesker med skizofreni er generel stigmatisering og manglende kommunikation om seksualitet, intimitet og parforhold. Ifølge Östman & Björkman (11) rammer samfundets stigma både personen med skizofreni og dennes partner. Ligeledes viser litteraturen, at mennesker med skizofreni ofte oplever at blive afvist af venner og seksuelle partnere efter psykotiske episoder, eller efter at have fortalt om deres diagnose (9). Dette har konsekvensen, at mange vælger at holde deres diagnose hemmelig. Ydermere beskrives internaliseret stigma i form af skyld, skam og nedsat selvværd, blandt andet i relation til psykotiske episoder og seksuel formåen. Dette kan antages at være en barriere for den seksuelle sundhed hos mennesker med skizofreni (10).

En anden barriere for den seksuelle sundhed er manglende kommunikation om seksualitet i mødet med sundhedsprofessionelle (9,10). Forskning viser, at sundhedsprofessionelle på trods af viden om seksuelle bivirkninger og dysfunktioner ofte vælger ikke at spørge ind til seksualitet og eventuelle seksuelle bivirkninger. Dette på trods af at "seksualitet" er et selvstændigt punkt i den indledende sygeplejevurdering og at bivirkninger til antipsykotisk behandling løbende skal monitoreres (16,17). Samtidig beskriver forskningen, hvorledes patienter, der selv bringer emnet op, ikke oplever at blive mødt af sundhedspersonalet ift. tanker og bekymringer om seksualitet (11,13, 18). Dette afspejles ligeledes i resultater fra Projekt SEXUS (2), hvor 81% angiver, at de ikke har talt om seksualitet med en sundhedsprofessionel indenfor de seneste 5 år. 15% af de adspurgte havde talt med en sundhedsprofessionel på eget initiativ, og kun i 4% af tilfældene havde den sundhedsprofessionelle indledt samtalen herom. Den manglende kommunikation omkring seksualitet kan ifølge en undersøgelse fra Dansk Sygeplejeråd skyldes, at personalet ikke føler sig godt nok rustet til at have denne samtale, eller et generelt tabu omkring seksualitet (19).

I ovenstående afsnit synliggøres således et såkaldt tovejstabu, hvor både patient og personale undgår at bringe emnet op grundet blufærdighed og misforstået hensyntagen (18,19,20). Dette er yderligere problematisk, da personer med skizofreni i flere undersøgelser giver udtryk for at mangle vejledning om seksuelle- og parforholdsmæssige udfordringer (11,13).

At leve med en skizofrenidiagnose kan ud fra ovenstående antages at være forbundet med hyppigt forekommende seksuelle problemer og dysfunktioner, som desuden kan have konsekvenser for

sygdomsmestring og den generelle sundhed og trivsel blandt mennesker med skizofreni. Barrierer for den seksuelle sundhed er blandt andet stigmatisering og manglende kommunikation med sundhedsprofessionelle, der på baggrund af et "tovejstabu" yderligere kan resultere i misforståelser, skyld, skam, autoseponering af den mediciske behandling og forværring af sygdom og seksuelle dysfunktioner.

3. Problemformulering og forskningsspørgsmål

På baggrund af den eksisterende forskning vil dette kvalitative interviewstudie undersøge oplevelsen af seksuelle problemer blandt mennesker med en skizofrenidiagnose. Studiet vil desuden undersøge, hvilken betydning samtalen om seksualitet i forbindelse med bivirkningsscreening tillægges af indlagte patienter med skizofreni.

1. Hvilke erfaringer beskriver patienterne vedrørende sygdoms- og behandlingsudløste seksuelle vanskeligheder, og hvilke ønsker og behov beskriver de i forbindelse hermed?
2. Hvordan opleves det for indlagte patienter med skizofreni at have eller ikke at have samtalen om seksualitet i forbindelse med UKU bivirkningsscreening?

4. Metode

I det følgende afsnit vil der kort blive redegjort for afhandlingens videnskabsteoretiske ståsted, valg af dataindsamlingsmetode, herunder kvalitative forskningsinterviews og systematiseret litteratursøgning. Desuden gennemgås metodemæssige overvejelser relateret til forberedelse og udarbejdelse af interviews, analysemetode og bearbejdning af den indsamlede empiri.

4.1 Videnskabsteoretisk ståsted

Formålet med afhandlingen er at få indblik i informanternes livsverden, oplevelser og erfaringer med seksualitet og samtalen herom. Derfor anlægges der en fænomenologisk-hermeneutisk tilgang i det analytiske arbejde.

Afhandlingen vil overordnet tage udgangspunkt i den tyske filosof Hans-Georg Gadamer's filosofiske hermeneutik, hvor han argumenterer for, at fortolkning og forståelse er et grundvilkår for den menneskelige eksistens (21,22). Ifølge Gadamer kan mennesket kun forstå verden på baggrund af

forforståelsen. Han lader den dermed være en aktiv medspiller, et delelement i forståelsen af helheden (21).

Afhandlingens forforståelse og begrebsverden er ekspliciteret i baggrundsafsnittet. Denne er dannet på baggrund af viden erhvervet fra tidligere moduler på uddannelsen, klinisk praksiserfaring og fra eksisterende forskning identificeret ved det systematiserede litteraturstudie, se afsnit 4.2.1 Denne viden er yderligere benyttet som baggrund for udfærdigelsen af interviewguiden, der udgør studiets nuværende forståelseshorisont (21). Interviewguidens semistrukturerede ramme med åbne spørgsmål giver plads til informantens subjektive beskrivelser af fænomenet seksualitet. Studiets kvalitative interviews vil derfor blive udført med en fænomenologisk tilgang beskrevet ved Ernesto Spinellis tre regler ved den fænomenologiske metode; parentesreglen, beskrivelsesreglen og horisontaliseringsreglen (23). Herigennem holdes interviewerens forforståelse og begrebsverden bevidst tilbage, så informanternes beskrivelser og oplevelser af fænomenet, får lov at træde frem. Dette ved at informanterne spørges grundigt om oplevelser og erfaringer, uden at der bevidst søges efter årsager eller sammenhænge (23).

I bearbejdningen og præsentationen af den indsamlede empiri ønskes opnået en ny forståelse af det undersøgte fænomen, hvorfor der her anlægges en hermeneutisk tilgang, hvor forforståelsen ekspliciteret i afsnit 2 udfordres og indgår som et aktivt element i en horisontsammensmeltning med det undersøgte fænomen (22). Dette vil ske ved meningskondensering og inddragelse af allerede eksisterende forskning, hvilket vil blive uddybet i afsnit 4.3.2.

4.2 Dataindsamling

I de kommende afsnit vil der blive redegjort for de valgte dataindsamlingsmetoder.

4.2.1 Litteratursøgning

Udgangspunktet for litteratursøgningen til denne afhandling er et tidligere foretaget systematiseret litteraturstudie. Litteratursøgningen til brug i nærværende studie er i høj grad inspireret af den tidligere søgeprofil og strategi, hvilket resulterede i 10 artikler der både danner baggrunden for afhandlingens baggrundsafsnit og inddrages i diskussionen.

I afhandlingens indledende faser er der brugt "bevidst tilfældig søgning" samt "kædesøgning". Disse søgninger er foretaget med udgangspunkt i den tidligere identificerede litteratur fra uddannelsens modul 5. Herved blev det muligt at søge yderligere inspiration til mulige nye søgeord i den systematiserede søgning samt til specificering af inklusions- og eksklusionskriterier (24). De indledende søgninger blev foretaget på Google Scholar, Aalborg Universitetsbiblioteks hjemmeside samt i databaserne PsycInfo og PubMed.

Den efterfølgende systematiserede litteratursøgning blev ligeledes foretaget i databaserne PsycInfo, PubMed samt CiNahl. Databaserne er valgt grundet deres emneområder der dækker medicin, farmakologi, sygepleje og psykologiske aspekter indenfor psykiatri (24). Herved blev det vurderet muligt at opnå et grundigt overblik over den eksisterende forskningslitteratur.

4.2.1.1 Søgeprofil- og strategi

Afhandlingens søgeprofil er udarbejdet med udgangspunkt i bloksøgning, dette for at overskueliggøre og strukturere søgningerne. Herved blev det blandt andet muligt at lave forskellige kombinationssøgninger på søgeordene og samtidig holde overblikket over disse (25). For at tilpasse søgeordene til hver enkelt database for derved at øge søgningens præcision, blev disse udvalgt ud fra den enkelte databases Tesaurus. De kontrollerede emneord blev i hver blok kombineret med den boolske operatør "OR". Dette gav mulighed for at søge på flest mulige synonyme og derved kunne afdække deres fællesmængde. Efterfølgende blev de forskellige blokke kombineret med den boolske operatør "AND", dette for at indsnævre og præcisere søgningerne (24). I afhandlingens søgeprotokol (bilag 1) kan de kontrollerede søgeord og kombinationerne heraf findes. I PubMed blev der desuden lavet fritekstsøgning, hvilket resulterede i et fund af et systematisk review. Grundet sin store relevans for denne afhandlings emne er studiet medtaget, om end det ikke lykkedes at genfinde artiklen ved brug af kontrollerede emneord. Det kan dermed antages at denne afhandlings genfindning ikke er tilnærmelsesvis fuldstændig, hvilket betyder at der sandsynligvis må være flere relevante artikler der ikke er blevet identificeret (25). Resultaterne ved hver søgning er blevet gennemgået og vurderet af flere omgange, først ud fra titel, abstract og slutteligt ved gennemlæsning af hele artiklen. Artiklerne er blevet udvalgt efter inklusions- og eksklusionskriterier, disse er ligeledes beskrevet i søgeprotokollen (Bilag 1). Udover de formulerede kriterier er artiklerne

desuden blevet vurderet efter tilgængelighed, type og kvalitet af artiklen. Slutteligt blev 10 artikler udvalgt til brug i afhandlingen.

4.2.2 Det kvalitative forskningsinterview

Det følgende afsnit indeholder beskrivelser og overvejelser om valget af dataindsamlingsmetode. I studiet er det på baggrund af de formulerede forskningsspørgsmål valgt at indsamle empiri gennem kvalitative forskningsinterviews, da disse vil give adgang til subjektive beskrivelser af informanternes livsverden samt mulighed for at fortolke disse og opnå en ny forståelse heraf (26). I de kommende afsnit redegøres for processen i forbindelse med udarbejdelse af interviewguide, udvælgelse og rekruttering af informanter samt etiske overvejelser.

4.2.2.1 Interviewguide

Til dataindsamlingen er der benyttet en semistruktureret tilgang til det kvalitative interview, hvor interviewet forløber som en interaktion mellem interviewerens spørgsmål og informantens svar (27). Selve interviewet bliver udført med udgangspunkt i en interviewguide, se bilag 2, hvor interviewspørgsmålene er formuleret på baggrund af forskningsspørgsmålene. Forskningsspørgsmålene er som beskrevet i afsnit 3 udfærdiget på baggrund af den eksisterende forskning på området og udgør dermed studiets forforståelse jævnfør studiets hermeneutiske tilgang.

Interviewspørgsmålene adskiller sig fra forskningsspørgsmålene ved at være formuleret i hverdagsprog og derudover være mere åbne og livsverdensnære (27). Dette som et resultat af den fænomenologiske tilgang med fokus på subjektive beskrivelser af det undersøgte fænomen; seksualitet og samtalen herom. Yderligere er det vigtigt at understrege at interviewguiden ikke skal følges stringent, men at der kan afviges fra denne for at forfølge den fortælling som fylder for den enkelte informant (27). Derfor indgår der i interviewguiden forslag til forskellige typer af interviewspørgsmål, som informanten kan stilles, herunder både af indledende, specificerende og sonderende art. (26). Grundet studiets fænomenologiske tilgang er det ikke alle spørgsmål, der blev stillet alle informanter, da nogle områder fyldte mere og andre mindre hos de enkelte informanter.

4.2.2.2 Rekruttering af informanter

Studiets informanter er rekrutteret under deres indlæggelse på en åben psykiatrisk afdeling. Rekrutteringen er foregået fra januar 2021 til marts 2021, hvor studiets forfatter i kraft af sit virke som sygeplejerske på pågældende afdeling løbende har talt med indlagte patienter og rekrutteret personer der opfyldte studiets inklusionskriterier (tabel 1). Patienter, der objektivt blev vurderet at opfylde inklusionskriterierne, blev mundtligt informeret om studiet, hvorefter de fik udleveret skriftlig information herom, hvis de udtrykte interesse for deltagelse. Se bilag 3. I alt blev 6 patienter kontaktet, hvoraf 4 ønskede at deltage.

| Inklusionskriterier: |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Indlagt på en åben psykiatrisk afdeling• I aldersgruppen 18-65 år• Diagnosticeret med en skizofrenilidelse• I medicinsk behandling med et antipsykotisk præparat• Ikke være produktivt psykotisk under interview• Være orienteret i tid, sted og egne data samt kognitivt i stand til at give informeret samtykke• Kunne tale og forstå dansk |

Tabel 1.

4.2.2.3 Ethiske overvejelser omkring interview af mennesker med en psykisk sårbarhed

Et interview er et moralsk anliggende, hvor informanten kan påvirkes af det menneskelige samspil mellem denne og interviewerens. De etiske overvejelser har derfor gjort sig gældende både i forbindelse med rekruttering af informanter til afhandlingen samt ved den efterfølgende bearbejdning af empirien. I rekrutteringsfasen er informanterne identificeret og udvalgt på en åben psykiatrisk afdeling, hvor undertegnede har sit daglige virke som sygeplejerske. Informanterne er blevet udvalgt og spurgt ind til deltagelse, hvis de har opfyldt de opstillede kriterier herfor jf. tabel 1. Kun informanter, der er blevet vurderet så stabile i deres behandlingsforløb, at de har været fuldt bevidste om rammerne for deltagelsen og dermed har kunnet give informeret samtykke hertil, er blevet spurgt herom. Dette er valgt af medmenneskelige og etiske årsager for at sikre informanten og dennes autonomi og integritet. Informanterne fik selv lov at bestemme, hvor interviewet fysisk skulle finde sted, så oplevelsen i forbindelse hermed ville blive så positiv og afslappet som muligt, studiets følsomme og personlige emne taget i betragtning. Alle informanter samtykkede ligeledes

til, at interviewene blev optaget på mobiltelefon, efterfølgende overført til computer og dernæst slettet efter endt transskribering.

I forbindelse med gennemførelsen af de forskellige interviews var undertegnede bevidst om rammerne for interviewet og rollefordelingen i forbindelse hermed, herunder den asymmetriske magtrelation interviewet indebærer (26). Undertegnede var ligeledes bevidst om egen rolle som interviewer/forsker og ikke plejeansvarlig sygeplejerske og informantens rolle og dennes oplevelser som subjekt for undersøgelsen, og ikke som behandlings- og plejkrævende patient. Dette blev ligeledes italesat, inden interviewet blev påbegyndt. Samtidig hermed blev informanterne jf. Helsinki- deklARATIONEN (28) informeret om anonymitet, frivillighed og fortrolighed. Se samtykkeerklæring i bilag 3. I forlængelse heraf blev de yderligere informeret om, at deres deltagelse og eventuelle brug af muligheden for at trække deres samtykke tilbage ikke ville have betydning for deres indlæggelse, pleje og behandling på afdelingen.

Både før og efter interviewet blev informanterne briefet og debriefet, dette for at mindske risikoen for misforståelser og sikre informanternes informerede samtykke og deres velbefindende (29).

4.3 Analysestrategi og metode for dataanalyse

I dette afsnit redegøres for valg af analysemetode- og strategi i bearbejdningen af den indsamlede data.

4.3.1 Transskription

Umiddelbart efter gennemførelse af interviews er de transskriberet af studiets forfatter. Dette er efterstræbt, da stemninger og nuancer i interaktionen derved fortsat er i nær erindring og så vidt muligt kan medtages i transskriptionen. For at skabe et helhedsindtryk af datamaterialet er de udførte interviews blevet transskriberet tilnærmelsesvist verbatim. Det betyder, at der i transskriberingen er medtaget gentagelser, pauser, følelsesudtryk mv. (27). Dog er det samtidig valgt at holde transskriberingen så enkel som mulig, da det afgørende var at fastholde meningsindholdet i det sagte (27). Derfor er det valgt at tilføje manglende ord og rette grammatik, hvis dette vurderes at have betydning for forståelsen af sammenhængen. Ydermere vurderes der at være et etisk aspekt i at lade informanternes udsagn stå så skarpe og tydelige som muligt (26)

4.3.2 Databearbejdning

Bearbejdningen af den indsamlede empiri sker med udgangspunkt i studiets videnskabsteoretiske ståsted, som har betydning for valg af metode i forbindelse med databearbejdningen. Det er valgt at bearbejde empirien gennem en hermeneutisk analyse i fire trin (30).

Første trin er at danne sig et helhedsindtryk af empirien. Dette sker ved en fuld gennemlæsning af de indsamlede data. Efterfølgende laves en meningskategorisering af studiets data, hvor teksten organiseres i umiddelbare kategorier. Herefter inddeles den i overordnede meningsenheder. Der er ud fra de umiddelbare kategorier i alt identificeret 7 meningsbærende enheder, der er gennemgående i studiets data. Disse kan ses i tabel 2.

Det efterfølgende tredje trin i databearbejdningen er en operationalisering og systematisering af de identificerede meningsbærende enheder. Dette betyder, at enhederne gennemgås og vurderes yderligere, hvorved data dernæst er klar til en rekontekstualisering. I denne sidste fase af dataanalysen er formålet at koble de udvalgte kategorier af meningsenheder på nye måder for derved at kunne svare på problemformuleringen og fremkomme med en ny forståelse af studiets emne. I den hermeneutiske fortolkning sker rekontekstualiseringen indenfor en bred referenceramme, idet denne tilgang fordrer, at der søges mod at se sagen i dens enhed og i dens kontekst. Herved kommer en af hermeneutikkens centrale principper til udtryk, i form af en kontinuerlig proces frem og tilbage mellem tekstens enkeltdele og helhed, hvilket giver mulighed for at opnå en dybere forståelse af data (30).

| Umiddelbare kategorier | Meningsbærende enheder |
|--|---------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">• Erfaring med parforhold• Behov for nære relationer | Relationer & parforhold |
| <ul style="list-style-type: none">• Påvirkning fra indlæggelse• Seksuelle udfordringer relateret til sygdom og behandling• Medicin | Sygdom, behandling & indlæggelse |
| <ul style="list-style-type: none">• Beskrivelser af egen seksualitet | Oplevelse af seksualitet |
| <ul style="list-style-type: none">• Håndtering af udfordringer | Mestring |
| <ul style="list-style-type: none">• UKU bivirkningsscreening• Samtalen om seksualitet | Barrierer for samtalen om seksualitet |
| <ul style="list-style-type: none">• Patientinvolvering• Informeret samtykke | Patientinddragelse |
| <ul style="list-style-type: none">• Ønsker til håndtering af seksualitet og samtalen herom | En åben dialog |

Tabel 2.

5. Præsentation af fund

I de følgende afsnit vil afhandlingens informanter samt den indsamlede empiri blive præsenteret.

5.1 Præsentation af informanter

I nedenstående tabel 3 vil afhandlingens informanter blive præsenteret.

| Niels | Karin | Signe | Lisa |
|--|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Mand • 46 år • Homoseksuel • Single • Diagnosticeret med paranoid skizofreni siden 2000 • I antipsykotisk behandling med Abilify • Seneste indlæggelse har varet 4 måneder • Har færdiggjort lang videregående uddannelse • På overførselsindkomst • Har ikke registreret gennemført UKU-screening i Sundhedsplatformen | <ul style="list-style-type: none"> • Kvinde • 44 år • Biseksuel • Single • Diagnosticeret med paranoid skizofreni siden 2008 • I antipsykotisk behandling med Abilify • Seneste indlæggelse har varet 3 måneder • Har færdiggjort lang videregående uddannelse • På overførselsindkomst • Har registreret gennemført UKU-screening i Sundhedsplatformen | <ul style="list-style-type: none"> • Kvinde • 24 år • Heteroseksuel • Single • Diagnosticeret med paranoid skizofreni siden 2019 • I antipsykotisk behandling med Olanzapin og Abilify • Seneste indlæggelse har varet 5 måneder • Uddannelsessøgende • På overførselsindkomst • Har registreret gennemført UKU-screening i Sundhedsplatformen | <ul style="list-style-type: none"> • Kvinde • 26 år • Heteroseksuel • Single • Diagnosticeret med paranoid skizofreni siden 2014 • I antipsykotisk behandling med Clozapin og Abilify • Seneste indlæggelse har varet 3,5 måneder • Uddannelsessøgende • På overførselsindkomst • Har ikke registreret gennemført UKU-screening i Sundhedsplatformen |

Tabel 3.

5.2 Resultater

I følgende afsnit vil centrale fund identificeret i den indsamlede empiri blive præsenteret.

5.2.1 Seksualitet som raskhedsfaktor

Op til sin indlæggelse brugte Signe sex som et frirum fra sygdommen, hvorfor hun også oplevede, at det påvirkede hendes livskvalitet og selvbillede, da sygdommen fratog hende dette frirum:

”Altså jeg har brugt sex, og det kan jo tolkes negativt eller positivt, som sådan en escape. Et frirum hvor jeg har det godt. Så det med at det blev taget fra mig, fordi jeg ikke havde lyst, og derfor ikke kunne danne det frirum, skrive med folk og onanere og sådan, det tror jeg da klart, har taget noget af min livskvalitet fra mig. Så har jeg bare hele tiden været syg, hele tiden haft det skidt og bare været på et hospital. Før kunne jeg skabe det frirum, hvor jeg escaper fra min sygdom, og hvor min sygdom er lige meget. Og lige pludselig var det ikke lige meget med min sygdom, fordi den kom ind og spillede en rolle der også”.

Hun fortsætter:

”Jeg synes det gjorde at jeg følte mig mere syg, for der er mange ting sygdommen gør, at jeg ikke kan. Jeg kan ikke gå ud at handle alene for så får jeg angstanfald, og jeg kan ikke det ene og jeg kan ikke det andet. Jeg kan ikke finde ud af at fungere i mit hjem, og derfor er jeg indlagt, og så kom der den der oveni; ”du kan ikke engang have sexlyst”. Altså du kan ikke engang have sex. Det var jeg ret ked af det over, fordi jeg har altid været meget glad for at have en stor sexlyst og glad for at være sammen med mange partnere og det var ligesom en del af min identitet der blev svækket pga. sygdommen”.

Seksualitetens positive indvirkning på hendes liv blev altså truet af Signes sygdom og dennes indvirkning på hendes sexlyst. Hun erfarede dog også, at hun ikke på samme måde havde behov for den ”escape” da hun blev indlagt og tillod sig selv at fokusere på sygdommen for at få det bedre:

”Jeg tror måske også, at jeg havde brugt sex op til indlæggelsen, da jeg havde det rigtigt skidt, som en vej til at glemme at jeg havde det dårligt. Og lige pludselig var jeg på et hospital, hvor man godt måtte have det dårligt og være i det, for at kunne få det bedre. Så havde jeg måske ikke lige så meget brug for den der escape, som sexen havde været for mig før”.

Både Karin og Lisa beskriver ligeledes, hvordan sex bidrager positivt til deres liv og generelle trivsel.

Karin:

”Det der med at få en orgasme kan godt være stressnedsættende synes jeg nogle gange (griner) (...) Altså det med at man kan få orgasme, hvis man er stresset over et eller andet”

Og Lisa:

” Det kan gøre at man føler sig værdsat, at man føler sig smuk og dejlig, som man måske ikke føler sig normalt. At man bliver bekræftet”.

For Lisa kan det i perioder, hvor hun har det psykisk dårligt, være problematisk, idet hun ikke har lyst eller overskud til at opsøge situationer, hvor hun kan få de positive psykologiske effekter, som hun normalt opnår ved seksuelle aktiviteter:

”Det kan godt være lidt et hul, der forstærker sig selv. Man har det dårligt, man kan ikke overskue at opsøge noget som helst, kærlighed eller andet. Man trænger til bekræftelse, men man får det måske ikke så meget”.

5.2.2 Oplevelse af seksualitet

Lisa beskriver sin seksualitet således:

”Jeg var ret tidligt ude. Jeg tror, jeg var 14 da jeg mistede min mødom, og har egentlig altid, i hvert fald for det meste, hvilet i min egen seksualitet. Jeg har ikke været sådan super opsøgende og udadvendt, men har hvilet meget i det”.

Signe beskriver sin seksualitet som meget lystbetonet og stærk:

”Jeg har altid været meget glad for at have sex (...) jeg har i hvert fald haft ret høj sexlyst, været sammen med mange fyre, og har været meget glad for at have sex og sådan. Jeg har både haft lidt faste partnere og så ellers lidt forskellige. Jeg har aldrig været den der har onaneret så meget, men i perioder hvor jeg måske ikke har fået så meget sex, så har jeg onaneret i stedet for. Men jeg har mest søgt samleje, det er det jeg får mest ud af (...) Jeg tror nogle gange, at jeg har været lidt manisk med min sex. Altså ikke sådan at jeg har mani, men sådan at når jeg går i gang, så har jeg sex med

alle mulige. Så er jeg meget lystbetonet og har en meget stærk seksualitet, hvor jeg rigtig gerne vil udforske og være sammen med nye mennesker. Så det gjorde jeg faktisk i en periode op til den her indlæggelse. Hvor jeg i foråret og sommeren var sammen med mange forskellige og havde stort sexdrive”.

Både Signe og Lisa beskriver deres seksualitet med primært fokus på den konkrete seksuelle handling og skelner ikke mellem ”sex” og ”seksualitet”. De beskriver således deres seksualitet som noget, som de overordnet hviler i, og som bidrager overvejende positivt til deres hverdagsliv.

I modsætning hertil giver Karin udtryk for et andet syn på sin seksualitet, idet hun oplever tvivl og usikkerhed relateret hertil:

”Der var meget tvivl. Det var blandt andet måske det der har været medvirkende, for det stressede mig meget, min tvivl om min seksualitet (...) om det var en del af min sygdom (...) Jeg snakkede faktisk med min læge om det kunne være en vrangforestilling at være biseksuel nærmest. Fordi mit forløb havde noget med det at gøre, og det mente hun ikke. Så det beroligede mig lidt og så har jeg undersøgt det lidt og der er også andre i verden der er biseksuelle, så det er ikke bare en fantasi i mit hoved”.

Karin beskriver i citatet den tvivl, som hun oplever ift., hvorvidt hendes seksualitet er et udtryk for en vrangforestilling på baggrund af hendes sygdom. Derudover beskriver hun nedsat selvværd, dette specielt vedrørende hendes seksuelle formåen og erfaring:

”Men det har også noget at gøre med, at generelt har jeg haft mindreværdskomplekser omkring fysikken og jeg har altid set sex som en fysisk aktivitet, så mine generelle mindreværdskomplekser omkring fysisk aktivitet er blevet forplantet til sex, kan man sige (...) Jeg havde meget mindreværdskompleks om min seksuelle formåen (...) sådan rent teknisk, at jeg ikke kunne de tekniske elementer af den seksuelle akt, og hvad man skulle og hvad man ikke skulle. Noget af det jeg forventede man skulle, kunne jeg ikke lide og hvad så?”.

Og:

”Jamen jeg føler fx føler jeg at det er pinligt at jeg ikke har haft en kæreste og sådan noget. At jeg ikke ved hvordan man scorer på en bar og sådan noget”.

I lighed med Karin, der oplever, at hendes seksualitet påvirkes af forskellige faktorer som tvivl, usikkerhed og nedsat selvværd, beskriver Niels faktorer der både tidligere har påvirket og aktuelt påvirker hans seksualitet, da han i sin ungdom blev udsat for et seksuelt overgreb:

”Jeg havde en affære med en som jeg var rigtigt glad for. Lige før vi for alvor begyndte at have et seksuelt liv sammen, blev jeg drugraped (...) det der skete med mig, det var at jeg fik en meget høj seksualitet, men jeg havde det så skidt med mig selv og troede ikke at der var nogen der ville være sammen med mig, seksuelt og sådan. Så jeg var ikke ude at søge noget seksuelt, så til sidst forsvandt min seksualitet i sådan noget skyld og skam. De første par måneder jeg var indlagt i Roskilde, havde jeg ingen seksualitet overhovedet, så på den måde kan man også sige, at hvor meget der egentligt er medicinens rolle og hvor meget der egentligt er traumatiske oplevelsers rolle ift. det seksuelle, det spiller meget sammen hos mig”.

Niels beskriver her, hvordan det seksuelle overgreb resulterede i følelser af skyld og skam, hvilket påvirkede hans sexlyst. Derudover blev han indlagt på psykiatrisk afdeling og startede i behandling, hvilket også påvirkede hans seksualitet.

I kommende afsnit fokuseres der på hvordan selve behandlingen og indlæggelsen kan påvirke seksualiteten hos mennesker med skizofreni.

5.2.3 Erfaring med sygdoms- og behandlingsudløste seksuelle vanskeligheder

Lisa beskriver, hvordan hun har fået svært ved at få orgasme, efter at hun begyndte på medicinsk behandling med antipsykotika:

”Det har jeg nemlig haft rigtigt svært ved, det med at få en orgasme (...) Det er også kommet efter jeg begyndte at få medicin faktisk”.

Også Signe oplevede at hun mistede sin sexlyst efter opstart med et specifikt antipsykotisk præparat:

”Så blev jeg jo indlagt, og så kom jeg på Serdolect, som gjorde, at jeg fik ingen sexlyst whatsoever, altså den var helt væk. (...) Og jeg lagde ikke mærke til det i starten, men da nogle af dem jeg sådan havde haft sex med før indlæggelsen, da de ligesom skrev til mig, og måske gerne ville dirty talk, så kunne jeg godt mærke sådan ”hov, det har jeg slet ikke lyst til”. Og det var sådan der det gik op for mig ”hov, hvor er min sexlyst, det havde jeg før jeg startede på den medicin, selvom jeg var indlagt, stadig lyst til” så det var sådan. Og datede jo også på hospitalet og havde lyst til ham før jeg startede op på Serdolect, men den forsvandt ligesom, lysten... Og havde overhovedet ikke lyst til at onanere eller sådan. I al den tid jeg var på Serdolect. Altså der var intet, sådan... Altså jeg kunne heller ikke sådan tænke på noget, der sådan kunne ophidse mig. Det synes jeg var rigtig mærkeligt. At den bare sådan helt forsvandt”.

Både Signe og Lisa har oplevet seksuelle bivirkninger i form af nedsat lyst og problemer med at få orgasme i forbindelse med den antipsykotiske behandling, hvilket har haft en negativ indvirkning på deres seksualitet. Karin har også oplevet ændringer relateret til sin seksualitet efter opstart af antipsykotisk behandling, men har en anden mere positiv oplevelse heraf:

”Jeg har lettere ved at få orgasme. Altså det varierer lidt, nogle gange havde jeg lettere ved at få orgasme, lige da jeg fik medicinen første gang og også nu. Og så falder det ligesom væk, og så bliver det en periode hvor jeg ikke får orgasmer, og så kommer det igen sådan i perioder (...) Jeg ved ikke, om det har noget med medicinen at gøre overhovedet, eller om det er nogle andre faktorer (...) Jeg har haft sådan noget identitetsforvirring (...) Det har nok været, når jeg har været forvirret, at den kommer let (orgasmen red.)”.

Karin oplevede, at hendes evne til at opnå orgasme ændrede sig i forbindelse med påbegyndelsen af den antipsykotiske behandling, men at evnen hertil i perioder varierer alt efter, hvordan hun mentalt har haft det.

Niels har også erfaring med medicinsk behandling med antipsykotika, hvilket dog for ham har været en udfordrende proces, idet han flere gange selv er stoppet på medicinen grundet bivirkninger, og derefter er blevet indlagt på psykiatrisk afdeling:

"Jeg har været svingdørspatient de sidste to år, hvor jeg har været ind og ud hele tiden, fordi jeg ikke har villet tage medicin (...) Jeg synes ikke, det er løsningen på noget som helst, det er en lindring, og jeg har det også bedre når jeg er på medicin, end jeg har, når jeg ikke er det. Men jeg har det ikke godt nok på medicin. Jeg synes, der er ret store og ret seriøse bivirkninger ved den medicin, jeg får (...) Primært forstoppelse og det synes jeg giver en hæmning både ift. at dyrke sport og ift. at fungere normalt. Du går og har ondt i maven, og jeg ved ikke, hvad jeg skal gøre ved det. Altså, jeg synes det der med at være forstoppet, det påvirker mig rigtig meget. Jeg ved godt det ikke er farligt, men det er bare mega ubehageligt. Og det går også ind og påvirker ens sexlyst og ens formåen på det område".

Niels beskriver bivirkninger til den medicinske behandling, der indirekte påvirker hans seksualitet, bl.a. hans sexlyst. Derudover beskriver han, hvordan sygdommen og psykotiske episoder fjerner fokus fra seksualiteten og påvirker muligheden for at indgå i intime relationer med andre:

"Altså når du er forstoppet, så får du altså nogle seksuelle dysfunktioner. Altså du kan ikke rigtig, på samme måde som din partner kan (...) Der er en hel del af livet som du på mange måder er udelukket fra (...) Medicinen har en effekt. Sygdommen har også en effekt. Altså du mister din seksualitet på overfladen, men du har jo stadigvæk drifterne. Ligesom, du mister ikke drifterne fordi du er psykotisk, men de bare ikke i fokus på samme måde (...) Det er også svært at få et stort sexliv, hvis du føler, at du ikke rigtig nyder det. Altså så er det sådan "why bother".

Ligesom Niels beskriver, at sygdom og behandling påvirker hans seksualitet, oplever Lisa ligeledes, at hendes seksualitet og interessen for intime relationer ændrer sig i perioder med forværring af sygdom:

"Jeg har det sådan, at i de perioder, hvor jeg har haft det godt, har jeg været på Tinder og egentlig været ret opsøgende. Og så i de perioder, hvor jeg har haft det dårligt, har jeg været sådan helt ude. Så det er sådan, gået meget op og ned".

Lisa oplever, at der ikke på samme måde er plads til seksualiteten, når hun har det dårligt, fordi sygdommen fylder i stedet:

”Det har bare været en følelse af, at der ikke er plads til at være et seksuelt væsen, når man har det dårligt, fordi der er så meget andet, der fylder. Man er lidt i sådan en boble (...) Dels er man et sted psykisk, hvor man ikke kan, men man er også et sted fysisk, hvor man ikke kan tænke på det (...) Det er bare en meget sådan asexuel ting at være indlagt”.

Lignende oplevelser af sygdommen som en belastning for seksualiteten har Signe haft:

”I starten da jeg blev indlagt, var det meget sådan, der blev det bare sådan lidt tilsidesat, fordi der var så mange andre ting at skulle arbejde med, at jeg slet ikke sådan tænkte over at skulle være sammen med nogle. Der var så mange indtryk, og hospitalet er heller ikke lige sådan... (griner)”.

Lisa fortæller yderligere, at hun i perioder med forværring af sin psykiske tilstand fortsat har haft lyst, men at denne i disse perioder har været ændret:

”Den har været der. Men den har været anderledes (lysten) (...) Altså der kan godt være sådan en meget grundlæggende følelse af, at det kan jeg slet ikke overskue. Jeg kan ikke overskue at være noget for nogen, og jeg kan ikke overskue at skulle gå i seng med nogen. Og der er nærmest sådan en modstand, eller en afsky for det nærmest. Jeg ved ikke, om afsky er det rigtige ord. Men det har ligesom været sådan, at jeg, når jeg har haft det dårligt på den måde, så har jeg været rimelig meget i cølibat, fordi jeg ikke har kunnet lide tanken om det”.

Signes nedsatte og ændrede lyst blev bl.a. synlig gennem en intim relation til en fyr, som hun datede i forbindelse med sin indlæggelse:

”Altså jeg sås fast med en op til min indlæggelse, som jeg blev droppet af da, jeg blev indlagt og så datede lidt igen. Der kunne jeg godt mærke at der var en ændring fra, da vi havde haft noget op til min indlæggelse, hvor jeg, altså jeg havde det jo ret skidt, søgte meget tryghed i at have sex og have en fast partner. Da jeg så blev indlagt og droppet af ham, mistede jeg den lyst, og da vi så genoptog kontakten, der havde jeg lyst til at have sex, men ikke i lige så høj grad som jeg havde før (...). Altså, jeg tror, at der nok var flere ting i det, bl.a. sådan noget med at jeg havde lavet selvskade og var bange for at vise det frem. Jeg kan huske, at jeg tænkte meget ”åh nej, nu skal han se det og det”, og det havde jeg måske ikke lige lyst til”.

I citatet tydeliggøres, at flere faktorer som fx Signes psykiske tilstand og symptomer i form af selvskade påvirker hendes lyst og interesse for sex og intime relationer. Ligeledes synliggøres, hvorledes både hensigten med at indgå i relationen samt oplevelsen og motivationen for den seksuelle lyst ændrer sig for Signe undervejs i hendes sygdomsforløb.

Udover nedsat lyst oplevede Signe også nedsat evne til lubrikation:

”Altså jeg havde så lidt sexlyst, at jeg ikke engang prøvede at onanere i den periode, så jeg ved ikke om jeg kunne, hvis jeg ville. Jeg oplevede i hvert fald ikke, at jeg blev våd, hvis jeg tænkte eller prøvede at fremprovokere noget, overhovedet”.

Dysfunktionerne, der bl.a. ligger til baggrund for Niels’ ønske om at være medicinfri, er ændret seksuel lyst og nedsat evne til at få orgasme:

”Det er sværere for alvor at mærke en reel lyst. Rent teknisk er det også svært for mig at få orgasme og komme, når jeg er på medicin (...). Medicinen gør, at du ikke er til stede seksuelt på samme måde, som når du er af medicinen (...). Det er sværere, når du ikke rigtig kan mærke din lyst at give dig hen til din partner. Så det er en hindring for en stor del af livet og det er også en af hovedårsagerne til, at jeg gerne vil prøve ikke at være på medicin. Men det nytter jo ikke noget, når jeg får det så dårligt, som jeg gør, når jeg ikke er på medicin”.

Niels beskriver derudover, hvordan ændringerne i hans seksualitet efter genoptagelse af antipsykotisk behandling endte med at påvirke hans seksuelle adfærd med yderligere konsekvenser for hans generelle sundhed og trivsel til følge:

”Specielt når du starter på Abilify, kan det have den bivirkning, at du får rigtigt meget lyst til sex. Der havde jeg et tidspunkt, hvor jeg var på det, hvor jeg fik så meget lyst til sex, at jeg bare var sammen med en. Det var ret for nyligt, her i efteråret. Jeg brugte ikke kondom eller noget som helst, så jeg blev faktisk ret angst. Så jeg har været i HIV behandling også. Det er, som om det bare stiger rigtigt meget, og så falder det lidt ned, men ikke ned til så lavt niveau som det var, før jeg blev syg, men et mere normalt accepteret niveau”.

På baggrund af de seksuelle ændringer som Niels oplever, udvikler han seksuel risikoadfærd, som medfører en øget belastning af hans psykiske tilstand. Han beskriver dog også, hvordan de seksuelle ændringer har positive følger, idet han oplever at den seksuelle lyst når et mere "normalt accepteret niveau" for ham.

5.2.4 Erfaringer med samtalen om seksualitet under indlæggelse

Niels mener, at det er vigtigt, at samtalen om seksualitet finder sted under indlæggelsen, da det kan have betydning for adhærensens ved behandlingen af skizofreni:

"Jeg synes, det skal være et fokuspunkt, for det kan være en driver for ikke at tage medicin. Det kan virkelig være en driver for ikke at tage medicin. Udover det, så er det også en stor del af livet, så selvfølgelig skal det være en del af det, man taler om".

Han har dog ikke selv erfaring med, at der er blevet talt med ham om seksualitet under nuværende eller tidligere indlæggelser, dette på trods af historik med seksuelt overgreb:

"Overhovedet ikke, ikke om seksualitet på den måde. Nu har jeg jo også gået og sagt at jeg var blevet drugraped. Det er heller ikke, fordi der er blevet talt specielt meget om det. Det er mere mig selv, der er kommet ind på det. Der er ikke nogen, der har taget initiativ til nogle samtaler om seksualitet. Det har jeg ikke oplevet".

Heller ikke Lisa er blevet talt med om seksualitet under indlæggelsen, hvilket hun har undret sig over grundet de mange seksuelle risikofaktorer, som sygdom og behandling disponerer for:

"Det har været meget ikke-eksisterende faktisk (...). Det har ikke fyldt overhovedet i samtalerne (...). Jeg har faktisk også tænkt over det, at det egentligt var lidt mærkeligt, at det ikke var en del af det (...). Fordi det alligevel er en stor ting, og hvis det også er noget, som mange andre oplever. Både med selve skizofrenien, men også medicinen man får imod det og alle de følelser, der følger med".

Karin erindrer ikke at være blevet spurgt ind til emnet, men fremstår også uforstående over, hvorfor det skulle være nødvendigt, da hun ikke er i et parforhold:

"Ikke her i hvert fald, ikke så vidt jeg kan huske (...). Men jeg tænkte også, at det var ganske unødvendigt, hvis ikke du har en partner, hvorfor er det så vigtigt, om du har øget sexlyst eller ej. Fordi jeg tænkte, at det er kun, hvis man er i et forhold, at det egentligt har betydning".

I citatet understreges vigtigheden af, at det skal undersøges grundigt, hvorvidt et seksuelt symptom er til subjektiv gene for personen, og om denne ønsker behandling for problemstillingen. Denne pointe fremhæves også af Signe:

"Jeg tænker, at når man har samtalen, så er det vigtigt at være opmærksom på, at det jo kan være, at man er et sted, hvor man har det fint med, at man har mistet sin sexlyst, og så synes jeg ikke, man skal gå ind og bore og nage. Det er noget med at finde ud af, hvordan det påvirker patienten ikke at have sexlyst, så det heller ikke bliver et overgreb; "Nu SKAL vi snakke om din manglende sexlyst", altså jeg tænker, at det er sådan en vurderingssag fra person til person".

En metode til at vurdere dette er gennem den obligatoriske UKU bivirkningsscreening. Niels erindrer dog ikke at have fået udført denne under indlæggelsen, men mener heller ikke, at det har været nødvendigt, da han har været i behandling med Abilify tidligere:

"Jeg har ikke sådan en speciel erindring om det. Jeg tror det faktisk ikke. Ikke direkte en screening (...) Nu har jeg jo været på Abilify i mange år og kender præparatet nogenlunde, så det var egentligt ikke nødvendigt, at der var nogen, der talte med mig om bivirkningerne".

Niels' udsagn er dog interessant, idet han tidligere giver udtryk for, at samtalen om seksualitet og seksuelle dysfunktioner er yderst relevant ift. forebyggelse af medicinsvigt og genindlæggelser.

Signe har under nuværende og tidligere indlæggelser gennemgået bivirkningsscreeninger flere gange, men har oplevet, at disse ofte har været mangelfulde vedrørende de seksuelle bivirkninger:

"Altså det var meget som at læse et spørgsmål op; "Har du haft nedsat sexlyst", så har jeg svaret på det, og så er vi gået videre. Men der tror jeg også, at jeg har været meget sådan "det tror jeg ikk", hvor jeg har været lidt tøvende. Altså jeg har ikke sagt "NEJ, det har jeg ik" eller "JA, det har jeg". Og så har de ikke sådan snakket videre med mig om det. Jeg har aldrig fået yderligere spørgsmål

omkring det. Hvis jeg har sagt sådan tilnærmelsesvist "Nej" så har det ligesom været et "Nej!", og så er vi gået videre i teksten".

Hun har ikke følt, at der var plads til at kunne fortælle om de udfordringer, som hun oplevede i forhold til sin seksualitet. Det tilskriver hun bl.a. personalets ageren i samtalen, idet de ofte bliver akavede og taler om de andre bivirkninger, eller slet ikke spørger ind til de seksuelle bivirkninger:

"Nej, det synes jeg faktisk ikke rigtigt, at der har været rum til (...) Jeg synes, mange af dem er sådan lidt akavede omkring det spørgsmål. Altså de er ikke så cool omkring det (griner). Og det smitter lidt af, hvis de er akavede omkring spørgsmålet, så bliver jeg også lidt akavet omkring spørgsmålet. (...). Der er mange psykiatere, der bliver sådan (laver stemmen om) "Nå ja, det her er et lidt privat spørgsmål", og der har jeg bare lagt mærke til, at spørgsmålet nogle gange ikke kommer op".

Også Karin beskriver, hvordan hun oplever at være svært ved at tale om seksualitet med personalet grundet egne grænser og skam over sin seksuelle status:

"Altså alle detaljer om sex, hvis ikke vittigheder, er grænseoverskridende for mig (...) Jeg vil sige, at det synes jeg er en rigtig dårlig ide, fordi det er meget grænseoverskridende. Så det ville jeg slet ikke bryde mig om. Man kan godt sige det der "har du øget eller ikke øget", som nogle skemaer gør, men ikke gå i detaljer (...). Jeg ville blive irriteret eller vred, fordi jeg synes, det er grænseoverskridende, og hvorfor skal lægerne vide sådan noget (...) Der er nogle, der er seksuelt aktive og skammer sig over det, eller også er der de omvendte som mig, der ikke er seksuelt aktive og skammer sig over det"

Grundet emnets følsomme karakter er det derfor også ifølge Niels vigtigt, at personalet skaber et rum, hvor der er plads til at tale om seksualitet, samtidig med at de er opmærksomme på den enkelte persons grænser og behov:

"Ja altså, at skabe et rum, hvor det er muligt og tilladt for patienten at gå ind i det seksuelle. Nogle gange så er det bare lidt lukket, fordi det er svært at tale om (...). Det er kulturelt tænker jeg. Det lyder meget anmassende at skulle tale om det. Fordi det er meget, meget personligt. Og det kan også godt virke som et overgreb, hvis man taler overdrevet om det. Så man skal være meget

fintfølelse overfor patienterne. Altså lade patienterne selv bringe det på banen. Og også lade patienterne selv afslutte det, hvis det er noget, som de ikke magter at tale om”.

Dette kan iflg. Niels lade sig gøre hvis personalet er bevidste om egne grænser og begrænsninger og lytter til patienten:

”Fremfor alt; lyt til patienterne. Det er det eneste jeg sådan har at sige (...). Lyt og grib den. Det kan godt være, at du som medarbejder, ikke kan tage den samtale med patienterne. Men så vær ærlig, ”der er en, der har åbnet op omkring noget seksualitet, jeg kan ikke rigtigt håndtere lige den del, er der ikke nogen andre, der vil tale med patienten”, i stedet for at skjule det eller lade være med at følge op (...). Det kræver jo, at man er professionel og man har en professionel holdning til det”.

Signe mener, at personalet ved ikke at bringe seksualitet op i samtalen indirekte fortæller patienten, at emnet ikke er vigtigt nok til at blive prioriteret:

”Jeg kan huske, at du lavede den der bivirkningsscreening, hvor jeg jo svarede at jeg havde nedsat sexlyst. Men lægen tog det jo ikke op som en problematik, det var heller ikke, derfor hun skiftede medicinen, og når vi snakkede om, at jeg skulle skifte, så blev det ikke nævnt. Det tror jeg måske hænger lidt sammen med at sige ”jamen patienterne føler ikke, at det er vigtigt”, eller ”er det vigtigt nok til at tale om?”. Det tror jeg også smitter af, at når personalet ikke bringer det op, er det nok ikke vigtigt at tale om. Altså lægen spurgte jo ind til kvalmen ved Abilify, men spurgte ikke ind til det andet”.

Hun understreger derfor, at der ligger et stort ansvar hos personalet ved udførelsen af screeningen ift. at være opmærksom på både det der bliver sagt og det der ikke bliver sagt.

”Det er et ømt emne, så jeg tror, der er mange, der kommer til at sige ”nej det er ikke et problem” og i virkeligheden er det et problem. Altså jeg tror, fordi resten af spørgsmålene er så fysiske ”Nå men ryster du?” De handler om mange ting, man kan se, hvor det andet er et mere privat spørgsmål, der lige pludselig popper op i den der bivirkningsscreening, og derfor tror jeg også at man skal være mere opmærksom på, om der tøves, om der gives et ordentligt svar, og så lige bore lidt ind i det ik?”.

Signe finder det ærgerligt, at hun ikke har haft samtalen om seksuelle bivirkninger ved starten på indlæggelsen, da hun mener, at hun derved ville have kunnet tage et mere oplyst valg omkring sin medicinering:

"Jeg synes måske også, at det er ærgerligt, at jeg ikke har haft den fra starten af indlæggelsen. At det ikke er noget, de har sagt, jeg skal holde øje med eller være opmærksom på (...). Jeg føler, at under den her indlæggelse, hvor jeg har fået noget medicin med en ret høj risiko for at miste sexlysten, der havde det været rart at vide på forhånd. Det havde været rart, da de gav mig præparatet, at de lige havde sagt "det er en af de mest almindelige ting, at du mister din sexlyst", og at de så havde fulgt op på det ik? I stedet for at jeg ligesom brændte nogle broer, ikke forstod mig selv rigtigt, og først lagde mærke til det senere i forløbet. Så tror jeg, at jeg havde følt mig bedre klædt på til medicinen, og det synes jeg er ret vigtigt. Altså jeg kan godt lide, at man ikke bare er en patient, der bliver proppet med piller af psykiateren. At man også har noget at sige, at man selv er involveret i det, selv kan holde øje med ting, så man føler sig mere involveret i behandlingen. Det føler jeg måske ikke, at jeg blev, oplyst i min behandling i den her omgang. Det ville jeg gerne have været. Så det bliver et valg, hvor man enten siger "det kan jeg godt leve med" eller "det kan jeg ikke leve med".

Lisa mener også, at en åben samtale med plads til at tale om seksualitet vil give bedre forudsætninger ift. at hjælpe folk med at håndtere deres behandling og eventuelle bivirkninger og dysfunktioner relateret hertil:

"Det skulle være sådan en åben og accepterende samtale, hvor der er plads til, at man kan svare på spørgsmålene, hvor spørgsmålene ikke sådan lægger op til nogle bestemte svar. Sådan en åben snak (...). Det kunne måske gøre, at man blev mere opmærksom på de problemer, der kan være. Og man kunne måske bedre hjælpe folk med at håndtere deres bivirkninger, hvis man faktisk havde et billede af de seksuelle bivirkninger, der kunne være".

6. Diskussion

I de følgende afsnit vil de fire overordnede temaer identificeret og gennemgået i afsnit 5 blive diskuteret med udgangspunkt i studiets empiri og den relevante forskning på området.

6.1 Seksualitet som raskhedsfaktor

3 ud af 4 informanter i nærværende studie beskriver direkte, hvordan deres seksualitet bidrager positivt til deres generelle trivsel ved at fungere som "en escape" og en måde at håndtere stressede perioder i deres liv. Informanten Signe beskriver, hvordan sex giver mulighed for et frirum fra skizofrenien og dens symptomer ved at være et sted, hvor hun får en oplevelse af at være velfungerende på trods af udfordringer relateret til hendes diagnose. Om end evidensen herfor endnu er sparsom, ses det at et velfungerende seksualliv kan fungere som et "eksistentielt helle", ved at være en måde for mennesker med kronisk eller livstruende sygdom at opnå livsmod og ressourcer til at mestre vanskelige situationer (4,31).

Derudover beskriver informanterne, hvordan sex og seksualitet er en måde, hvorpå de kan opnå bekræftelse og føle sig værdsat. Disse fund er i tråd med resultater fra befolkningsundersøgelsen Projekt SEXUS (2), hvor der er spurgt ind til respondenternes grunde til at dyrke sex. Hertil svarer 58% af seksuelt aktive mænd og kvinder i alderen 15-89 år, at de ofte eller hver gang har sex for at opnå afspænding og velvære, 76% har ofte eller hver gang sex for at give og modtage kærlighed og omsorg, 40% har ofte eller hver gang sex for at blive bekræftet og slutteligt har 47% ofte eller hver gang sex for at føle sig begæret.

I sexologien tales undertiden om seksualitetens 6 R'er, der omhandler de psykologiske, biologiske og relationelle dimensioner et seksuelt møde bevidst eller ubevidst kan indeholde (3). I de 6 R'er indgår dimensioner som bl.a. Rehabilitering ("lynafløder" for hverdagslivets kriser og konflikter), Rekreation (kilde til glæde, velvære og leg) og Relaksation (afspænding og stressreduktion). Sammenholdt med resultaterne fra Projekt SEXUS kan det antages, at informanterne i dette studie derfor ikke afviger fra baggrundsbefolkningen, når det omhandler grunde til at have sex og indgå i seksuelle aktiviteter med sig selv og/eller andre.

Et studie af Huguelet et al. (32) med formålet at undersøge den seksuelle lyst og aktivitet hos kvinder med en psykoselidelse viser, at den seksuelle lyst hos kvinder med en psykoselidelse ikke afviger fra den seksuelle lyst, der opleves af kontrolgruppen af kvinder uden psykiatrisk diagnose. I studiet fandt man dog, at kvinder med en psykoselidelse i lavere grad end kontrolgruppen deltog i seksuelle aktiviteter. Studiet viste ligeledes, at der hos kvinderne med en psykoselidelse var en højere forekomst af "sexual-depression", forstået som en oplevelse af tristhed, ulykkelighed og nedstemthed vedrørende deres sexliv. Lignende oplevelser af sygdommens påvirkning på seksualiteten blev ligeledes udtrykt af informanten Lisa som "et hul, der forstærker sig selv". Projekt SEXUS undersøgelsen (2) viser at 80,4% af de adspurgte 15-89-årige svarede at et godt sexliv var vigtigt, meget vigtigt eller særdeles vigtigt for dem. I relation til dette er det oplagt at antage, at personer hvis seksualitet er påvirket af sygdom, behandling, og eventuel indlæggelse, vil have større risiko for "sexual-depression" og en generel nedsat sundhed og trivsel.

Når studiets informanter, større befolkningsgrupper og respondenter i kvalitative og kvantitative studier (2,9,10,11) er enige om, at seksualitet er en vigtig del af livet, der kan bidrage positivt med bio-psyko-soziale faktorer til at kunne mestre svære perioder og livssituationer; når seksualitet optræder flere steder i Maslows behovspyramide som et basalt menneskeligt behov (3); og når WHO definerer seksualitet som "... et centralt aspekt af det at være menneske livet igennem..." (3), så er det tankevækkende, at informanterne under deres indlæggelse ikke har oplevet, at emnet er blevet berørt eller prioriteret.

Det er potentielt problematisk, da seksuel sundhed og trivsel i flere tilfælde kan øge behandlingsmotivationen og mestringsevnen ved sygdom (4). Det er nærliggende at forestille sig, at f.eks. informanten Niels' ubehandlede seksuelle dysfunktioner er med til at fastholde ham i en negativ spiral, hvor dysfunktionerne og hans psykiske tilstand skiftevis påvirker hinanden med en negativ påvirkning af hans generelle sundhed og trivsel til følge. Dette gennem gentagne episoder med medicinsvigt, symptomforværring, indlæggelser og fortsat ubehandlede seksuelle dysfunktioner. Informanten Signe har erfaringer med, at hendes sexliv har positiv indflydelse på hendes generelle trivsel. Hun har ligeledes erfaring med, en efterfølgende følelse af nedsat livskvalitet, svækket identitetsfølelse og følelse af at være mere syg, da frirummet ikke længere var tilgængeligt. Det kan derfor antages at seksualiteten kan påvirke den generelle sundhed og trivsel

både negativt og positivt og derved kan fungere som en potentiel raskhedsfaktor hos mennesker med skizofreni.

6.2 Oplevelsen af seksualitet

Når informanterne i dette studie beskriver deres oplevelse af seksualitet, synliggøres flere temaer. Som beskrevet i afsnit 5.2.1 "Seksualitet som raskhedsfaktor" beskriver alle fire informanter seksualitet som et vigtigt område der på forskellig vis bidrager positivt til deres liv.

Informanten Karin beskriver dog også usikkerhed, nedsat selvværd og mindreværdskomplekser relateret til sin seksuelle formåen og erfaring samt tvivl om sin seksuelle orientering. Ydermere giver hun udtryk for tvivl om, hvorvidt hendes seksuelle orientering som biseksuel er en del af hendes psykotiske vrangforestillinger: "Der var meget tvivl. Det var blandt andet måske det, der har været medvirkende, for det stressede mig meget, min tvivl om min seksualitet (...) om det var en del af min sygdom (...)" og "Jeg havde meget mindreværdskompleks om min seksuelle formåen (...). Hos mennesker med skizofreni er dette ikke et ukendt fænomen, og det ses jævnligt, at det psykotiske tankeindhold og vrangforestillingerne er seksuelt præget. Dette kan antages at præge og medvirke til yderligere usikkerhed omkring egen seksualitet både under og efter psykotiske episoder (5).

I et review af Barker & Vigod (33) omhandlende seksuel sundhed hos kvinder med skizofreni, fremkommer resultater, der i lighed med studiet af Huguelet et al. (32) viser, at denne gruppe sammenlignet med den kvindelige baggrundsbefolkning ikke differentierer ift. grundlæggende seksuel lyst, seksuelle behov og behovet for seksuel tilfredsstillelse og intime forhold. Der ses dog blandt kvinder med skizofreni en øget utilfredshed med deres seksualitet, hvilket bl.a. kan skyldes hyppigere forekomst af seksuelle dysfunktioner, færre der indgår i parforhold samt både intern og ekstern stigmatisering. I forlængelse heraf findes i Östman & Björkmans kvalitative studie af seksualitet og parforhold hos 5 personer med skizofreni og 3 af disse partnere, en øget oplevelse af tvivl om egen seksuelle formåen og evne til at indgå i parforhold samt nedsat selvværd bl.a. relateret til egen fysiske fremtræden hos personerne med skizofreni (11).

Seksualitet og seksuel sundhed spiller en central rolle i menneskers oplevelse af deres egen sundhed og trivsel, hvilket tydeliggøres i afsnit 6.1. Ovenstående kan derfor antages at fungere som en

hæmmende faktor ift. udvikling af yderligere seksuelle problemstillinger samt påvirke den enkelte persons generelle sundhed og trivsel. Det kan i en negativ spiral påvirke seksualiteten yderligere.

I lighed med Karin oplever informanten Niels også følelser og tanker, der kan antages at have en hæmmende effekt på hans seksualitet. Niels beskriver i interviewet skyld, skam og manglende overskud til at indgå i parforhold og give sig hen til en partner som følge af sygdom, behandling og tidligere seksuelt overgreb: "(...) så til sidst forsvandt min seksualitet i sådan noget skyld og skam" og "Det er sværere, når du ikke rigtigt kan mærke din lyst at give dig hen til din partner".

I studiet af De Jager et al. (9) med formålet at undersøge udfordringer relateret til at udleve sin seksualitet, når man er diagnosticeret med en psykoselidelse, angiver halvdelen af de 28 informanter, at de har været udsat for et seksuelt traume, som efterfølgende har haft negativ indvirkning på deres oplevelse af seksualitet. Der ses generelt hos mennesker med skizofreni en øget forekomst af seksuelle overgreb, bl.a. fandt man i et studie med 44 kvinder med skizofreni at 47,6% af disse havde været udsat for et seksuelt overgreb, mens det hos kvinderne i kontrolgruppen drejede sig om 22% (33). Denne tendens kan formentligt også skyldes, at seksuelle overgreb i sig selv disponerer for udvikling af psykiske sygdomme som eksempelvis skizofreni (5).

Informanterne i studiet af De Jager et al. (9) beskriver i lighed med Niels skyld og skam, som de oplever som en barriere ift. kommunikation om deres traume. Dette betyder, at mange ikke har talt med deres psykiatriske behandlere herom, hvilket er problematisk ift. udvikling af seksuelle vanskeligheder og forværring af den psykiske tilstand. Disse kan ligeledes antages at påvirkes af Niels seksuelle orientering (homoseksuel), idet der hos LGBTQ+ personer ses en hyppig forekomst af minoritetstress på baggrund af bl.a. diskrimination, eksklusion, stigmatisering og chikane mv. Dette kommer til udtryk i Projekt SEXUS undersøgelsen (2), hvor der blandt homoseksuelle (11,1%) og biseksuelle mænd (23,4%) ses en højere andel af personer, der på et tidspunkt har udøvet selvskade sammenlignet med heteroseksuelle mænd (5,2%). Samme tendens ses hos homoseksuelle (25,7%) og biseksuelle (44,9%) kvinder sammenlignet med heteroseksuelle kvinder (8,8%). Andelen, der på et tidspunkt har haft selvmordstanker, er ligeledes markant større blandt homoseksuelle mænd (45%) og biseksuelle mænd (51%) end blandt heteroseksuelle mænd (21%). Tilsvarende er andelen større blandt homoseksuelle kvinder (44%), markant større blandt biseksuelle kvinder (63%) end blandt heteroseksuelle kvinder (25%).

Med denne viden om sammenhængen mellem seksuelle overgreb og psykisk sårbarhed og sygdom kan det antages, at Niels har været udsat for en øget eksponering både ift. udviklingen af skizofreni samt de seksuelle dysfunktioner, som han oplever. Derudover er det velkendt, at flere bio-psyko-sociale mekanismer (f.eks. rygning, medicin, skam, nedsat selvværd, social isolation, ensomhed mm.) kan påvirke følelses- og seksuallivet hos mennesker med psykisk lidelse, idet de i kraft af disse kan antages at være mere sårbare end baggrundsbefolkningen.

Det bliver ud fra ovenstående tydeligt, at en grundig anamnese, der inddrager biologiske, psykologiske og sociale aspekter, er vigtig ift. behandling af den psykiatriske diagnose, men ikke mindst i forbindelse med identificering og behandling af eventuelle seksuelle dysfunktioner. I Niels' tilfælde må det antages at have været yderst relevant, at alle aspekterne var blevet inddraget, da seksualitet kan fungere som en både udløsende, vedligeholdende og beskyttende faktor for Niels og hans psykiske tilstand og generelle trivsel.

6.3 Erfaringer med sygdoms- og behandlingsudløste seksuelle vanskeligheder

De 4 informanter i dette studie beskriver alle erfaringer med sygdoms- og behandlingsudløste seksuelle vanskeligheder, hvilket bl.a. kommer til udtryk som nedsat lyst, nedsat lubrikation og nedsat evne til at få orgasme. Derudover beskrives det af en af informanterne at hun i perioder oplever det som "at leve i en boble" (Lisa) og at "... der ikke er plads til at være et seksuelt væsen" (Lisa). Det er i forskningen velkendt, at mennesker med skizofreni i højere grad end baggrundsbefolkningen oplever seksuelle udfordringer og dysfunktioner. Bl.a. viser en metaanalyse af Zhao et al. (12), at risikoen for at udvikle seksuelle dysfunktioner er op til 2 gange højere med en skizofrenidiagnose end uden. Lignende resultater findes i det systematiske review af Dumontaud et al. (10), der peger på, at seksuelle dysfunktioner forekommer hos 30 – 82% af 18 – 70-årige med skizofreni sammenlignet med 30 – 50% blandt baggrundsbefolkningen. Det kan antages at skyldes varierende bio-psyko-sociale faktorer som belyst i afsnit 6.1 og 6.2 og som formodentligt kan øge risikoen for forringelse af den generelle sundhed og trivsel hos patientgruppen. Et studie af Dembler-Stamm et al. (34) havde til formål at undersøge forekomsten af seksuelle dysfunktioner hos mennesker med skizofreni, der ikke var i medicinsk behandling med antipsykotika sammenlignet med en rask kontrolgruppe. Grupperne blev sammenlignet indenfor domænerne: "sexual cognition and fantasy arousal", "sexual behaviour and experience", "orgasm" og "sexual drive and

relationship”, hvor gruppen med skizofreni påvist havde signifikant flere udfordringer relateret til disse områder end kontrolgruppen.

Eksisterende forskning konstaterer, som tidligere beskrevet i afsnit 2.2, at årsagerne til seksuelle dysfunktioner er bio-psyko-sociale, om end meget forskning fokuserer på de biologiske faktorer, herunder specielt den antipsykotiske behandling. Alle informanter har oplevet ændringer i deres seksualitet direkte relateret til opstart af et antipsykotisk præparat, men derudover beskriver de også, at de seksuelle vanskeligheder i perioder varierer i omfang og intensitet uafhængigt af den medicinske behandling.

Med udgangspunkt i ovenstående kan det diskuteres, hvorvidt det er hensigtsmæssigt, at fokus i en stor del af forskningen på området primært fokuserer på det biomedicinske aspekt af seksuelle dysfunktioner. Dette når forskningen samtidig viser, at årsagerne til seksuelle dysfunktioner er multifaktorielle og langt mere komplekse. Der må som konsekvens heraf være fare for, at både forskning og den kliniske praksis bliver ensporet og unuanceret, hvorved risikoen for mønstergenkendelse og dernæst mangelfuld behandling i mødet med patienten stiger, hvis ikke alle bio-psyko-sociale faktorer medtænkes.

6.4 Erfaringer med samtalen om seksualitet under indlæggelse

Som det fremgår af afsnit 5.2.4 viser studiets fund, at samtalen om seksualitet har været mangelfuld og nærmest ikke-eksisterende hos informanterne. De fortæller bl.a., at ”Det har været meget ikke-eksisterende faktisk (...) Det har ikke fyldt overhovedet i samtalerne (...)” (Lisa) og ”Der er ikke nogen, der har taget initiativ til nogle samtaler om seksualitet. Det har jeg ikke oplevet” (Niels). Desværre ses i den eksisterende forskning, at disse fund ikke er enestående, men at det derimod er en udbredt og gængs problemstilling hos indlagte patienter i både somatisk og psykiatrisk regi i ind- og udland. Blandt andet ses der i den danske spørgeskemaundersøgelse af Rundblad et al. (35) blandt 2356 nyligt diagnosticerede mænd og kvinder med hjertesygdomme i alderen 35-98 år, at 46,4% rapporterede om minimum én seksuel dysfunktion som følge af deres hjertesygdom. Af disse oplevede 48,6% af mændene og 58,8% af kvinderne ikke at føle sig informerede omkring seksualitet. 18,1% af mænd og 10,3% kvinder var blevet tilbudt rådgivning, hvilket blev accepteret af 67,3% af mændene og 72,6% af kvinderne.

Denne tendens er ligeledes ikke ualmindelig, hvilket blandt andet ses i Projekt SEXUS undersøgelsen (2), hvor der ud af de 19% af respondenterne der havde talt med en sundhedsprofessionel inden for de sidste 5 år, kun var 4%, hvor den sundhedsprofessionelle havde taget initiativet til samtalen, og 15% selv havde måtte tage initiativet hertil.

Adspurgte informanter i Östman og Björkmans (11) kvalitative undersøgelse beskrev lignende oplevelser om ikke at blive mødt af de sundhedsprofessionelle i samtalen om seksualitet, på trods af, at de flere gange forsøgte at bringe emnet op. I studiet problematiseres dette, da de pågældende informanter i lighed med 3 af dette studies informanter beskriver, at den manglende kommunikation og håndtering af de seksuelle udfordringer har betydning for ikke kun deres seksuelle, men også deres generelle sundhed og trivsel.

Ovenstående synliggør et gennemgående problem i den kliniske praksis, idet der på den ene side er en gruppe af patienter med skizofreni, massivt disponeret for seksuelle dysfunktioner, som efterspørger, at disse inddrages i behandlingen. På den anden side er der en gruppe af sundhedsprofessionelle, der ikke imødekommer dette ved at undlade at tage emnet op.

Problemstillingen udfoldes i artiklen "Sygeplejersker har svært ved at tale om sex" (19) hvor 1.502 sygeplejersker på både somatiske og psykiatriske afdelinger har svaret på, hvad der er den største barriere ved at tale med patienterne om deres sexliv. 32% er bange for, at det overskrider patientens grænser, 18% føler ikke, at de har viden nok om seksualitetens betydning i forbindelse med sygdom og 7% føler, at det overskrider deres egne grænser.

I forlængelse heraf giver informant Karin udtryk for at være uforstående overfor, hvorfor et så grænseoverskridende emne skulle være relevant ift. hendes psykiatriske behandling. Efterfølgende beskriver hun, at hun ville blive vred, hvis det blev taget op.

Herved synliggøres, at både patienter og sundhedspersonale er udfordret af samtalen om seksualitet. Begrebet "tovejstabu" (20) er allerede velkendt i både sexologien og den kliniske praksis. Barriererne relateret hertil er formentligt multifaktorielle, men kan antages at være forbundet med, at emnet for mange er sårbart, privat og grænseoverskridende at skulle dele med andre, både for patienten men også for den sundhedsprofessionelle. Disse barrierer kommer også til udtryk ved studiets informanter. Signe beskriver, hvordan hun oplever, at personalet bliver akavede, kortfattede og mindre grundige i deres spørgen til eventuelle seksuelle problemstillinger.

Lisa er aldrig blevet talt med om seksualitet, og Niels påpeger, at samtalen kræver stor opmærksomhed på den enkeltes grænser. Både han og de andre informanter italesætter vigtigheden af en god terapeutisk alliance for at kunne bringe seksuelle emner op i samtalen med sundhedsprofessionelle. Dette kan, som Niels beskriver det, være ved, at den sundhedsprofessionelle tager emnet op og skaber rummet for patienten til at dele sine udfordringer, hvis det for denne findes relevant.

Der er ingen tvivl om, at samtalen om seksualitet er fyldt med udfordringer for begge parter, men en væsentlig pointe i forbindelse hermed er, at den sundhedsprofessionelle i kraft af sit virke har en forpligtelse til at inddrage emnet i sin pleje og behandling af patienten. Dette ses bl.a. i "Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser" (16), hvor der står følgende: "Det skal som minimum fremgå af journalføringen om den sygefaglige pleje og behandling, at der er taget stilling til, om patienten har potentielle og/eller aktuelle problemer inden for følgende 12 sygeplejefaglige problemområder (...). Hvis et eller flere problemområder ikke er aktuelle for den enkelte patient, skal det også fremgå af journalen. Det kan ske med en meget kort angivelse i patientjournalen, så længe det blot tydeligt fremgår, at der er sket en vurdering af problemområderne (...). Aktuelle problemområder skal nærmere beskrives i relevant omfang med hensyn til de identificerede og bedømte behov og problemer, planlægning, udført pleje og behandling og opnåede resultater". Da seksualitet er et af de 12 sygeplejefaglige problemområdet, skal der jf. vejledningen tages stilling hertil ved hvert patientforløb.

Ligeledes er det i VIP-vejledningen "Psykotiske tilstande hos voksne, børn og unge - medicinsk behandling (RADS)" (17) beskrevet, hvordan og hvor ofte bivirkninger til antipsykotika skal monitoreres, herunder også seksuelle bivirkninger. Det skal ske løbende fra opstart af den medicinske behandling.

Det kan med udgangspunkt i de sygeplejeetiske retningslinjer (36), derfor diskuteres, hvorvidt den sundhedsprofessionelle lever op til sit professionelle ansvar og sine fagets forpligtelser, når seksualiteten ikke inddrages i behandlingen. Blandt andet udfordres patientens informerede samtykke, hvilket informanten Signe beskriver, ved at den manglende information og håndtering af de seksuelle problemstillinger gør, at hun ikke føler, at hun har haft mulighed for at træffe et informeret valg om sin egen behandling: "At man også har noget at sige, at man selv er involveret i

det, selv kan holde øje med ting, så man føler sig mere involveret i behandlingen. Det føler jeg, måske ikke at jeg blev, oplyst i min behandling i den her omgang”.

Dette udfordrer punkt 1.4 i de sygeplejeetiske retningslinjer (36): ”... at sikre, at patienten modtager og forstår den information, der er nødvendig for at træffe valg. Information skal være tilpasset patientens ønsker og behov samt patientens livssituation”. Samtidig er sygeplejersken forpligtet til jf. punkt 2.3 ” at vedkende sig det faglige og personlige ansvar for egne vurderinger og handlinger samt anvende et fagligt skøn, tage kritisk stilling og udvise mod og omtanke” og jf. punkt 2.4 ”at reflektere over egen praksis samt reagere på etiske situationer og dilemmaer, som opstår for sygeplejersken selv, patienten, pårørende, professionen og samfundet”. Når 18% af sygeplejerskerne i undersøgelsen af DSR (19) giver udtryk for, at de mangler viden om seksualitetens betydning ift. sygdom, kan der argumenteres, for at der påhviler både den enkelte sygeplejerske eller anden sundhedsprofessionelle et fagligt og personligt ansvar for at sørge for at de tilegner sig både viden og strategier til at kunne reagere på de etiske situationer og dilemmaer, der opstår, reflektere over egne kompetencer og barrierer, støtte patienterne med de udfordringer, som de oplever, herunder også relateret til seksualitet. Derudover kan der også argumenteres for, at det er et ledelsesmæssigt ansvar, at personalet på en afdeling får mulighed for at opnå og tilegne sig disse kompetencer.

7. Konklusion

Dette studie havde til formål gennem kvalitative forskningsinterview at undersøge erfaringer med sygdoms- og behandlingsudløste seksuelle vanskeligheder hos mennesker med skizofreni samt at undersøge, hvilken betydning samtalen om seksualitet i forbindelse med UKU bivirkningsscreening tillægges af denne gruppe af patienter.

I studiet er der fremkommet flere temaer relateret til informanternes oplevelse af seksualitet. Bl.a. beskrives seksualiteten som en vigtig del af livet, et frirum fra sygdommen, der fungerer som en måde at styrke selvværdet og mindske følelsen af stress. Samtidig beskrives seksualiteten dog som et område forbundet med oplevelser af skyld, skam, mindreværdskomplekser, tvivl og tidligere traumer. Fundene viser ligeledes, at studiets informanter alle har erfaring med sygdoms- og behandlingsudløste seksuelle vanskeligheder som nedsat lyst, nedsat evne til lubrikation og nedsat

evne til at få orgasme. Dette er i fuld overensstemmelse med den eksisterende kvantitative forskning på området, der samstemmende viser, at mennesker med skizofreni i højere grad end baggrundsbefolkningen udvikler seksuelle dysfunktioner. To af informanterne beskriver desuden øget lyst i forbindelse med deres sygdom og behandling, hvilket dog for den enes vedkommende medførte seksuel risikoadfærd. Informanterne beskriver både seksuelle dysfunktioner opstået i direkte relation til opstart af medicinsk behandling med et antipsykotisk præparat, men også at dysfunktionerne varierer i omfang og intensitet uafhængigt af den medicinske behandling. Deres seksualitet påvirkes af faktorer som indlæggelse, symptomer, psykiske almentilstand mv. De beskriver desuden, at sygdommen i sig selv kan gøre, at der ikke er plads til at være et seksuelt væsen, og at det manglende overskud til at opsøge og deltage i seksuelle aktiviteter og indgå i parforhold kan være "et hul, der forstærker sig selv" (Lisa).

Fundene i dette studie var ligeledes, at de fire informanter ikke, eller kun mangelfuldt, havde erfaring med UKU bivirkningscreening og med samtalen om seksualitet. Samtidig kom det tydeligt til udtryk, at emnet for informanterne var vigtigt, sårbart og for én af informanternes vedkommende grænseoverskridende at tale om. Ligeledes blev det tydeliggjort, at deres erfaringer med sundhedsprofessionelles håndtering af samtalen bar præg af det i sexologien velkendte "tovejstabu", hvor både patient og behandler fortier intime problemer. En af informanterne gav udtryk for, at den manglende samtale om seksualitet og seksuelle bivirkninger fratog hende muligheden for at være tilstrækkeligt involveret i sit forløb og sin behandling. Ovenstående fund er ligeledes i overensstemmelse med fund fra eksisterende forskning.

8. Styrker og svagheder

Ved vurdering af kvalitativ forskning beskæftiger man sig primært med begreberne validitet, reliabilitet og generaliserbarhed. I forhold til studiets validitet, er det en styrke, at det er valgt at benytte et semistruktureret kvalitativt forskningsinterview som dataindsamlingsmetode. Indsamlingen af data er udført på baggrund af en gennemarbejdet interviewguide, som har fungeret som rettesnor for de fire interviews. Informanterne var i vid udstrækning i stand til at forstå samt svare på spørgsmålene, og på trods af mere eller mindre udprægede kognitive udfordringer hos enkelte af informanterne fremkom der uddybende og ærlige beskrivelser af det undersøgte

fænomen. Disse fund er i høj grad samstemmende med eksisterende forskning på området, hvilket tydeliggøres i studiets diskussions-afsnit. Dette medvirker til at højne validiteten af nærværende studie.

En risiko ved flere dataindsamlingsmetoder er, at spørgsmålene kan være ledende og informanterne kan svare, hvad de tror, interviewerens gerne vil høre. Dette er forsøgt undgået ved at stille uddybende og opklarende spørgsmål til informanternes udsagn. Det har for interviewerens haft et særligt fokus idet informanterne, som beskrevet i afsnittet om etiske overvejelser, er rekrutteret på afdelingen hvor interviewerens arbejder som sygeplejerske.

Har et studie en høj grad af reliabilitet betyder det, at de samme resultater ville kunne opnås uagtet tid, sted og hvem der indsamler data. Det er tvivlsomt, at informanterne ved en gentagelse af interviewene vil fremkomme med præcist samme formuleringer, men det må antages at enslydende temaer og beskrivelser af erfaringer og oplevelser vil fremkomme. I bearbejdningen af data er reliabilitet søgt styrket ved en grundig beskrivelse af tilgangen til databehandlingen. En måde, hvorpå denne proces kunne være styrket yderligere, var hvis flere personer havde deltaget i transskriberingen og den efterfølgende kodning af data. Ligeledes kunne der med fordel have været udført pilotinterviews til afprøvning og forbedring af interviewguide samt styrkelse af kompetencer udi udførelse af interview hos interviewerens.

Når der tales om generaliserbarhed i forhold til kvalitative data, er der fokus på i hvilket omfang et studies fund kan overføres til lignende situationer. Hvorvidt et kvalitativt studie kan generaliseres, hænger sammen med både en høj reliabilitet og validitet samt tilstrækkeligt antal informanter til at opnå datamætning. Datamætning indebærer, at det undersøgte fænomen er beskrevet så uddybende af informanterne, at yderligere interviews ikke vil fremkomme med betydelige nye fund. I dette studie ses der i de fire interviews med informanterne en høj grad af ensartede fund relateret til deres oplevelser af seksuelle problemer og samtalen herom. Fundene stemmer ligeledes overens med den allerede eksisterende forskning på området, hvorfor der kan argumenteres for at der i studiet er opnået tilnærmelsesvist datamætning. Det vil dog være relevant at indsamle empiri fra en bredere gruppe af informanter for at sikre dette.

9. Perspektivering

Seksuelle dysfunktioner hos mennesker med skizofreni er hyppigt forekommende og kan påvirke både den seksuelle og den generelle sundhed i en negativ retning. Med udgangspunkt i dette studie samt eksisterende forskning på området kan det antages, at en stor del af årsagen hertil har sammenhæng med det velkendte kliniske "tovejstabu", der bevirker, at seksuelle udfordringer hos denne patientgruppe ikke italesættes og derfor heller ikke behandles.

Med udgangspunkt i de sygeplejeetiske retningslinjer punkt 2.4 (36) kan der argumenteres for, at der hviler et ansvar hos den enkelte sygeplejerske for at reflektere over egne barrierer og kompetencer og løbende at udvikle sidstnævnte for at kunne give patienten den bedst mulige pleje og behandling. Dette kræver dog, at det på ledelsesniveau sikres, at sygeplejerskerne har tid og overskud i deres arbejdstid til at tilegne sig de nødvendige kompetencer, samt at de relevante ressourcer stilles til rådighed. Eksempler herpå kunne være økonomisk støtte til relevant efteruddannelse indenfor området, opstart af "kompetence-korps" på de enkelte afdelinger/matrikler med nøglepersoner indenfor seksualitet, løbende undervisning af personale i arbejdstiden bl.a. med undervisning i grundlæggende sexologisk viden om seksuel sundhed, seksualitet, sygdommens indvirkning på seksualitet, seksualitet som hæmmende og fremmende faktor for den generelle sundhed mv. Derudover ville det være relevant med undervisning i praktisk håndtering af samtalen om seksualitet og Ex-Plissit modellen, dette evt. med udgangspunkt i UKU bivirkningsscreeningen og denne samtale som overgang til samtalen om seksualitet.

Udover ovenstående er det nærliggende at forestille sig, at undervisning i seksualitet under grunduddannelsen kunne medvirke til at normalisere og aftabusere emnet for den sundhedsprofessionelle. I Region Hovedstadens to-moduls-introduktion til alle nye sygeplejersker i psykiatrien ville det ligeledes være relevant at have undervisning om psykisk sygdom og seksualitet på programmet. Herved ville nye sygeplejersker fra starten være opmærksomme på vigtigheden heraf og kunne tage dette med tilbage til deres arbejdsplads og sprede denne viden.

Ligeledes bør fokus være på information og undervisning til patienter. Dette f.eks. ved at inddrage seksualitet som en del af det psykoedukation-program, som i forvejen findes på mange af landets psykiatriske afdelinger. Derudover ville det også være relevant for f.eks. "Skolen for Recovery"

(Region Hovedstaden) og lignende tilbud i andre regioner, at undervise patienter, pårørende og sundhedsprofessionelle i seksualitet. Herved ville patienterne blive opmærksomme på seksualitetens vigtighed og relevans ift. varetagelse af deres eget forløb samt for deres generelle sundhed og trivsel. Dette ville ligeledes give dem muligheden for at bringe emnet op hos deres primære behandler, sygeplejerske, terapeut eller lokale nøgleperson for seksualitet og efterspørge samtale, råd mv.

Ovenstående forslag til forbedring af den nuværende klinisk praksis kan formentligt tænkes at mindske "tovejstabet", hvis både patienter og sundhedsprofessionelle får øget indsigt, viden og kompetencer i seksualitetens mange bio-psyko-sociale aspekter og vigtigheden heraf ift. den generelle sundhed og trivsel hos mennesker med psykiske lidelser.

I forhold til videre forskning kunne det være relevant med yderligere kvalitativ forskning med et højere antal informanter i flere aldersgrupper og køn samt mere forskning med fokus på partnere og dynamik i parforhold, hvor den ene, eller begge, har en skizofrenidiagnose. Derudover vil det være relevant at fokusere yderligere på de psykosociale aspekter af seksualiteten hos mennesker med skizofreni, da meget eksisterende forskning som tidligere nævnt fokuserer på det biomedicinske aspekt. I forlængelse heraf kunne det ligeledes være interessant at flytte fokus fra patogenese, herunder bivirkninger og risikofaktorer, og i stedet fokusere forskning på mestring, ressourcer og handlekompetencer hos gruppen af mennesker med skizofreni.

10. Litteratur

1. Graugaard C., & Giraldi A. Sundhed, sygdom og seksualitet – et overblik. I: Graugaard C., Giraldi A. & Møhl B. (red.). *Sexologi – faglige perspektiver på seksualitet*. København: Munksgaard; 2019, s. 409 – 425.
2. Frisch M. et al. Sex i Danmark. Nøgletal fra Projekt SEXUS 2017-2018. Statens Serum Institut & Aalborg Universitet; 2019, s. 40 – 41, 117 – 119, 157- 161, 539 – 544, 585 – 596, 695 – 702.
3. Graugaard C., Giraldi A. & Møhl B. Hvad er seksualitet og seksuel trivsel? I: Graugaard C., Giraldi A. & Møhl B. (red.). *Sexologi – faglige perspektiver på seksualitet*. København: Munksgaard; 2019, s. 39 – 59.
4. Graugaard C., Pedersen BK. & Frisch M. *Seksualitet og Sundhed*. København: Vidensråd for forebyggelse; 2015, s. 13 – 14.
5. Kristensen E. Seksualitet og psykisk sygdom. I: Graugaard C., Giraldi A. & Møhl B. (red.). *Sexologi – faglige perspektiver på seksualitet*. København: Munksgaard; 2019, s. 501 – 507.
6. Sundhedsstyrelsen. *Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer*. Version 2.0. København: Sundhedsstyrelsen; 2016, s. 211 – 214.
7. Simonsen E. Psykiatrisk klassifikation. I: Simonsen E. & Møhl B. (red.). *Grundbog i psykiatri*. København: Hans Reitzels Forlag; 2010, s. 211 – 223.
8. Nordentoft M. & Kjær S. Skizofreni. I: Simonsen E. & Møhl B. (red.). *Grundbog i psykiatri*. København: Hans Reitzels Forlag; 2010, s. 287 – 310.
9. De Jager. et al. Sexual Expression and its Determinants, in People Diagnosed with Psychotic Disorders. *Community Mental Health Journal*. 2018; 54, s. 1082 – 1088.
10. Dumontaud M. et al. Sexual dysfunctions in schizophrenia: Beyond antipsychotics. A systematic review. *Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry*. 2019; 98.
11. Östman M. & Björkman A. Schizophrenia and Relationships: The Effect of Mental Illness on Sexuality. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*. 2013; s. 20 – 24.
12. Zhao S. et al. Is there an association between Schizophrenia and sexual dysfunction in both sexes? A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Sexual Medicine*. 2020; s. 1-13.
13. Martin JC. et al. Sexual dysfunction factors in patients with schizophrenia treated with second generation antipsychotics: not only prolaktin. *Actas Esp Psiquiatr*. 2018; 46 (6), s. 217 -225.
14. Laxhman N., Greenberg L. & Priebe S. Satisfaction with sex life among patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 2017; 190, s. 63 – 67.

15. Bianco CL., Pratt SI. & Ferron JC. Deficits in sexual interest among adults with schizophrenia: Another look at an old problem. *Psychiatr Serv.* 2019; 1;70, s. 1000 – 1005.
16. Region Hovedstaden. Sygeplejefaglig vurdering og journalføring. Fundet 04.03.21 på [Sygeplejefaglig vurdering og journalføring](#)
17. Region Hovedstaden. Psykotiske tilstande hos voksne, børn og unge – medicinsk behandling (RADS). Fundet 04.03.21 på [Psykotiske tilstande hos voksne, børn og unge - medicinsk behandling \(RADS\)](#)
18. McCann E. The expression of sexuality in people with psychosis: breaking the taboos. *Journal of Advanced Nursing.* 2000; 32. s. 132 – 138.
19. Sommer C. Sygeplejersker har svært ved at tale om sex. *Sygeplejersken.* 2020;120(1), s. 20-25.
20. Møhl B., Giraldi A. & Graugaard C. At arbejde klinisk-sexologisk. I: Graugaard C., Giraldi A. & Møhl B. (red.). *Sexologi – faglige perspektiver på seksualitet.* København: Munksgaard; 2019, s. 688 – 690.
21. Birkler J. Videnskabsteori – en grundbog. København: Munksgaard; 2004, s. 95 – 103.
22. Martinsen B. & Norlyk A. Tre kvalitative forskningstilgange. *Sygeplejersken.* 2011; (12), s. 64 – 68.
23. Jacobsen B., Tanggaard L. & Brinkmann S. Fænomenologi. I: Brinkmann S. & Tanggaard L. (red.). *Kvalitative metoder – en grundbog.* København: Hans Reitzels Forlag; 2020, s. 294 – 299.
24. Hørmann E: Litteratursøgning. I: Glasdam S. (red.). *Bachelorprojekter inden for det sundhedsfaglige område – indblik i videnskabelige metoder.* København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck; 2012, s. 36 – 46.
25. Buus N. et al. Litteratursøgning i praksis – begreber, strategier og modeller. *Sygeplejersken.* 2008;108 (10).
26. Kvale S. & Brinkmann S. Interview – det kvalitative forskningsinterview som håndværk. København: Hans Reitzels Forlag; 2015, s. 49, 56, 105 – 126, 246, 190.
27. Tanggaard L. & Brinkmann S. Interviewet: samtalen som forskningsmetode, I: Brinkmann S. & Tanggaard L. (red.). *Kvalitative metoder – en grundbog.* København: Hans Reitzels Forlag; 2020, s. 33 – 63.
28. Glasdam S. Jura og etik – ved studier af og på mennesker inden for sundhedsområdet. I: Glasdam S. (red.). *Bachelorprojekter inden for det sundhedsfaglige område – indblik i videnskabelige metoder.* København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck; 2012, s. 24 – 33.

29. Brinkmann S. Etik i en kvalitativ verden. I: Brinkmann S. & Tanggaard L. (red.). Kvalitative metoder – en grundbog. København: Hans Reitzels Forlag; 2020, s. 581 – 600.
30. Dahlager L. & Fredslund H. Hermeneutisk analyse. I: Vallgård S. & Koch L. (red). Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab. København: Munksgaard; 2007, s. 157 – 177.
31. Graugaard C. Sexuality as a health-promoting factor – theoretical and clinical considerations. *Nature Reviews*, 2017; vol. 14, s. 1-2.
32. Huguelet P. et al. An Exploration of Sexual Desire and Sexual Activities of Women with Psychosis. *Community Mental Health Journal*, 2015; vol. 51, s. 229-238.
33. Barker LC. & Vigod SN. Sexual Health of Women with Schizophrenia: A Review. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 2020; vol. 5, s. 1-11.
34. Dembler-Stamm T. et al. Sexual Dysfunction in Unmedicated Patients with Schizophrenia and in Healthy Controls. *Pharmacopsychiatry*, 2018; vol. 51(6), s. 251-256.
35. Rundblad et al. Perceived Sexual Difficulties and Sexual Counseling in Men and Women Across Heart Diagnoses: A Nationwide Cross-Sectional Study. *The Journal of Sexual Medicine*. 2017;14, s. 785 – 796.
36. Sygeplejeetisk Råd. De Sygeplejeetiske Retningslinjer. Dansk Sygeplejeråd; 2014, s. 5 – 10.

| | |
|--|---|
| | <i>Frontiers in Neuroendocrinology</i> , vol. 5 (2020), s. 1-11. |
| Kombinationssøgning #6: #1 AND #2 AND #4 = 3 hits | Udvalgte artikler: Ingen artikler valgt på baggrund af relevans for forskningsspørgsmål og inklusions – og eksklusionskriterier. |
| Kombinationssøgning #7: #1 AND #2 AND #3 = 16 hits | <ul style="list-style-type: none"> Barker LC. & Vigod SN. 2020. Sexual Health of Women with Schizophrenia: A Review. <i>Frontiers in Neuroendocrinology</i>, vol. 5 (2020), s. 1-11. Ligeledes identificeret i søgning #5 |

| Database | Kriterier | | Søgning | | | |
|---------------------------------|--|---|--|--|----|--------------|
| PubMed Søgning d. 01.03.2021 | Inklusion <ul style="list-style-type: none"> Publikationer fra 2000 til 2020 Sprog: dansk, engelsk, norsk eller svensk Studier skal være peer-reviewed | Eksklusion <ul style="list-style-type: none"> Personer under 18 år Studier omhandlende kønsidentitet eller kønsændring | #1 | <ul style="list-style-type: none"> Schizophrenia [MeSH] | OR | 106.375 hits |
| | | #2 | <ul style="list-style-type: none"> Sexuality [MeSH] | 42.822 hits | | |
| | | #3 | <ul style="list-style-type: none"> Sexual Dysfunction, Physiological [MeSH] Sexual Dysfunction, Psychological [MeSH] | 35.098 hits | | |
| | | #4 | <ul style="list-style-type: none"> Quality of life [MeSH] | 204.958 hits | | |
| | | #5 | <ul style="list-style-type: none"> Sexual dysfunctions in schizophrenia | 346 hits | | |

| | |
|---|---|
| <p>Kombinationssøgning #6</p> <p>#1 AND #2 = 186 hits</p> | <p>Udvalgte artikler:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Östman M. & Björkman A. 2013. Schizophrenia and Relationships: The Effect of Mental Illness on Sexuality. <i>Clinical Schizophrenia & Related Psychoses</i>. April 2013, s. 20 – 24. • Bianco CL., Pratt SI. & Ferron JC. 2019. Deficits in Sexual Interest Among Adults With Schizophrenia: Another Look at an Old Problem. <i>Psychiatric Services</i>, vol. 70 (11), s. 1000-1005. • McCann E. 2000. The Expression of Sexuality in People with Psychosis: Breaking the Taboos. <i>Journal of Advanced Nursing</i>, vol. 32(1), s. 132-138. |
| <p>Kombinationssøgning #7</p> <p>#1 AND #2 AND #3 = 11</p> | <p>Udvalgte artikler:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Östman M. & Björkman A. 2013. Schizophrenia and Relationships: The Effect of Mental Illness on Sexuality. <i>Clinical Schizophrenia & Related Psychoses</i>. April 2013, s. 20-24. <p>Ligeledes identificeret i søgning #6</p> |
| <p>Kombinationssøgning #8</p> <p>#1 AND #2 AND #4 = 3 hits</p> | <p>Udvalgte artikler:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bianco CL., Pratt SI. & Ferron JC. 2019. Deficits in Sexual Interest Among Adults With Schizophrenia: Another Look at an Old Problem. <i>Psychiatric Services</i>, vol. 70 (11), s. 1000-1005. <p>Ligeledes identificeret i søgning #6</p> |
| <p>Kombinationssøgning #9</p> <p>#1 AND #3 = 263 hits</p> | <p>Udvalgte artikler:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Martin JC. et al. 2018. Sexual Dysfunction Factors in Patients with Schizophrenia Treated with Second Generation Antipsychotics: not only Prolactin. <i>Actas Esp Psiquiatr</i>, vol. 46(6), s. 217-225. • Dembler-Stamm T. et al. 2018. Sexual Dysfunction in Unmedicated Patients with Schizophrenia and in Healthy Controls. <i>Pharmacopsychiatry</i>, vol. 51(6), s. 251-256. • Zhao S. et al. 2020. Is there an association between Schizophrenia and sexual dysfunction in both sexes? A systematic |

| | |
|--|---|
| | review and meta-analysis. <i>The Journal of Sexual Medicine</i> . 2020; s. 1-13 |
| Kombinationssøgning #10 #1 AND #3 AND #4 = 21 hits | Udvalgte artikler: Ingen artikler valgt på baggrund af relevans for forskningsspørgsmål og inklusions – og eksklusionskriterier. |
| Fritekstsøgning #5 | Udvalgte artikler: <ul style="list-style-type: none"> Dumontaud M. et al. 2019. Sexual dysfunctions in schizophrenia: Beyond antipsychotics. A systematic review. <i>Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry</i>, vol. 98 (2020). |

| Database | Kriterier | | Søgning | | | |
|---|--|---|---|--|----|--------------|
| CiNahl Søgning d. 02.03.2021 | Inklusion <ul style="list-style-type: none"> Publikationer fra 2000 til 2020 Sprog: dansk, engelsk, norsk eller svensk Studier skal være peer-reviewed | Eksklusion <ul style="list-style-type: none"> Personer under 18 år Studier omhandlende kønsidentitet eller kønsændring | #1 | <ul style="list-style-type: none"> MH "Schizophrenia" | OR | 26.048 hits |
| | | | #2 | <ul style="list-style-type: none"> MH "Sexuality" | | 31.072 hits |
| | | | #3 | <ul style="list-style-type: none"> MH "Sexual Dysfunction, Male" MH "Sexual Dysfunction, Female" | | 3480 hits |
| | | | #4 | <ul style="list-style-type: none"> MH "Sexual Satisfaction" | | 1158 hits |
| | | | #5 | <ul style="list-style-type: none"> MH "Quality of life" | | 117.459 hits |
| Kombinationssøgning #6: #1 AND #2 = 70 hits | | | Udvalgte artikler: <ul style="list-style-type: none"> Bianco CL., Pratt SI. & Ferron JC. 2019. Deficits in Sexual Interest Among Adults | | | |

| | |
|---|--|
| | <p>With Schizophrenia: Another Look at an Old Problem. <i>Psychiatric Services</i>, vol. 70 (11), s. 1000-1005.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Huguelet P. et al. 2015. An Exploration of Sexual Desire and Sexual Activities of Women with Psychosis. <i>Community Mental Health Journal</i>, vol. 51, s. 229-238. • McCann E. 2000. The Expression of Sexuality in People with Psychosis: Breaking the Taboos. <i>Journal of Advanced Nursing</i>, vol. 32(1), s. 132-138. |
| <p>Kombinationssøgning #7: #1 AND #2 AND #3 = 3 hits</p> | <p>Udvalgte artikler: Ingen artikler valgt på baggrund af relevans for forskningsspørgsmål og inklusions – og eksklusionskriterier</p> |
| <p>Kombinationssøgning #8: #1 AND #2 AND #5 = 7 hits</p> | <p>Udvalgte artikler:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bianco CL., Pratt SI. & Ferron JC. 2019. Deficits in Sexual Interest Among Adults With Schizophrenia: Another Look at an Old Problem. <i>Psychiatric Services</i>, vol. 70 (11), s. 1000-1005. <p>Ligeledes identificeret i søgning #6</p> |
| <p>Kombinationssøgning #9: #1 AND #2 AND #4 AND #5 = 1 hit</p> | <p>Udvalgte artikler: Ingen artikler valgt på baggrund af relevans for forskningsspørgsmål og inklusions – og eksklusionskriterier</p> |
| <p>Kombinationssøgning #10: #1 AND #2 AND #3 AND #5 = 2 hits</p> | <p>Udvalgte artikler: Ingen artikler valgt på baggrund af relevans for forskningsspørgsmål og inklusions – og eksklusionskriterier</p> |

2. Interviewguide

| Forskningsspørgsmål / tema | Interviewspørgsmål |
|----------------------------|--|
| <i>Introduktion</i> | |
| Mig | Sygeplejerske, masterstuderende i sexologi |
| Præsentation af projektet | Seksuel sundhed hos mennesker med en skizofreni lidelse. Fokus på samtalen om seksualitet i forbindelse bl.a. i forbindelse med UKU. Mit afsluttende masterspeciale. |
| Anonymitet | Interviewet bliver optaget på min telefon, herefter lagt over på computer og slettet fra telefonen. Efterfølgende skrives interviewet ned på tekst. Små citater vil indgå i opgaven, men uden informationer, der kan føres tilbage til dig. Du vil være 100% anonym. |
| Roller | Jeg vil fungere som interviewer, men er mest interesseret i at lytte til dine erfaringer, oplevelser, holdninger og måske gode ideer |
| Struktur | Først vil jeg stille helt overordnede spørgsmål til din baggrund Efterfølgende vil jeg stille mere uddybende spørgsmål bl.a. med udgangspunkt i viden fra eksisterende forskning. |
| Begrebsafklaring | Når jeg spørger ind til seksualitet, mener jeg seksuelle fantasier, lyster, onani, seksuelt samvær med en til flere personer, både med og uden samleje mv. |
| Spørgsmål | Der er ingen rigtige eller forkerte svar. Afbryd mig, hvis du er i tvivl om noget og sig til, hvis du har brug for at noget blive omformuleret. Har du nogle spørgsmål inden vi går i gang? |
| Baggrund | 1. Vil du fortælle mig lidt om dig selv (alder, køn, (seksuel orientering), interesser, |

| | |
|--|--|
| <p>Hvilke erfaringer beskriver patienterne vedrørende sygdoms- og behandlingsudløste seksuelle vanskeligheder?</p> | <p>uddannelse, job, sygdomshistorik/symptomer, længde på aktuelle indlæggelse)?</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Hvordan vil du beskrive din seksualitet inden du fik symptomer/blev syg? 3. Hvordan vil du beskrive din seksualitet under/efter sygdom og behandling? 4. Kan du uddybe og beskrive nogle af de specifikke udfordringer og problemer relateret til din seksualitet, som du oplever efter sygdoms- og behandlingsdebut? (fx dysfunktioner, usikkerhed, skam mv.) 5. Er der nogle udfordringer/problemer der har større påvirkning på din hverdag end andre? 6. Hvad tænker du selv at dine seksuelle udfordringer skyldes? (fx medicinbivirkninger, indlæggelse, stigmatisering, social isolation, nedsat selvtillid mv.) 7. Har du oplevet at indlæggelsen har påvirket din seksualitet? Hvordan? 8. Oplever du, at din seksualitet og eventuelle udfordringer på området har betydning for din generelle trivsel og livskvalitet? |
|--|--|

| | |
|---|---|
| <p>Hvordan opleves det for den indlagte patient med skizofreni at have/ikke have samtalen om seksualitet i forbindelse med UKU?</p> | <p>9. Hvilken erfaring har du med at tale om seksualitet under aktuelle el. tidligere indlæggelser? Kan du beskrive nogle situationer/give eksempler på, hvor og hvordan samtalen om sex har fundet sted?</p> <p>10. Hvad tænker du om at seksualitet og seksuelle problemer bliver inddraget i samtalen med læger og sygeplejersker på lige fod med f.eks. sygdomssymptomer, selvmordstanker o.l. under en indlæggelse?</p> <p>11. Er der under din indlæggelse blevet gennemgået UKU bivirkningsscreening? Og er du i den forbindelse blevet spurgt ind til seksuelle bivirkninger?</p> <p>12. <i>Hvis ja</i>, kan du beskrive hvordan denne samtale blev afholdt?</p> <p>13. Hvordan oplevede du at have denne samtale?</p> <p>14. Hvad synes du fungerede/hvad synes du ikke fungerede?</p> <p>15. <i>Hvis nej</i>, hvad tænker du om, at du ikke er blevet tilbudt samtalen om seksuelle bivirkninger, og at dette område ikke er blevet inddraget som en del af fokus for indlæggelse og behandling?</p> <p>16. Har det, eller ville det have, en betydning for din overordnede oplevelse af indlæggelse og behandling at have denne samtale?</p> |
| <p>Hvilke ønsker og behov har patienterne i forhold til at bedre deres seksuelle sundhed?</p> | <p>17. Prøv at forestille dig, og prøv at beskriv den bedst mulige samtale om seksuelle udfordringer i forbindelse med UKU. Hvordan ville den foregå/se ud?</p> |

| | |
|-----------|---|
| | <p>18. Har du nogle andre overvejelser eller forslag til, hvordan en samtale om seksualitet og seksuelle udfordringer kunne finde sted under en indlæggelse?</p> <p>19. Har du forslag til, hvad de professionelle kunne gøre bedre eller anderledes ift. at imødekomme og inddrage patienters seksuelle dysfunktioner og udfordringer relateret til sygdom og behandling på lige fod med inddragelsen af andre relevante aspekter af patientens liv?</p> |
| Afrunding | <p>20. Har du noget du gerne vil uddybe eller noget jeg mangler at spørge ind til?</p> <p>21. Hvordan har det været at blive interviewet?</p> <p>22. Har du nogle kommentarer eller tilføjelser til interviewet?</p> <p><i>Tak for at du ville deltage</i></p> |

3. Samtykkeerklæring

En undersøgelse af den seksuelle sundhed hos indlagte patienter med en skizofreni-diagnose Samtykkeerklæring

Kære deltager

Som studerende på Masteruddannelsen i Sexologi på Aalborg Universitet, vil jeg i mit afsluttende speciale undersøge den seksuelle sundhed hos indlagte patienter med en diagnose indenfor skizofrenispektret, som samtidig er i antipsykotisk behandling. Jeg vil undersøge dette gennem en række interviews. Undersøgelsen vil også fokusere på brugen af UKU bivirkningsscreening og hvordan den bruges til at belyse indlagte patienters eventuelle seksuelle problemer og udfordringer.

Interviewet her vil vare ca. 1 time og vil blive optaget på telefon. Optagelsen vil jeg efterfølgende omsætte til tekst, og citater fra interviewet vil blive anvendt i opgaven. Når optagelsen omsættes til tekst, vil alle oplysninger, der kan lede tilbage til dig, bliver anonymiseret så du ikke kan genkendes. Optagelsen vil blive opbevaret sikkert, og så snart den er omsat til tekst, vil den blive slettet. Dette sker senest 1. maj 2021. Hele undersøgelsen vil blive udformet som min afsluttende opgave og eventuelt efterfølgende som en faglig artikel.

Deltagelse i undersøgelsen er naturligvis helt frivillig, og du kan på ethvert tidspunkt trække dit tilsagn om deltagelse tilbage. Det har absolut ingen konsekvenser for den pleje og behandling du får, om du deltager i denne undersøgelse eller ej.

Skulle du have eventuelle spørgsmål, er du altid velkommen til at kontakte mig.

Med venlig hilsen

Josephine Søgaard Grøndahl
Sygeplejerske og masterstuderende i Sexologi
Aalborg Universitet, Fredrik Bajers Vej 7K, 9220 Aalborg Ø
Jsogaa17@student.aau.dk

Jeg bekræfter hermed, at jeg indvilliger i at deltage i ovennævnte interview. Jeg har modtaget mundtlig såvel som skriftlig information om, at deltagelsen i undersøgelsen er frivillig, at mine udsagn vil blive anonymiseret, og at jeg kan trække mit tilsagn om deltagelse tilbage når som helst.

Dato: _____ Underskrift: _____