



*Seksualitet hos kvinder med atrieflimren
- kardiologiens Askepot*

Illustration af: Vincent Helm von Wowern

Maria Gaarn Johnsson, Studienummer: 20232202, AAU

Et kvalitativt pilotstudie, Antal anslag: 85,753 Dato: 12.05.2025

Vejleder: Professor, MD, Ph.d., Christian Graugaard

Indholdsfortegnelse

Resume	4
Abstract	5
1 Initierende problemfelt.....	6
Kardiologisk sygepleje og seksualitet.....	6
2 Baggrund.....	7
2.1 Seksualitet	7
2.2 Hjertesygdommen AF - Omfang, definition, symptomer og behandling	8
2.3 AF - Kardiologiens Askepot	9
2.4 Mulige direkte- og indirekte påvirkninger af seksualiteten på baggrund af AF	10
2.5 Hvordan måles kvinders seksuelle funktion?	11
2. 6 Prævalens af seksuelle dysfunktioner hos kvinder med hjertesygdomme	12
3 Forskningsspørgsmål	14
4 Teori og Metode	14
4.1 Fænomenologisk-hermeneutisk tilgang	15
4.2 Dataindsamling	16
4.2.1 Det kvalitative interview	16
4.2.2 Rekruttering af respondenter.....	16
4.2.3 Inklusions kriterier	17
4.3 Litteratursøgning.	17
4.4 Ethiske overvejelser	18
4.5 Analysestrategi og metode for dataanalyse	19
5 Resultater	21
5.1 Præsentation af respondenter	21
5.2 Præsentation af fund.....	22
5.2.1 Seksualitet og AF - fra udredning til rehabiliteringsbehov	22
5.2.2 Seksualiteten som en "raskhedsfaktor"	25
5.2.3 Seksualitet på livets rejse og "tovejstabet" i sundhedsvæsenet	27
5.2.4 Parforhold og sproget betydning for intimitet og seksualitet.....	30
6 Diskussion	33
6.1 Seksualitet og AF - fra udredning til rehabiliteringsbehov	33
6.2 Seksualiteten som en "raskhedsfaktor"	37

6.3 Seksualitet på livets rejse og ”tovejstabet” i sundhedsvæsenet.....	39
6.4 Parforhold og sproget betydning for intimitet og seksualitet.....	45
7 Styrker og svagheder	48
8 Konklusion	49
9 Perspektivering	50
Litteraturliste.....	51
Forkortelser og Begrebsforklaringer.....	58
Bilag 1. FSFI-6.....	60
Bilag 2.1 Interview -Baggrund.....	60
Bilag 2.2 Interviewguide	61
Bilag 3. 1. litteratursøgning.....	64
Bilag 4 2. litteratursøgning	65
Bilag 5. Samtykkeerklæring	66

Resume

Baggrund: Seksualitet og intimitet er centrale aspekter for livskvaliteten, men emnet er ofte underbelyst i kardiologien. Forskning viser, at kvinder, ældre og patienter med atrieflimren (AF) sjældent bliver adspurgte om seksualitet. Ny rapport fra Sundhedsstyrelsen peger desuden på, at kvinder med AF er underrepræsenterede i forskningen. AF har traditionelt stået i skyggen af mere akutte tilstande og omtales derfor også som ”kardiologiens Askepot”. I takt med, at befolkningen bliver ældre og lever længere med hjertesygdomme, øges også risikoen for seksuelle vanskeligheder. Dette fremhæver behovet for en holistisk tilgang, hvor også psykosociale aspekter som seksualitet bør integreres.

Formål: Dette pilotstudie søgte at opnå en dybere forståelse af, hvordan ældre kvinder med AF oplever, at sygdom og behandling påvirker deres intimitet, seksualitet og parforhold, samt hvordan de mødes af sundhedsvæsenet i relation til disse temaer.

Metode: Studiet anvendte en fænomenologisk-hermeneutisk tilgang baseret på kvalitative forskningsinterviews. Data blev indsamlet via semistrukturerede interviews hos tre ældre kvinder med AF. Alle deltagere tilhørte samme kulturelle segment, hvilket udgør en metodologisk begrænsning. Analysen fulgte en tematisk tilgang med afsæt i Clark og Browns teori.

Resultater: Pilotstudiet viste, at de tre kvinder ikke oplevede, at AF eller behandlingen heraf påvirkede deres intimitet, seksualitet eller parforhold. Seksualiteten blev ikke afviklet men udviklede sig derimod gennem hele livet. Samstemmende oplevede kvinderne, at blive mødt i kardiologien uden at der blev inddraget psykosociale aspekter, herunder seksualitet i forbindelse med behandlingen af AF.

Abstract

Background: Sexuality and intimacy are central aspects of quality of life, yet the topic remains underexplored within cardiology. Research shows that women, older adults, and patients with atrial fibrillation (AF) are rarely asked about sexuality. A recent report from the Danish Health Authority also highlights that women with AF are underrepresented in research. AF has traditionally been overshadowed by more acute conditions and is sometimes referred to as the “Cinderella of cardiology.” As the population ages and people live longer with heart disease, the risk of sexual difficulties increases. This underscores the need for a holistic approach in which psychosocial aspects, including sexuality, are integrated.

Aim: This pilot study aimed to gain a deeper understanding of how older women with AF experience the impact of the disease and its treatment on their intimacy, sexuality, and relationships, as well as how they are met within the cardiological setting in relation to these themes.

Method: A hermeneutic- phenomenological approach was used, based on qualitative research interviews. Data were collected through semi-structured interviews with three older women diagnosed with AF. All participants belonged to the same cultural segment, which constitutes a methodological limitation. Thematic analysis was conducted with reference to the theory of Clark and Brown.

Findings: The study showed that the three women did not perceive AF or its treatment as having negatively affected their intimacy, sexuality, or relationships. Rather than being diminished, their sexuality evolved over the course of life. The women consistently reported that while they felt seen in cardiological care, psychosocial aspects, including sexuality, were not addressed in relation to their AF treatment.

1 Initierende problemfelt

Kardiologisk sygepleje og seksualitet

Historisk set har seksualitet ikke været en integreret del af uddannelse- eller sygeplejepraksis. I dag er emnet seksualitet en del af pensum på linje med ernæring, og derudover indgår der undervisning om seksualitet i kardiologisk efteruddannelse. (1) På trods af dette viser forskning, at der er uoverensstemmelse mellem forekomsten af seksuelle vanskeligheder og niveauet af rådgivning hos kardiologiske patienter. Særligt kvinder, ældre og patienter med atrieflimren AF bliver mindre adspurgt vedrørende seksualitet end andre kardiologiske patienter. (2) Dette rejser spørgsmålet om, hvorfor netop disse patienter bliver overset i kardiologien.

I den indledende fase af dette masterprojekt var intentionen at gennemføre et aktionsforskningsprojekt, hvis formål var at undersøge hvordan Kardiologisk Afdeling på Bispebjerg Hospital (BBH) fremadrettet kunne styrke støtten til denne patientgruppe i forhold til intimitet og seksualitet, efter de havde fået konstateret en kronisk hjertesygdom. Kvinderne ville som repræsentant og ekspert i egen sygdom have en aktiv rolle i forskningsprocessen, så de med deres oplevelser, erfaringer og idéer kunne bidrage til, at forbedre forløbene for fremtidige kvinder med AF. Håbet var, at patienterne kunne komme med forslag til at udarbejde et produkt, der kunne breddes ud til resten af Danmarks kardiologiske afdelinger og ambulatorier.

Da forskningsprojektet blev præsenteret for de kvindelige patienter med AF i ambulatoriet til patientundervisningen, opstod der dog en uventet følelsesmæssig reaktion, idet deltagerne udtrykte intense følelser som gråd, vrede og ubehag. For én kvinde mindede emnet seksualitet hende om et forløb i onkologien hvor der efter hendes mening blev talt for meget om emnet, én anden syntes det var irrelevant, og en tredje var vred over et i forvejen langt forløb i kardiologien uden effekt.

Når seksualitet drøftes blandt mine kollegaer, findes emnet relevant, men vanskeligt at prioritere i den daglige sygepleje pga. konkurrerende opgaver samt faciliteter, og altså ikke manglende vilje til at tage emnet seksualitet op.

2 Baggrund

2.1 Seksualitet

Menneskets seksualitet er en grundlæggende del af de flestes trivsel og sundhed. Samtidig er seksualitet et komplekst og dynamisk fænomen, der ikke kan reduceres til en statisk biologisk egenskab, men skal forstås som resultatet af en dynamisk vekselvirkning mellem biologiske, psykologiske og sociale faktorer. Selvom seksualiteten er knyttet til kroppens fysiologi, udfolder den sig samtidig i psykosociale og kulturelle kontekster, hvilket gør den både foranderlig og situationsbestemt. (3)

I tråd med dette perspektiv anskuer World Health Organization (WHO) seksualiteten som en integreret del af vores personlighed og identitet. (WHO) fremhæver, at seksualitet og seksuel sundhed er et vigtigt aspekt i menneskers liv ud fra denne definition:

”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 opretholde seksuel sundhed må ethvert individs seksuelle rettigheder respekteres, beskyttes og opfyldes”. (4)

Seksuel sundhed ses her ud fra et bio-psykosocialt perspektiv der omhandler fysisk, mentalt, følelsesmæssigt og socialt velvære i relation til seksualitet, og ikke blot fravær af sygdom. Det forudsætter en positiv og respektfuld tilgang til seksualitet og retten til trygge og frivillige seksuelle oplevelser, fri for tvang og diskrimination. Respekt og beskyttelse af seksuelle rettigheder er grundlaget for seksuel sundhed.

Den omfattende befolkningsundersøgelse, Projekt SEXUS fra 2019, der inkluderede over 62.000 danskere i alderen 15-89 år, fremhæver seksualitetens centrale betydning for livskvalitet. Ifølge rapporten vurderer 73 % af de adspurgte kvinder og 88 % af mændene, at det at have et godt sexliv er vigtigt, meget vigtigt eller særdeles vigtigt. Resultaterne

illustrerer, at seksualitet ikke alene er en væsentlig del af individets trivsel, men også et livsområde, der forbliver relevant uanset alder. (5)

Kroniske sygdomme kan berøre seksualiteten og samlivet negativt. Omvendt viser forskning, at et velfungerende intimt liv kan fungere som en "raskhedsfaktor", der kan bidrage positivt på patientens livsmod, motivation for behandling og evne til at mestre udfordringer. Et harmonisk sexliv kan skabe et eksistentielt frirum, hvor både patient og partner finder ressourcer og overskud til at håndtere sygdommens belastninger og bearbejde følelser som sorg, angst, vrede og frustration. (6)

Med afsæt i denne viden og i tråd med WHO's definition af seksualitet, fremstår det relevant at øge opmærksomheden på de livsaspekter, der understøtter patientens samlede sundhed og trivsel.

2.2 Hjertesygdommen AF - Omfang, definition, symptomer og behandling

I 2024 var prævalensen af patienter der levede med AF over 130.000, hvor tallet var 56.375 for kvinder og 80.045 for mænd. Incidens tallet i 2024 var hhv. 8.209 nye tilfælde blandt kvinderne og 11.462 blandt mænd med AF. (7)

Incidens tallet forventes at stige, da flere bliver ældre og overlever flere sygdomme i den vestlige verden. (8) Kvinder har en længere forventet levetid end mænd, og ifølge Danmarks statistik er middellevetiden 79,6 for mænd og 83,4 for kvinder i Danmark. (9) Debutalderen for at få stillet diagnosen AF er i gennemsnit omkring 50 år, hvorfor patienter kan leve længe med en kronisk hjertesygdom. (10)

AF er en hjerterytmeforstyrrelse, også kaldet forkammerflimren. Normalt vil elektriske impulser udgå fra sinusknuden i hjertets højre forkammer og forplante sig til resten af hjertet. Sinusknuden styrer derved hjerterytmen og giver en jævn rytme. Ved AF opstår de elektriske impulser forskellige steder i forkamrene. Dette medfører en uregelmæssig elektrisk aktivitet, som forplanter sig til resten af hjertet, og giver en uregelmæssig og oftest hurtig hjerterytme. (10)

AF er en af de hyppigste årsager til blodprop i hjernen, hjertesvigt og indlæggelser på hjertemedicinske afdelinger. De symptomer, som patienter med AF oplever, omfatter typisk hjertebanken, svimmelhed, træthed, dyspnøe, synkope, og angst. Symptomerne er imidlertid individuelle og kan også variere for den enkelte.

Formålet med behandlingen er at reducere symptombyrden og forebygge alvorlige komplikationer forbundet med AF, såsom apopleksi og hjertesvigt. Dette opnås primært gennem blodfortyndende medicin, efterfulgt af en vurdering af behovet for frekvens- eller rytmeregulerende tiltag, samt hjerterehabilitering med fokus på justering af livsstilsfaktorer. AF kan i visse tilfælde behandles ved hjælp af kateterablation. En procedure hvor et kateter føres via lysken til hjertet for selektivt at destruere det beskadigede væv, og dermed afbryde den patologiske impulsudbredelse. Effekten af ablation kan variere, og proceduren kan have både kort- og langvarige resultater. (10)

2.3 AF - Kardiologiens Askepot

I et systematisk review fra 2021 er det undersøgt, hvordan patienter med AF oplever forløbet, fra de fik symptomer på AF til de blev diagnosticeret. Her fandt man, at mange patienter oplever en forlænget udredningsfase pga. differential diagnoser som stress, angst og menopause, hvilket risikerer at medføre en forsinket diagnoseproces. (11)

Udfordringen i udredning af AF kan skyldes, at sygdommen i et tidligt stadie er præget af sporadiske symptomer, der hurtigt forsvinder igen, hvilket gør det sværere at opdage sygdommen. Derfor formodes det, at der er et mørketal for andelen af patienter, der lever med AF. (10)

En ny rapport fra 2025, omhandlende kønsrepræsentation i klinisk forskning udført af sundhedsstyrelsen i samarbejde med lægemiddelstyrelsen, viser i en evidensgennemgang, at der forsat er en underrepræsentation af kvinder i klinisk forskning omhandlende hjerte- og kredsløbssygdomme. Særligt hos kvinder med AF. (12)

Dette betyder, at der i mindre grad er kendskab til, hvilke symptomer der er særligt *karakteristiske* hos kvinder med hjertesygdomme, hvorfor kvindens symptomer kaldes *atypiske*. På denne baggrund kommer kvinder med hjertesygdomme oftere til at præsentere

mere diffuse symptomer sammenlignet med mænd, hvilket i sig selv kan føre til forsinket diagnosticering og behandling. (13) Desuden har AF ofte stået i skyggen af mere akutte og alvorlige tilstande i kardiologien, hvorfor diagnosen også er blevet kaldt for ”kardiologiens Askepot”. (14)

2.4 Mulige direkte- og indirekte påvirkninger af seksualiteten på baggrund af AF

Når et menneske får konstateret en kronisk sygdom, skal det ses som en total begivenhed, fordi sygdommen kan påvirke patienten biologisk, psykologisk og socialt, såvel direkte som indirekte. (15)

Som det fremgik af ovenstående afsnit, ses det, at patienten med AF *direkte* er i risiko for at påvirkes fysiologisk. Dels respiratorisk med dyspnøe og dels cirkulatorisk med hjertebanken samt svimmelhed. Tilstande der samtidig kan få psykologiske konsekvenser, da det kan påvirke patienten *indirekte* med bl.a. symptomerne træthed og angst. Symptomer der kan føre til tab af social aktivitet. (15)

Medicin som led i behandlingen af AF kan i sig selv bidrage *direkte* til seksuelle vanskeligheder. Den frekvensregulerende behandling med betablokkeren Metoprolol i store doser kan reducere blodgennemstrømningen i det lille bækken, hvilket kan føre til nedsat lubrikation og øge risikoen for dyspareuni. Dette ses ikke ved betablokkeren Atenolol, men en bivirkning ved dette præparat kan være nedsat seksuel lyst og påvirke seksuelle fantasier. Ved brug af store mængder diuretika kan bivirkningen være tørre slimhinder, hvilket ligeledes kan give dyspareuni. (16)

I studierne på området er det vanskeligt at konkludere en entydig sammenhæng mellem behandling og seksuel dysfunktion hos kvinder pga. små populationer i forskningsforsøg, hvilket understreger behovet for at vurdere eventuelle bivirkninger hos hver enkelt patient. (16)

Justering af livsstilsfaktorer er gennem årene blevet en væsentlig del af hjerterehabilitering, hvor fokus især er på KRAM-faktorerne: kost, motion, alkohol og rygning. Disse faktorer spiller ikke kun en vigtig rolle i forhold til at forbedre hjertets sundhed og det generelle helbred, men kan samtidig have en positiv indvirkning på seksualiteten, da den kropslige

funktion med et godt kredsløb, nervesystem og hormonel balance har en betydning for den seksuelle funktion. (10,17)

For bedre at kunne støtte denne patientgruppe ses der nu videre på hvordan seksuelle dysfunktioner identificeres og måles.

2.5 Hvordan måles kvinders seksuelle funktion?

Den seksuelle dysfunktion kan være 1, primær(livslang) eller sekundær (erhvervet), 2, generel (gør sig altid gældende) eller situationel. I ICD-11 skal seksuelle vanskeligheder være tilbagevendende eller vedvarende over flere måneder, samt være forbundet med en væsentlig subjektiv oplevelse af gene, også kaldet distress. (18)

Seksuelle dysfunktioner kan opstå i alle faser af det seksuelle respons, fra lyst, ophidselse (erektion eller vaginal lubrikation), samt orgasme, og hertil vurderes der tilfredshed samt smerter ved samleje. (19)

I undersøgelser af kvinders seksuelle funktion anvendes ofte skemaet Female Sexual Function Index (FSFI-6) som er et valideret måleinstrument. FSFI-6 er specifikt udviklet til at vurdere forskellige aspekter af kvinders seksuelle funktion over de seneste fire uger. (Se Bilag 1).

Måleinstrumentet giver et hurtig overblik, og scoringsystemet gør det muligt at skelne mellem normal seksuel funktion (Score 20-30) og seksuel dysfunktion (Score 6-19). En svaghed ved scoresystemet er, at kvinder uden en fast partner, eller som ikke har været seksuelt aktive inden for de sidste fire uger, vil opnå falsk lav score, og da der bliver flere og flere enlige, er dette problematisk. (20)

Ifølge Danmarks statistik består 39 procent af alle husstande af én voksen i 2021. I 1986 boede 827.000 danskere alene uden en samlever eller bofælle, og i 2021 er antallet steget til 1.245.000. (21)

Der mangler internationalt validerede spørgeskemaer til vurdering af kvinders seksuelle funktioner, som også inkluderer andre end det heteroseksuelle par. Dette udfordrer den systematiske dokumentation af sammenhænge mellem helbredsproblemer, seksualitet og intimitet. (20)

Et spørgeskema må derfor ansues som et hjælpemiddel i tillæg til en grundig bio-psyko-social udredning, som er nødvendig for et godt behandlingsresultat.

Videre vil der præsenteres artikler, der har set på sammenhænge mellem seksuelle dysfunktioner og hjertesygdomme.

2. 6 Prævalens af seksuelle dysfunktioner hos kvinder med hjertesygdomme

I 2007 udkom et af de første studier, der undersøgte seksuel funktion hos kvindelige patienter med koronarsygdom (CAD). Her deltog 20 kvindelige patienter med CAD med en gennemsnitsalder på 38,2, samt 15 raske kontrolpersoner med en gennemsnitsalder på 37,9. FSFI-6 blev anvendt til at vurdere seksuel funktion hos alle deltagere. Kvinder med psykiatriske lidelser og gynækologiske sygdomme der kunne påvirke seksuel funktion, blev udelukket fra undersøgelsen.

Patienter med CAD og raske kvinder var sammenlignelige med hensyn til alder, body mass index og uddannelsesniveau. Seksuel dysfunktion hos kvinder (FSD) blev diagnosticeret hos 12 ud af 20 kvinder med CAD (60 %), mens det blev påvist, at 5 ud af 15 raske kvinder (33,3 %) havde FSD. Patienter med CAD havde færre samlejer pr. måned sammenlignet med raske kvinder (2,24 mod 5,2).

Den samlede FSFI-6 score var markant lavere i CAD-gruppen sammenlignet med den raske kontrolgruppe. (22)

I 2024 blev der publiceret en omfattende systematisk meta-analyse, der inkluderede 54 studier fra hele verden med i alt 148.946 kvinder. Formålet var at undersøge sammenhængen mellem hjertesygdomme og risikoen for FSD. I forhold til myokardieinfarkt (MI) og FSD blev seks studier inkluderet, og resultaterne viste en tydelig sammenhæng med en odds ratio (OR) på 2,70 (95 % CI; 1,60–2,67).

Hypertension og FSD blev vurderet på baggrund af 23 studier. Resultaterne viste en OR på 1,41 (95 % CI; 1,23–1,62), hvilket peger på en signifikant, men mindre markant risiko sammenlignet med MI. Generelle hjertesygdomme blev vurderet ud fra 5 studier, og

resultaterne var mindre entydige med en OR på 1,02 (95 % CI; 0,85–1,23), hvilket indikerer, at evidensen for en generel sammenhæng var usikker. (23)

Disse resultater understøtter, at specifikke typer af hjertesygdomme, såsom MI og hypertension, kan være forbundet med en øget risiko for FSD. Dog er der behov for mere forskning for at belyse sammenhængen mellem hjertesygdomme og FSD, da de inkluderede studier viser varierende resultater. (23)

Psykiske reaktioner på hjertesygdomme ses ofte. Tilstande som angst og depression kan have en medvirkende faktor for udvikling af FSD og ubehandlet kan disse bidrage til nedsat livskvalitet. (18,24,25)

I et dansk tværsnitsstudie fra 2017, hvis formål var at undersøge oplevede seksuelle vanskeligheder og associerede faktorer hos patienter på tværs af forskellige hjertesygdomme, blev seksuelle vanskeligheder evalueret ud fra tre spørgsmål: Har du på baggrund af din hjertesygdom oplevet mangel på eller nedsat lyst? Har du på baggrund af din hjertesygdom været nervøs for at have sex? Har du på baggrund af din hjertesygdom oplevet fysiske problemer fx nedsat lubrikation? Undersøgelsespopulation bestod af 1549 mænd og 807 kvinder (35-98 år) på tværs af forskellige hjertesygdomme. 55% af mændene og 29% af kvinderne rapporterede at have seksuelle vanskeligheder, og hvor de seksuelle vanskeligheder signifikant var forbundet med angst (OR=3,00, 95% CI. 1,51-5,95) for kvinderne, sås alder og komorbiditet knyttet til seksuelle vanskeligheder hos manden. (2) 280 kvinder med AF, der deltog i undersøgelsen, svarede 21,6% kvinder "ja" til, at de oplevede mangel på eller nedsat seksuel lyst. 11,5% var nervøse for at have sex, og 12,4% oplevede problemer med ophidselse eller at opnå orgasme. 25,5% af kvinder svarede "ja" til at opleve mindst én seksuel udfordring. (2)

Undersøgelsen viste dog ingen signifikante forskelle af seksuelle vanskeligheder på tværs af hjertesygdommene.

Hjertesygdom er således ikke nødvendigvis en isoleret og direkte årsag til FSD, men snarere en medvirkende faktor i et komplekst samspil af biologiske og psykosociale aspekter.

I lyset af den begrænsede viden om kvinder med AF, vil der blive gennemført et pilotstudie med kvalitative forskningsinterviews mhp. at undersøge om AF, påvirker kvinders seksualitet, samt om behandlings- og sygdomsrelaterede faktorer kan forårsage seksuelle vanskeligheder?

3 Forskningsspørgsmål

Med afsæt i den ovenstående baggrund har dette pilotprojekt til formål at besvare følgende to forskningsspørgsmål:

I hvilken grad og på hvilken måde oplever ældre kvinder med AF, at sygdom og behandling påvirker deres intimitet og seksualitet samt parforhold?

Hvordan oplever ældre kvinder med AF at blive mødt i sundhedsvæsenet, ift. håndtering af eventuelle seksuelle vanskeligheder eller dysfunktioner?

4 Teori og Metode

I det følgende metodeafsnit præsenteres det videnskabsteoretiske ståsted samt de metodiske overvejelser, der ligger til grund for masterafhandlingen. Dataindsamlingsmetoden har været en kombination af litteratursøgningen, som dannede baggrundsviden for afhandlingen og var udgangspunkt for formuleringen af forskningsspørgsmålene, samt udarbejdelsen af den semistrukturerede interviewguide, der blev anvendt i de kvalitative forskningsinterviews. (26) Desuden redegøres der for rekruttering af respondenter, inklusionskriterier samt de etiske overvejelser og den anvendte analysestrategi.

4.1 Fænomenologisk-hermeneutisk tilgang

I dette pilotstudie anvendes en fænomenologisk-hermeneutisk tilgang med henblik på at opnå en dybere forståelse af, hvilke erfaringer ældre kvinder med AF har med seksualitet og intimitet efter de har fået konstateret en kronisk hjertesygdom.

Med afsæt i Edmund Husserls (1859–1938) fænomenologiske filosofi rettes fokus mod kvindernes livsverden, der er den før-videnskabelige, sanselige og erfaringsbaserede virkelighed, hvor mening skabes i mødet mellem subjekt og verden. Gennem forskningsinterviewene søges adgang til respondenternes subjektive oplevelser, med det formål at gøre det implicitte eksplicit, dvs. at synliggøre, hvordan seksualitet og samliv fremtræder og erfares i konteksten af kronisk sygdom. (27)

Denne fænomenologiske åbenhed over for informanternes levede erfaringer videreføres i den hermeneutiske del af analysen. Her inddrages Hans-Georg Gadamer (1900–2002) filosofiske hermeneutik, som argumenterer for, at al forståelse er præget af forforståelse. Den hermeneutiske cirkel, hvor delene forstås i lyset af helheden og helheden i lyset af delene, udgør det metodiske grundlag for fortolkningen. Hermeneutikken anvendes således til at bevidstgøre, hvordan forskerens egne erfaringer og faglige baggrund uundgåeligt influerer forståelsesprocessen. Fortolkning opstår allerede i mødet med empiri, som her opstod da interviews transskriberes og bearbejdes. Denne proces former en ny forforståelse, der indgår aktivt i den videre analyse. (28)

Sammenfattende bidrager den fænomenologiske tilgang med en metodisk åbenhed over for fænomenerne seksualitet og intimitet i relation til sygdom og behandling, mens hermeneutikken skaber ramme for reflektiv fortolkning og forståelse af, hvordan mening dannes i samspillet mellem tekst og læser.

4.2 Dataindsamling

4.2.1 Det kvalitative interview

Der er på baggrund af litteratursøgning og pensum udarbejdet en induktiv semistruktureret interviewguide med åbne og beskrivende spørgsmål, hvis hensigt er at hjælpe kvinderne med at reflektere over deres erfaring. (26) (Bilag 2.1 og 2.2)

Et interview er aldrig en lineær proces, men en dynamisk proces. Tilgangen blev derfor valgt *dels* for at give en mulighed for fleksibilitet til at udforske eventuelle uventede emner, og *dels* for at opnå en dybere forståelse af deltagerens oplevelser og perspektiver. Samtidig med, at der opretholdes en vis struktur, der sikrer sammenlignelighed på tværs af interviews. Interviewguiden ændrede sig for hvert interview, da det var vigtigt at respondenterne fik en stemme til at belyse emnet, men samtidig en mulighed for at tale om det, der betød mest for dem. Det kvalitative forskningsinterview blev afholdt i en af respondenternes private hjem, hvor et lille, afsides gæsteværelse blev valgt for at sikre diskretion og respekt for interviewets private emne. Interviewet varede mellem 30 til 40 minutter og tilstræbte et empatisk og lyttende interview mhp. at frembringe viden om kvindens livsverden omhandlende fænomenerne intimitet, seksualitet og parforhold hos kvinder med AF. (26) Dog har forskeren altid en aktiv rolle i forskningsprocessen og forskeren er derfor en uundgåelig del af konteksten. (29)

4.2.2 Rekruttering af respondenter

Respondenterne blev udvalgt ud fra en pragmatisk tilgang, hvor den ene kvinde blev rekrutteret af en bekendt, og herefter skete der en Snow ball effekt og i alt deltog tre kvinder. Det blev besluttet at undgå og inkludere patienter fra BBH for at sikre en neutral relation, hvor behandling og magtforhold ikke spillede en rolle. Derudover ville inddragelse af egne patienter medføre særlige GDPR-regler samt kræve, at projektet blev en del af et større forskningsprojekt for sygeplejersker på BBH. (30) Selvom dette kunne have været en

fordel, ville det også have medført inkludering af en ekstern vejleder, hvilket ville gøre processen mere kompleks.

4.2.3 Inklusions kriterier

- Kvinder med AF
- Dansk talende
- Alder 50+

Kvinder med AF er underrepræsenterede i forskningen og samtidig føler kvinder, ældre og patienter med AF sig mindre informerede om seksualitet end andre patienter inden for kardiologien. (2) Den bagvedliggende årsag kan være mangeartet, men det kan indikere en forforståelse af, at denne patientgruppe ikke er seksuelt aktive. En anden begrundelse for at inkludere ældre kvinder i undersøgelsen er, at østrogenproduktionen beskytter kvinder frem til menopausen, hvilket betyder, at kvinder typisk udvikler hjertesygdomme senere end mænd. (13) Forekomsten af seksuelle dysfunktioner stiger statistisk set med alderen, og menopausen kan være en selvstændig faktor af betydning for udvikling af seksuelle dysfunktioner. (31) Dette kan bl.a. komplicere vurderingen af, hvorvidt eventuelle seksuelle vanskeligheder skyldes hjertesygdom eller menopausen.

4.3 Litteratursøgning.

Indledningsvis blev der foretaget en tentativ søgning i Google, Google Scholar, PubMed og CINAHL mhp. at finde inspiration til relevante søgeord, der dækkede det valgte tema om kvinder, AF og seksualitet. Søgningen i CINAHL og Psykinfo gav ingen relevante resultater, hvorfor databaserne videre blev fravalgt. Litteratursøgning blev herefter udført i databasen PubMed af to omgange.

I oktober 2024 blev der gennemført en indledende bloksøgning, som resulterede i fund af otte artikler. (Bilag 3) I januar 2025 blev der foretaget yderligere en bloksøgning på databasen PubMed der bidrog med én artikel. (Bilag 4).

Ved gennemlæsning af artiklerne fra bloksøgningen blev det tydeligt, at der ofte refereres til én specifik originalartikel: Kaya, C. (2007). *Sexual function in women with coronary artery disease: a preliminary study*. Dette studie har opnået stor gennemslagskraft og er ifølge Scopus (22. januar 2025) blevet citeret syvoghalvtreds gange. Derfor blev der foretaget en citationssøgning i Scopus, hvilket bidrog med yderligere tre relevante artikler.

Ekspertter indenfor AF blev også kontaktet. Formanden for AF-databasen, Professor Axel Brandes, og enkelte oplysninger fra denne person tilvejebragte oplysninger til opgaven. Desuden blev kardiologisk speciallæge, Philip Samuel Osbak, BBH., klinisk sygepleje specialist, BBH., Anders Amundsen, og klinisk sygepleje specialist, Ph.d., Pernille Palm, RH., ligeledes kontaktet, hvilket bidrog med elve relevante artikler.

4.4 Etiske overvejelser

En interviewundersøgelse indebærer moralske overvejelser både i metode og formål. Ud over den videnskabelige værdi bør en undersøgelse vurderes på dens evne til at forbedre den menneskelige situation, den omhandler, samtidig med at der tages hensyn til deltagerne. (32) Da disse interviews omhandler private og tabuiserede emner som intimitet, seksualitet, parforhold, sygdom og behandling, kræver samspillet en særlig etisk bevidsthed. Patienter er sundhedsvæsenets vigtigste respondenter, hvorfor deres feedback har til hensigt skabe viden og sætte fokus på en overset patientgruppe. På sigt er håbet tiltagene i videre patientforløb kan bedres. jf. Helsinki- deklARATIONEN blev respondenterne informeret mundtligt og skriftligt om anonymitet, frivillighed og fortrolighed. Der er herefter indhentet samtykkeerklæringer. (33,34) (Bilag 5) Interviewet blev optaget på en privat telefon hvorefter de blev transskriberet umiddelbart efter og lydfilen blev slettet. Alle personhenførbare data blev ændret for at beskytte deltagernes anonymitet, og deres samtykke kunne tilbagetrækkes til hver en tid.

4.5 Analysestrategi og metode for dataanalyse

Til bearbejdning af den indsamlede empiri anvendes Victoria Clark og Virginia Braun tematiske analyse som metode. Den tematiske analyse har i alt seks trin og metoden har til formål at systematisere, identificere og organisere det empiriske materiale, og dermed give indsigt i de mønstre af de temaer, der er på tværs af interviewene. *Det første trin* indebærer at blive fortrolig med datamaterialet. Interviewene er blevet lyttet til ad flere omgange og transskriberingen af interviewene er ligeledes blevet læst adskillige gange. (35,36)

I andet trin udpeges de første gennemgående emner med koder i form af små overskrifter. Først ud fra lydfilen og herefter det transskriberede materiale. Interviewene er transskriberet af pilotstudiets forfatter umiddelbart efter gennemførsel for at bevare stemninger og nuancer. Transskriberingen af interviewet gengiver de interviewedes udtalelser så præcist som muligt, herunder gentagelser, pauser og følelsesudtryk. For at bevare meningsindholdet er visse forenklinger foretaget, herunder tilføjelse af manglende ord og mindre grammatiske justeringer for at styrke forståelsen. (35,36)

Kodningsprocessen i dette trin hjælper med at se mønstre af meninger i materialet og er en løbende bevægelse der sker mellem databearbejdning og kodning. (35,36)

De umiddelbare meningsbærende temaer efter første kodning var således:

- AF og ulighed i tilgang til sundhedsydelser.
- Positive effekter ved seksualitet.
- Solosex.
- Seksualitet efter børnefødsler og menopause symptomer.
- Seksualitet og intimitet, en orientering mod et nyt liv sammen efter pension.
- Kommunikationen om seksualitet og intimitet hos den enkelte kvinde, sammen med sin partner og i mødre grupper, men tavshed i sundhedsvæsenet.
- Behov for bedre sundhedsfremmende indsatser med oplysning om seksualitet, intimitet og hjertesygdom i fremtiden.

Denne tilgang tilsigter en dybere analytisk refleksion og justering af koder i takt med, at nye mønstre og forståelser opstår, hvilket fører videre til *det tredje trin*, hvor der undersøges sammenhængende meningsenheder i materialet, der hjælper til at svare på

forskning spørgsmålene. Clark and Brown understreger at temaerne ikke springer ud af empirien, men er en aktiv proces der involverer forskerens perspektiv. (37)

Det fjerde trin er en kritisk gennemgang af de analyserede temaer og efter en dybere justering defineres temaerne i *det femte trin*, hvor de navngives med en argumentation og citater fra interviewet til at underbygge hvordan de bidrager til den samlede historie der fortælles, hvilket fremstilles i resultatafsnittet.

De meningsbærende temaer blev derfor:

- 1) Seksualitet og AF - fra udredning til rehabiliteringsbehov.
- 2) Seksualiteten som en "raskhedsfaktor".
- 3) Seksualitet på livets rejse og "tovejstabet" i sundhedsvæsenet.
- 4) Parforhold og sprogets betydning for intimitet og seksualitet.

I det sidste *trin seks* præsenteres afhandlingens temaer med kvindernes udsagn med henblik på at besvare forskningsspørgsmålene, og temaerne sammenholdes med eksisterende viden på området, som vil fremgå af diskussionen. (38)

5 Resultater

I det følgende afsnit vil den indsamlede empiri fra de kvalitative forskningsinterview blive fremstillet med de gennemgående temaer, der gjorde sig gældende ved interviewene.

5.1 Præsentation af respondenter

	Respondent 1	Respondent 2	Respondent 3
Alder	70 år	70 år	66 år
Tidligere erhverv	Biolog	Bibliotekar	Sygeplejerske
Civilstand og børn	Gift, 3 børn	Gift, 3 børn	Gift, 3 børn
Fritidsinteresser	Hest (hobby)	Børnebørn og motion	Går ture med hund
Tidspunkt for AF-diagnose	Ca. 1 år siden	4 år siden	2 år siden
Behandling af AF	Ablation med god effekt, medicin	<u>Medicinsk behandling</u>	Ablation med begrænset effekt, medicin
<u>Medicinsk behandling</u>	Blodfortyndende, blodtryks- og kolesterolsænkende, <u>Vagifem</u>	Blodfortyndende, blodtryks- og kolesterolsænkende, <u>Vagifem</u> , antidepressiv	<u>Blodfortyndende, kolesterolsænkende</u>
Andre helbredsforhold	Gentagne blærebetændelser	Depression (efter <u>sudden deaf</u>), gentagne blærebetændelser	Tidligere stress, afbrudt forløb hos stresscoach
<u>Symptomer ved opdagelse</u>	Hjertebanken efter middag og alkohol på ferie og dyspnøe	Kraftig hjertebanken om natten + angst	<u>Hjertebanken + synkoper</u>
Opdagelse af AF	Under ferie	Om natten	Stressudløst på job og hjemme.

Tabel 1. Oversigt over de tre respondenter, der har deltaget i interviewundersøgelsen, med fokus på deres sociale forhold og sygdomsrelaterede status.

5.2 Præsentation af fund

5.2.1 Seksualitet og AF - fra udredning til rehabiliteringsbehov

Kvindernes beretninger viser, at AF og behandlingen hertil ikke har haft en direkte negativ indflydelse på deres intimitet eller seksualitet. De oplever symptomer som træthed og dyspnøe, men fortsætter et aktivt sexliv, hvor fysiske begrænsninger tilpasses i samspil med partneren.

Respondent 1 beskriver træthed som den primære gene, men tilpasser samlivet til kroppens rytme og udviser fleksibilitet og pragmatisme i samspillet med sin partner.

”Jeg synes egentlig ikke, at sygdommen har påvirket ”det” særlig meget, men man er sådan lidt mere OBS på kroppen, ik’ (...) så det er mest træthedsmæssigt, og så er det også mere noget andet. Jeg har en mave, som vækker mig hver morgen kl. 5-6 stykker, hvor jeg skal på toilettet. Det gør så, at vi tit er sammen om morgenen, men det er jo også det med at når kroppen (...) den forandrer sig jo gennem hele livet, og så er det jo også at trætheden gør, at man må gøre det når man er vågen”

Respondent 2 oplever dyspnøe, og peger på, at en tidligere depression havde større betydning for manglende lyst og overskud, men at medicinsk behandling og støtte fra partneren hjalp til at genoptage samlivet.

”Altså, AF påvirker mig på den måde, at jeg bliver forpustet. Jeg dyrker en rimelig anstrengende motion, så jeg burde være i god form.”

Kvinden ser undrende ud og siger videre:

”Ja, men på trods af det, så får jeg alligevel det der med, at jeg bliver enormt forpustet en gang imellem”

Da der spørges ind til om AF har påvirket kvinden psykisk, svar hun således:

”Før jeg fik den diagnose og fik en forklaring på hvad AF var, og det ikke er noget man dør af, var jeg virkelig angst. Der vågnede jeg op om natten og var sindssygt bange (...) for

nu døde jeg. Efter jeg har fået en forklaring på hvad AF er, og hvad det blodfortyndende gør (...) og, at jeg ikke dør lige nu, er jeg blevet rolig igen”

Da der spørges direkte til, om AF har påvirket hende seksuelt, svarer hun:

” Nej, det synes jeg ikke. Altså jeg havde en depression for tre år siden, hvor jeg havde det rigtig, rigtig dårligt. Der røg jeg ned (...) meget kraftigt, også med hensyn til seksualitet. Der var heller ikke overskud til det eller lyst til noget som helst. Det ændrede det, ja”

Holder en pause og siger så:

”Ja, jeg fik så antidepressiv til sidst og fik det bedre og så fik jeg også hjælp af min mand”

Respondent 3 har ikke oplevet ændringer i seksuallivet. Hun fremhæver et stabilt samliv, hvor AF ikke direkte spiller en rolle for sexlivet, men mere indirekte med disse udtalelser.

”Hmm, altså egentlig er der ikke nogen forandring. Vi har regelmæssigt sex. Sådan én til to gange om ugen. Nok mest én gang om ugen efterhånden. Men det har intet med AF at gøre og jeg er heller ikke bange for at have flimmer (...) det er mere sådan, okay, så lad os ikke gøre det for vildt”

Fælles for kvinderne er, at intimitet og seksualitet forbliver en vigtig del af livet, og at de formår at tilpasse sig forskellige sygdommes fysiske konsekvenser. Kvinderne blev relativt hurtigt udredt, men psykosociale aspekter som seksualitet og livskvalitet blev ikke adresseret. De beskriver et fragmenteret forløb med begrænset lægekontakt, hvor der ikke blev givet rum for dialog om livsstil eller intimitet.

Respondent 1 udtrykker sit møde med sundhedsvæsenet med denne kommentar:

”Jeg synes ikke, der har været meget lægekontakt. Altså, det der system, en gang imellem” (...) *”Man skal virkelig være med selv. Det er vigtigt”*

Hvorimod respondent 3 selv er mere tilbageholdende og skeptisk ved at henvende sig til sundhedsvæsenet og anmode om hjælp:

”Jeg blev indlagt og det var fordi, der havde jeg flimmer på arbejdet. Normalt sagde jeg det ikke til nogen, men så sagde jeg det til en af mine kollegaer. Så ”kørte” hun op, og så blev jeg også bange. Min mand kom og ringede til min læge, som sagde, at jeg skulle indlægges. Jeg sagde, at jeg skulle ikke indlægges. Nå, men så skulle jeg i hvert fald komme ud og få et EKG, og så kørte vi derud, og hjertet buldrede afsted på fulde kanoner”

”Så ville de give mig stød (...) jeg skulle i hvert fald ikke have noget stød, fordi det går over af sig selv. Så hellere lade kroppen selv klare det, men så fik jeg noget Digoxin, og så gik det over af sig selv”

Ingen af kvinderne blev tilbudt et rehabiliteringsforløb, og kun én ud af to kvinder der har fået foretaget en ablation modtog en officiel indkaldelse til et intromøde i forbindelse med ablation, men begge kvinder valgte at tage med.

Vedrørende intromøde beskriver respondent 1 dette således:

” Man får at vide, at det ikke er farligt, men det er det jo lidt alligevel, ikke? (...) Fordi du har jo risikoen for propper i hjernen.”

Imens svare respondent 3:

”Altså, der blev sagt meget, at det var ikke noget at være bange for AF. De gennemgik sygdommen rent fysiologisk med billeder, hvor det er og hvor den træder ind. Der blev slet ikke snakket noget om seksualitet. Men jeg havde heller ikke haft behov for det, men jeg tænkte, hvis jeg havde haft, så havde jeg sgu nok heller ikke sagt det der”

Respondent 2 der ikke har fået foretaget en ablation forklarer sit møde hos en privatpraktiserende kardiologiske læge således:

”Jeg havde først meget svært ved at få at vide hvad jeg fejlede, andet at nu har du AF, og så skal du have noget medicin (...) Jeg anede ikke, hvad det var. Der var ikke tid eller mulighed for at spørge” (...) Jeg er måske heller ikke så god til at kræve en forklaring”

Når der spørges ind til information om livsstil og seksualitet svares der videre:

”Og det kommer han slet ikke ind på, men til gengæld har han lavet en rigtig god behandlingsplan. Jeg føler mig i trygge hænder (...) men han snakker ikke med mig om noget som helst”

På tværs af fortællingerne tegner der sig et billede af et sundhedsvæsen, der primært møder kvinderne med et biologisk fokus, hvor information om sygdom og behandling har en altoverskyggende prioritet, mens de psykosociale aspekter, herunder seksualitet, livskvalitet og følelsesmæssige reaktioner på hjertesygdom, i høj grad overses. Dog afspejler kvinderne en ressourceorienteret håndtering af sygdommens konsekvenser, og de har på den baggrund udvist en pragmatiske tilgang til intimitet, hvor kvinderne tilpasser deres seksuelle aktivitet efter kroppens formåen, hvilket leder videre til det næste tema hvor det ses, at intimitet og seksualitet har været en livslang kilde til positive aspekter i deres liv.

5.2.2 Seksualiteten som en ”raskhedsfaktor”

Alle tre kvinder oplever seksualitet og intimitet som en betydningsfuld del af deres livskvalitet. De beskriver, hvordan det skaber tryghed, nærhed og glæde i deres parforhold samt har en afstressende effekt. Seksualiteten bliver dermed en vedvarende kilde til velvære gennem livet. Respondenternes udsagn viser forskellige nuancer af, hvordan seksualitet spiller en rolle i deres liv.

Respondent 1 beskriver seksuel sundhed således:

”De positive ting ved seksualiteten og det at have en samlever er efter min opfattelse den tryghed det giver, altså altid at kunne få tilfredsstillet sit behov, når man føler man har et behov, og at ens partner ved hvad man godt kan lide og hvordan man gerne vil have det. Man skal ikke først ud og lede efter en partner og gennem den usikkerhed, der er omkring, om det nu er sikker sex”

Hun fortsætter:

”Vi har altid haft et godt samliv (...) Ja, ret aktivt og sådan”.

Her fremhæves trygheden ved et fast seksuelt forhold, hvor hendes behov kan imødekommes uden usikkerhed, samt en opleves af at have haft et godt og aktivt samliv gennem livet.

Respondent 2 anskuer seksualiteten igennem livet med disse ord:

"Jeg havde min seksuelle debut da jeg var 14 år og har siden da været seksuel aktiv. Det er noget, der for mig altid har været vigtigt og har som regel givet mig stor fornøjelse. Både mht. solosex og sammen med en partner."

"Det giver nærhed og varme sammen med en partner og de sidste 46 år sammen med min mand"

"Kroppen slapper af efter orgasme, og selv om jeg ikke skulle få orgasme, er det stadig en dejlig og varm måde at være sammen på"

Seksualiteten og intimiteten beskrives her som en vigtig del af hendes liv siden hendes ungdom. Hun oplever det som en kilde til nydelse og nærhed, både i form af solosex og samvær med sin partner og understreger samtidig de afslappende effekter af orgasme.

Respondent 3 sætter disse ord på hendes oplevelse af seksualiteten:

"Sex letter sindet og hjælper mod spændinger. Jeg synes det knytter os tættere sammen"

"Orgasmen er også godt og gør at jeg kan slappe af og så er det bare godt for parforholdet. Men når jeg er stresset, kan jeg ikke få udløsning"

Her ses seksualitet og intimitet som en måde at lette sindet og mindske spændinger. For hende styrker det parforholdet, men stress kan dog påvirke hendes evne til at opnå orgasme.

Respondenterne beskriver samstemmende, hvordan seksualitet og intimitet har stor betydning for deres oplevede livskvalitet. Et meningsfuldt sexliv fremstår her som en "raskhedsfaktor", der har bidraget til håndteringen af sygdom gennem livet. (15) Med dette udgangspunkt rettes fokus nu mod kvindernes erfaringer med sundhedsvæsenets håndtering af seksualitet og intimitet.

5.2.3 Seksualitet på livets rejse og ”tovejstabet” i sundhedsvæsenet

Samtalen om seksualitet er ikke kun knyttet til nuet, men trækker også på fortiden og skaber perspektiver for fremtiden. (39)

I dette afsnit er der fokus på livsbegivenheder som børnefødsler og menopausens betydning for seksualiteten i dag, samt mødet med sundhedsvæsenet.

De følgende udsagn peger på forskellige oplevelser af hvordan seksualiteten har formet sig på livets rejse, hvor respondenterne har den samme oplevelse af en isoleret biomedicinsk tilgang i mødet med sundhedssystemet, hvor interventioner hovedsageligt fokuserer på behandling af fysiologiske symptomer uden at inkludere psykosociale aspekter, herunder seksualitet. Omvendt var det ikke et behov for alle respondenter, at der blev talt herom.

Respondent 1 beskriver tiden efter kvindens børnefødsler:

”Man er selvfølgelig lidt følsom lige bagefter, man har født, men ikke noget voldsomt, men så har jeg haft nogle møder grupper, og så snakker man generelt om tingene der ”

Angående tiden efter menopausen fortæller hun videre:

”Altså, jeg har gjort det sådan de senere år, at jeg har taget Vagifem, fordi man bliver jo sådan lidt mere tør i skeden? Jeg havde noget blærebetændelse og så fik jeg det, men jeg har ikke så meget behov for det”

Respondent 2 fortæller ligeledes om tiden efter menopausen:

”Ja, det var en overgang, hvor jeg var meget irriteret og tør, og samtidig fik jeg blærebetændelse den ene gang efter den anden”

Begge respondenter påpeger, at samtalen med lægen udelukkende handlede om blærebetændelser og den medicinske behandling heraf. Dette indikerer en manglende holistisk tilgang, hvor det ville synes naturligt at inddrage seksualitet. Da respondent 2 reflekterer over oplevelsen, fortæller hun videre:

”Jeg fik jo også et celleskrab, hvor det viste sig, at min skedevæg var meget fremfaldende og blokerer lidt for tarmen (...) og der har jeg så fået nogle teknikker til at tisse bedre og det har faktisk løst det (...) men det gør jo også, at jeg ikke har så meget lyst til oralsex, som jeg har haft tidligere”

Når der spørges ind til *hvorfor* og *hvilken* følelsesmæssig betydning dette har haft for kvinden svarer hun:

”Fordi jeg føler, at jeg måske ser forkert ud, eller er forkert, og det har jeg ikke overhovedet følt, at der var nogen, der snakkede med mig om (...) Nej, de snakkede om afføring og tis, men ikke om, hvordan det påvirker mig seksuelt, og det var noget, jeg faktisk godt kunne tænke mig at få hjælp til”

Med disse udtalelser viser det, at en kropslig forandring med årene har påvirket hende psykisk, som nu er forankret i kvindens seksualitet, hvilket desværre er et godt eksempel på hvordan en manglende bio-psykosocial tilgang risikere at efterlade patienter med seksuelle vanskeligheder.

Efterfølgende spørges her ind til hvordan vi generelt kunne blive bedre til at møde patienterne i sundhedsvæsenet i forhold til oplysning eller samtaler vedr. seksualitet, hvortil respondent 2 svare:

”Der var fornyelige nogle artikler i Politikken, om alle de kvinder, der har svære forandringer bl.a. efter tre fødsler og alderen (...) også den dér med, at jeg skulle da også have været lidt bedre til at lave knibeøvelser. Det er min egen skyld. Det var det, politikken gjorde op med, og det var jeg rigtig glad for”

Kvinden understreger og siger bestemt:

”Ja, sådan en tabu-nedbrydende artikelserie i Politikken, det er godt, men også en folder - Virkelig en folder, som man fik stukket i hånden på bibliotek, apoteket eller hos lægen, så man kunne få fortalt generelt om de der forandringer”

Den manglende samtale om seksualitet i sundhedsvæsenet har på samme måde også efterladt respondenterne med en følelse af skyld over ikke at have taget godt nok hånd om hendes egen sundhed, hvilket hun først selv får gjort op med efter folkesundhedsoplysning i en avis.

Respondent 3 fortæller først om menopausen og siger:

"Altså, det er ændret med, at skeden blev lidt mere tør, men jeg er ikke en af dem, der har fået meget tør skede"

Hun fortsætter omkring fødsler:

"Jamen omkring børnefødsler, så fik jeg stressinkontinens – og så blev jeg henvist til kommunens fysioterapeut, hvor jeg tænkte, at det er simpelthen for dumt. Jeg kom faktisk med og gennemgik også forløbet"

Der spørges videre ind til om denne forandring påvirker hendes intimitet og samliv?:

"Det påvirker ikke min hverdag. Jo, det gør det jo egentlig. Jeg skal tænke mig om (...) jeg skal ikke have drukket noget en time før jeg går en lang tur og have tisset inden jeg giver mig til at danse"

Respondent 3 udtalelser illustrerer, hvordan menopausen og de kropslige forandringer efter børnefødsler ikke har påvirket hendes seksualitet i væsentlig grad. Dette indikerer, at kropslige forandringer ikke nødvendigvis fører til seksuelle vanskeligheder for alle kvinder, hvorfor hun også afslutningsvis forholder sig således til spørgsmålet om forbedringstiltag vedr. samtalen og oplysning om seksualitet og intimitet generelt:

"Jeg har aldrig haft brug for at kontakte nogle foreninger eller at snakke med lægen" ... hmm altså, jeg synes, det ville være godt, hvis det var, at det blev talt lidt højt. Der bliver jo heller ikke taget op hverken hos lægen eller hos sygeplejersken (...) men jeg har jo selv været i samme situation som sygeplejerske. Hvorfor man ikke gør det, jeg ved det ikke? Jo, det ved jeg godt. Man kommer for tæt på selv"

Kvinderne oplever, at deres krop forandrer sig gennem livet, men samtalen om seksualitet udebliver. Sundhedssystemets manglende fokus på kvinders seksuelle sundhed efterlader kvinderne med kropsforandringer, som kan risikere at påvirke lyst, selvværd og selvtillid i forskellige grader. Det afspejler den "tovejs-tabu"-problematik, hvor både patienter og sundhedspersonale undgår emnet seksualitet og hvor kvinder her integreret disse forandringer som "naturlige" og ikke altid som noget, de kan få støtte til udefra, men har håndteret det indefra med sin partner, som beskrives i næste afsnit. (17)

5.2.4 Parforhold og sproget betydning for intimitet og seksualitet

Interviewet viste at seksualitet og intimitet i kvindernes lange ægteskab stadig har en stor betydning for parrene på trods af tilkomne komorbiditet, og samlivet bidrager fortsat med mange positive aspekter i deres parforhold.

Respondent 1 beskriver, hvordan aldrig har medført et mindre aktiv sexliv, men understreger samtidig glæden ved, at det intime samliv stadig er til stede:

”Ja altså, man bliver lidt mindre aktiv med årene (...) men, det er virkelig dejligt, at det kan blive ved.”

Hun fortsætter og siger videre lidt eftertænksomt:

”Det er mere nogle af alle de andre skavanker, der kommer (...) min mand har fået spinal stenosis, så han får tit ret ondt, men normalt er det ikke noget, der påvirker.”

Respondent 2 fortæller, at seksualiteten i ægteskabet efter 46 år er blevet mindre livligt og mere præget af nærvær og hygge:

”Altså jeg vil sige, det er knap så sprudlende, og jeg skal tage mig sammen for at gå i seng med min mand (...) Det er ikke fordi jeg ikke er interesseret, men det er blevet mere hygge og jeg går heller ikke så meget op i, om jeg får udløsning længere.”

Samtidig understreger hun, at kærligheden er blevet stærkere efter parret, er gået på pension, hvor samværet er blevet en større prioritet.

” Altså der er gået sådan lidt sutsko i det, men vi har begge to sådan et meget stort ønske om at bevare det. Griner og siger så: ”use it or lose it” Ja, vi har begge to det ønske om at det ikke dør ud”

Disse udsagn illustrerer, hvordan seksualiteten og intimiteten i parforholdet ændrer sig over tid i takt med aldring og livsomstændigheder, men som stadig er et aktivt tilvalg, hvor et intimt samliv forbliver betydningsfulde aspekter i langvarigt parforhold.

Respondent 2 beskriver parrets pensionisttilværelse med disse ord der understreger hvorledes deres stærke bånd har ændret sig:

”For på andre måder har vi det bedre, end vi nogensinde har haft det før. Efter vi begge to er stoppet på arbejde, så har vi det virkelig godt sammen, og vi har børnebørnene, som vi virkelig går op i. Kærligheden er blevet større. Han rejste rigtig meget før- så han var enormt meget væk”

Når der spørges ind til om parret har haft en tradition for at tale om livet, sygdom og seksualiteten, fremkommer det at dialogen herom er begrænset hos alle tre respondenter.

Respondent 1 fortæller:

”Nej, det har vi nok egentlig ikke så meget”.

”Så har man kunne mærke, at nu er der lige et eller andet, der lige skal ordnes her (...) Nej, det fungerer fint uden, men det skulle man måske have gjort”

I lighed med denne udtalelse fortæller respondent 2:

”Nej, vi er ikke særlig gode til at snakke om den slags (...) han har svært ved at bevare rejkning i ret lang tid (...) det er ikke noget, vi har snakket om og hvis jeg så gerne vil have orgasme, så klarer jeg det selv”

Her spørges der ind til om parret har søgt hjælp herfor hvortil hun svare:

”Jeg ville have meget svært ved at foreslå ham det (...) Så længe han selv synes, at det fungerer for ham. Han er sådan ud af en gammel bonde slægt, hvor man ikke taler om ting. Der er mange ting man ikke taler om og det ville være meget svært, men når vi har en konflikt så (...) ja det var faktisk noget min mor, hun lærte mig, at hvis man virkelig er blevet uvenner, så kan man altså godt få hul på den der vrede ved at have sex. Så er det ligesom om, det løsner lidt op og så kan man altså ikke være helt så sur.” Smiler og griner lidt.

Respondent 3. beskriver deres kommunikation om seksualitet således:

”Ja, men ikke sådan en helt åben jævnlig diskussion. Mere sådan, når der var nogle problemer, også i det seksuelle. Så har vi kunnet tale sammen.”

”Altså sådan med, jeg kan egentlig ikke lide det på den måde, eller skulle jeg ikke prøve det på den måde.”

Da der spørges videre ind til om parret har talt sammen vedr. AF og seksualitet svare hun:

” Altså han vil helst ikke snakke om det (...) Det har han ikke behov for, men jeg tror nok, jeg selv er skyld i meget af det.”

Stopper lidt og siger så:

”Der er ikke nogen problemer her”

Griner lidt men ser bestemt ud og fortæller videre:

”Altså han er opmærksom på det (...) her for nylig, der tog jeg lige min egen puls, fordi jeg synes, jeg kunne mærke, at det bullerede lidt for meget, da vi var færdige med sex, ik’(...) Og så spurgte han mig bagefter: ” jeg så, at du tog din puls, var der noget galt?” Så sagde jeg, at der ikke var noget galt og det var bare for at være sikker.”

Udtalelserne viser, hvordan seksualitet i parforhold kan være præget af tavshed og i stedet for at tale direkte om seksualitet, fungere kropslige signaler som en implicit tavs kommunikation der forstås gennem handling og som kan fungere som en ”ventil” i parforholdet (39)

6 Diskussion

I det følgende afsnit diskuteres de fire overordnede temaer, som blev identificeret og gennemgået i afsnit 5, med afsæt i studiets empiri og relevant forskning på området.

6.1 Seksualitet og AF - fra udredning til rehabiliteringsbehov

Tilsammen har AF ikke påvirket respondenternes lyst eller givet dem seksuelle vanskeligheder, hvilket de alle udtrykker stor glæde over. Kvinderne er derfor et godt eksempel på, at der er forskel på statistik og livsverden hos den enkeltes kvinde. Statistisk set stiger prævalensen af seksuelle vanskeligheder generelt med alderen og blandt 280 kvinder med AF oplevede ca. en fjerdedel at have mindst en seksuel udfordring målt ud fra tre spørgsmål, som nævnt i indledningen. (2) Samtidig viser studier også at hvis ældre kvinder har seksuelle vanskeligheder, er de mindre generet af dem. (40)

Respondenterne fremstår ressourcestærke og gør overvejende brug af problemløsende copingstrategier ved at orienterer sig i deres sygdom. (41)

Samtidig lever de sundt ud fra principperne i KRAM-faktorerne, men spørgsmålet er, om de med patientundervisning kunne have stillet dem endnu stærkere? Databasen Atrieflimren i Danmark er oprettet i 2021 ud fra en erkendelse af, at der er stor variation i behandlingen af AF og kun 16% af de ny diagnosticerede patienter med AF havde modtaget struktureret patientundervisning inden for det første år efter diagnosen blev stillet og standarden på mindst 50% er således ikke opfyldt. (8) Desuden viser et kvalitativt studie at patienter med AF, ofte føler sig mangelfuldt informeret om netop deres hjertesygdom, hvilket er i tråd med respondenternes oplevelse. (42)

Med udgangspunkt i de biologiske faktorer ud fra respondenterne beretninger, beskrev de i mere eller mindre grad dyspnø og træthed som værende gener i dagligdagen, men uden at det påvirkede deres samliv i en negativ retning. Forskning viser, at mange kvinder med

hjertesygdomme lider af netop dyspnøe, fatigue og træthed og samtidig viser forskning at rehabilitering har mange positive effekter hos hjertepatienter generelt, dog mest belyst i forhold til mænd. (25,43)

Et dansk forskningsprojekt fra 2017, Copenheart, undersøgte bl.a. den mandlige patients erfaringer med deltagelse i et non- farmakologisk seksuelt rehabiliteringsprogram. Studiet inkluderede 10 mænd og programmet varede 12 uger som bestod af træning, herunder bækkenbundsøvelser samt op til fire psykoedukative konsultationer udført af erfarne sygeplejersker med et lynkursus i sexologi. Deltagerne oplevede en markant forbedring af deres seksuelle funktion, øget lyst, og bedre erektionsevne, samt generelt øget seksuel tilfredshed i løbet af interventionen. Samtidig gav programmet en øget selvtillid og mod til at tale om seksualitet med sin partner (44)

Studiet vidner om behovet for individuel støtte, til trods for at respondenterne selv var gode til at tilpasse sig nye situationer gennem livet. Det sås f.eks. at respondent 1 og hendes partner havde lagt en ny strategi for at opretholde deres samliv ved at planlægge seksuel aktivitet på et tidspunkt, hvor de begge følte sig friske, men spørgsmålet er om et rehabiliteringsforløb der inkluderede seksualitet kunne hjælpe respondent 2 til at åbne op om f.eks. oralsex overfor sin partner?

På baggrund af en gennemgang af den tilgængelige litteratur synes der ikke at foreligge studier, der specifikt omhandler rehabilitering blandt kvinder med AF, men rehabilitering har vist sig at have en positiv effekt hos kvinder efter AMI. Kvinder, der deltog i rehabiliteringsforløb, var i højere grad tilbøjelige til at genoptage seksuel aktivitet sammenlignet med kvinder, der ikke modtog rehabilitering. Dette tilskrives blandt andet øget sygdomsforståelse og forbedret kropsbevidsthed efter diagnosticering af en kronisk hjertesygdom (25).

Respondent 2 beskriver netop en ro efter hun har modtaget en årsag sammenhængs forklaring vedr. AF og dens behandling efter konsultation hos privatpraktiserende læge.

CopenHeart viste desuden at hjerterehabilitering med fysisk træning kan forbedre iltoptagelsen og øge den fysiske kapacitet hos patienter med AF efter en ablation. Dette var et vigtigt fund, fordi sundhedsprofessionelle tidligere har været tilbageholdende med at opfordre patienter med AF at dyrke hård motion da dette kunne risikere at udløse et anfald af AF. (43)

Alle tre respondenter har ikke ændret deres aktive fritidsinteresser, men respondent 2 som netop træner meget hård fysisk gangtræning, er efterladt uden forklaring på hendes dyspnø, hvilket kan risikere at give hende en skyldfølelse af selv at kunne gøre mere. Fra andre studier er det fremhævet at hjertepatienter generelt er nervøse for at genoptage deres sexliv, efter de har fået konstateret en hjertesygdom, fordi de er bange for, om det er kontraindikeret at få pulsen op i forhold til deres hjertesygdom. (45,46)

Et muligt sted ud af flere til at adressere seksualitet i respondenternes forløb er i forbindelse med information om den medicinske behandling mod AF og eventuelle bivirkninger heraf. Det havde ingen af respondenterne oplevet, men de havde derimod selv læst indlægssedlerne i medicinpakkerne, hvilket ikke altid er givet pga. sociale forskelle, som netop er belyst i en ny rapport om social ulighed i sundhed i Danmark. (47)

Kvinderne oplever ikke at behandlingen, der er opstartet af deres kardiolog, har haft en negativ indvirkning på deres seksualitet, og i hvilket omfang der skal gives information om medicin og dens bivirkninger diskuteres imidlertid også af flere.

Ifølge sundhedslovgivningen har sundhedspersonale pligt til at sikre en helhedsorienteret tilgang til deres patienter; såvel forebyggende, sundhedsfremmende og ved behandling, hvilket er i tråd med de sygeplejeetiske retningslinjer. (48,49)

Der er altså både en etisk og juridisk forpligtelse til at informere om alle væsentlige aspekter af en planlagt behandling. Derudover beskytter man patienten mod unødigt spekulation, nederlag og bekymring ved fra starten at være ærlig om risikoen for seksuelle bivirkninger. De fleste bivirkninger kan enten forebygges eller behandles, men hvis

patienten ikke er informeret på forhånd, er der en betydelig risiko for, at vedkommende enten skjuler symptomerne eller afbryder behandlingen for tidligt. (15)

Et studie problematiserer imidlertid denne tilgang ved at rejse tvivl om, hvorvidt sundhedsprofessionelle altid bør informere indgående om potentielle bivirkninger. Studiet har undersøgt, hvordan information om en mulig sammenhæng mellem behandling med betablokkeren metoprolol og erektil dysfunktion (ED) kan påvirke patientens oplevelse og reaktion. 114 mænd med nyopdaget hypertension blev opdelt i tre grupper, med forskellig grad af information om medicinen og risikoen for ED. Efter 60 dage havde 32 % af de fuldt informerede patienter udviklet ED, mod kun 8 % i gruppen med sparsom information. Konklusionen var, at forventningen om bivirkninger i sig selv kan fremkalde den såkaldte nocebo-effekt, samt placebo var lige så effektiv som PDE-5 hæmmerne Tadalafil til at behandle ED i forsøgets anden fase. Studiet rejser derfor et vigtigt spørgsmål, om man altid bør informere om alle potentielle bivirkninger, især når de er psykologiske betingede? (50)

Ifølge en rapport udarbejdet af hjerteforeningen med en studiepopulation af 4.763 hjertepatienter i 2021, viste det sig at 48 % svarer, at de ikke fik information om mulige bivirkninger af hjertemedicinen, mens 23,4 % svarer, at de ikke fik information om, hvor længe de skulle tage hjertemedicinen, og 11,5 % svarer, at de ikke fik information om, hvorfor de fik medicinen ordineret. (51)

Disse resultater peger på et komplekst dilemma hvor der er en etisk og juridisk forpligtelse på den ene side, men på den anden side kan en høj grad af information i nogle tilfælde foranledige en større oplevelse af bivirkninger.

Der ses nu videre på de psykosociale aspekter der kan knyttes til AF. Respondenterne oplevede, at sundhedsvæsenets tilgang havde en karakter af et biologisk siloperspektiv, imens potentielle psykosociale konsekvenser af AF, herunder seksualitet ikke blev adresseret.

Respondenternes oplevelser er i tråd med eksisterende evidens der viser, at hjertepatienter i Skandinavien overvejende har en oplevelse af deres seksualitet, er tabubelagt i mødet med sundhedsvæsenet, og generelt er der manglende fokus på psykosociale aspekter. (33)

Nedsat livskvalitet blandt patienter med AF er et kendt fænomen, og fraværet af en holistisk tilgang, herunder manglende inddragelse af seksuelle aspekter i patientvejledningen, kan risikere, at patienter efterlades med seksuelle vanskeligheder eller andre psykosociale udfordringer, som forbliver ubehandlede. (52)

CopenHeart undersøgte også om psyko-edukative samtaler kunne forbedre det mentale helbred, men resultaterne var negative efter 6 måneders endt rehabiliteringsforløb. Dog er dette et område, der fortsat forskes i. (43)

I en status artikel er der set på hvordan mindfulness kan have en positiv effekt i behandlingen af psykiske lidelser som depression, angst og stress. Tilstande der bør behandles før der tilbydes behandling for en sexologisk problematik, og samtidigt har mindfulness terapien samtidig også vist, at den med fordel kan anvendes i behandling af seksuelle funktionsforstyrrelser. Trods forskningen er på et tidligt stadie, ses der effekt af behandlingen samt en forbedring af livskvalitet og mentalt helbred generelt. (40)

6.2 Seksualiteten som en "raskhedsfaktor"

Respondenternes beskrivelser viser, at seksualitet og intimitet spiller en central rolle igennem hele deres liv og opleves som en kilde til tryghed, nærhed og velvære. Deres perspektiver understreger seksualitetens betydning for livskvalitet, både i relation til egen krop og i samspillet med en partner. Samtidig tyder det på, at en positiv oplevelse af sex og intimitet i ungdommen virker befordrende på samlivet senere i livet. (53)

Ud fra Projekt Sexus viser tallene, at et godt sexliv vægtes højt og ikke har nogen alder. (5)

Sociologen Aaron Antonovsky (1923-94) udviklede begrebet *sense of coherence* (SOC), der består af delelementerne *begribelighed*, *håndterbarhed* og *meningsfuldhed*. Gennem store befolkningsstudier kunne han vise, at mennesker med høj (SOC) var bedre til at håndtere og modstå traumer, kriser og stress. I sundhedsvæsenet har denne viden en stor relevans i forhold til sundhedsfremmende tiltag inden for seksuel sundhed. Frem for at rette fokus mod *patogenese* (sygdommens årsagsforhold) interesserede Antonovsky sig for, hvad han døbte *salutogenese* (sunde årsagsforhold) og her rettede han sin opmærksomhed på modstandskraft, ressourcer og aktive handlemuligheder. I stedet for at studere risikofaktorer lagde han vægten på sundhed, trivsel- eller raskhedsfaktorer. (54,55)

Respondenterne i dette pilotstudie har umiddelbart en høj grad af SOC. Kvinderne er et godt eksempel på at seksuel sundhedsfremme handler om at rette fokus på salutogenesen, som sigter mod at understøtte livsmod, ressourcer og mestring strategier. Det var gennemgående for alle tre kvinder at de var blevet mødt af et sygehusvæsen, der ud fra et biomedicinsk perspektiv koncentreret sig om dette ud fra et fokus rettet mod patogenesen.

Respondenterne har et sundt og aktivt liv med et fokus der er rettet mod de oplevelser der kan berige deres livskvalitet med fritidsaktiviteter, børnebørn og samliv. De giver udtryk for tryghed, glæde og nærhed sammen med deres mand, og de nævner også solo sex som værende nogle af de bevæggrunde de har for at have sex. På den måde ses deres motiver for sex både at være af biologiske, psykologiske og relationelle grunde til at have sex.

I sexologien benyttes de seks R'er, som beskriver mulige dimensioner af, hvad et seksuelt forhold kan indebære. Reproduktion (sex som led i forplantning). Relation (sex som et forhold mellem mennesker). Respekt (sex som en udforskning af egne og andres grænser). Rehabilitering (sex som parforholdsmæssig konfliktløsning). Rekreation (sex som en kilde til glæde, velvære, nysgerrighed og leg). Relaksation (sex som reduktion af fysisk og psykisk stress). (54)

Uden forudgående kendskab hertil blev flere af disse dimensioner spontant italesat i interviewene, hvilket peger på deres relevans i de bio-psyko-sociale dynamikker, der præger seksuelle møder.

Særligt *Relation*, forstået som sex i en relationel kontekst mellem mennesker, blev fremhævet af alle tre deltagere. Ligeledes blev *Respekt*, hvor sex forstås som en mulighed for at udforske egne og andres grænser, nævnt eksplicit. *Rehabilitering*, hvor seksualitet ses som et redskab til at genetablere nærhed og løse parforholdsmæssige konflikter, blev nævnt af alle respondenterne, og endda koblet til viden og erfaringer overleveret gennem generationen hos respondent 2. Dimensionen *Recreation*, hvor seksualitet forbindes med glæde, velvære, nysgerrighed og leg, blev særligt tydelig i alle interviews. Endelig fremhævede respondenterne også *Relaksation*, hvor sex fungerer som en form for fysisk og psykisk afspænding og stressreduktion som et vigtigt element gennem hele livet.

Uden at der direkte er blevet spurgt til kvindernes motivation for at have sex med sin partner peger respondenterne på de samme motiver som de kvinder der blev adspurgt i projekt SEXUS. Her viste svarfordelingen blandt ca. 25.440–26.147 personer, at 49 % af kvinder i alderen 65–74 år, som ofte eller altid har sex, angiver, at de gør det for at opnå afspænding eller velvære. Desuden svarer 73 % af kvinderne i samme aldersgruppe, at de har sex for at opnå følelsesmæssig nærhed med deres partner. (5)

Disse perspektiver understreger, at seksualitetens rolle som en ”raskhedsfaktor” ikke kun handler om fysisk sundhed, men i høj grad også om følelsesmæssig nærhed, trivsel og livskvalitet, hvilket bør anerkendes og integreres i sundhedsfremmende indsatser.

6.3 Seksualitet på livets rejse og ”tovejstabet” i sundhedsvæsenet

Seksualitet er et livslangt fænomen der følger mennesker gennem hele livet og forskellige livsfaser knyttes til vores seksualitet, hvorfor det er vigtigt, at der er en interesse for den seksuelle historie gennem livet fra fortid til nutid og et ønske om fremtiden. (54)

Ud fra respondenternes fortællinger ses det, at somatiske problemstillinger der enten allerede havde påvirket dem seksuelt eller risikerede at påvirke dem, ikke er blevet berørt af

sundhedsprofessionelle i løbet af deres liv. Selvom deres beretninger vidner om, at der har været flere lejligheder, hvor det kunne være relevant at tage samtalen op. Alle kvinderne har oplevet slimhinde forandringer med tørhed i mere eller mindre grad, samt blærebetændelser efter menopausen. Respondent 1 og 2 behandles derfor med et lokalt virkende hormonsuppositorie, Vagifem, som både virker ved at tilføre fugt og øge epitelets elasticitet. (56) Til trods for at behandlingen har afhjulpet kvindernes gentagne blærebetændelser, øger tørre slimhinder risikoen for dyspareuni, hvorfor det synes som en god lejlighed til at bringe seksualitet op ved ordinationen af Vagifem. (56)

Samtidig har den manglende seksuelle rådgivning resulteret i at respondent 2 undgår oral sex med sin mand som hun tidligere har nydt. Hermed lægger hun afstand til en del af sin krop, fordi hun nu føler hun ser ”forkert” ud. Den engelske teoretiker Bob Price definerer i 1990 begrebet; *ændret kropsopfattelse* (altered body image), som han definerer som en tilstand af personlig stress, hvor kroppen opleves som dysfunktionel. Ifølge Price opstår dette, når kropsrealitet, kropsideal og kropspræsentation er i ubalance, f.eks. på grund af sygdom eller skader. (57)

Respondent 2 oplevede, at der blev talt om urin og afføring men ikke om kroppens forandringer påvirkede hende seksuelt?

Respondent 1 opsøgte selv en mødre gruppe, som var et fælles skab for par i forbindelse med graviditet i Kvindehuset i 70’erne, hvor der efter kvindens udsagn kunne tale om sådanne ”ting” sammen.

I sundhedsstyrelsen nationale kliniske retningslinjer for hjerterehabilitering fremkommer, at information om hjertesygdommens påvirkning af seksualiteten skal gives til patienter og pårørende. Det er dog ikke defineret hvilken type af information eller hvordan den skal gives. (58)

Det er et problem hvis ikke samtalen om seksualitet tages op, fordi manglende seksuel rådgivning kan føre til tab af seksuel funktion og dermed påvirke livskvaliteten, hvilket understreger vigtigheden af at adressere et seksuelt problem. (52)

Kultur spiller en afgørende rolle i håndteringen af seksualitet i forbindelse med hjertesygdomme. Et kvalitativt studie blandt 12 kvinder efter AMI fra Italien viste, at spørgsmål om seksualitet var forbundet med stor skam, og kvinderne følte sig for flove til selv at tage emnet op, da det blev betragtet som for intimt at diskutere med personer, de kendte, men ikke var tætte med. (45)

Et tilsvarende studie fra USA blandt 17 kvinder efter AMI, at selvom kvinderne betragtede seksualitet som et vigtigt emne at drøfte med deres læger, oplevede de, at lægerne fandt det ubehageligt at tale om, hvilket overraskede de amerikanske patienter. (59)

Desuden viste et tværsnitsstudie blandt kardiologiske sygeplejersker fra Danmark, Norge og to regioner i Belgien, at danske sygeplejersker var mere villige til at adressere seksuelle problemstillinger, tæt efterfulgt af deres norske sygeplejekolleger sammenlignet med deres hollandske kolleger. (60)

Undersøgelser viser at både sundhedsprofessionelle og patienter mener, det er vigtigt at tale om seksualitet. (61,62)

Sundhedsprofessionelle mener dog at deres grunduddannelse er mangelfuld, samtidig med at de føler sig ukomfortable at tale om emnet. (63,64).

Til trods for en mere akademisk sygeplejerskeuddannelse, hvor seksualitet indgår som en del af pensum, viser faglige debatter og undersøgelser, at mange sygeplejersker fortsat føler sig utilstrækkeligt klædt på til at tage samtalen om seksualitet med patienter. (1,63,64)

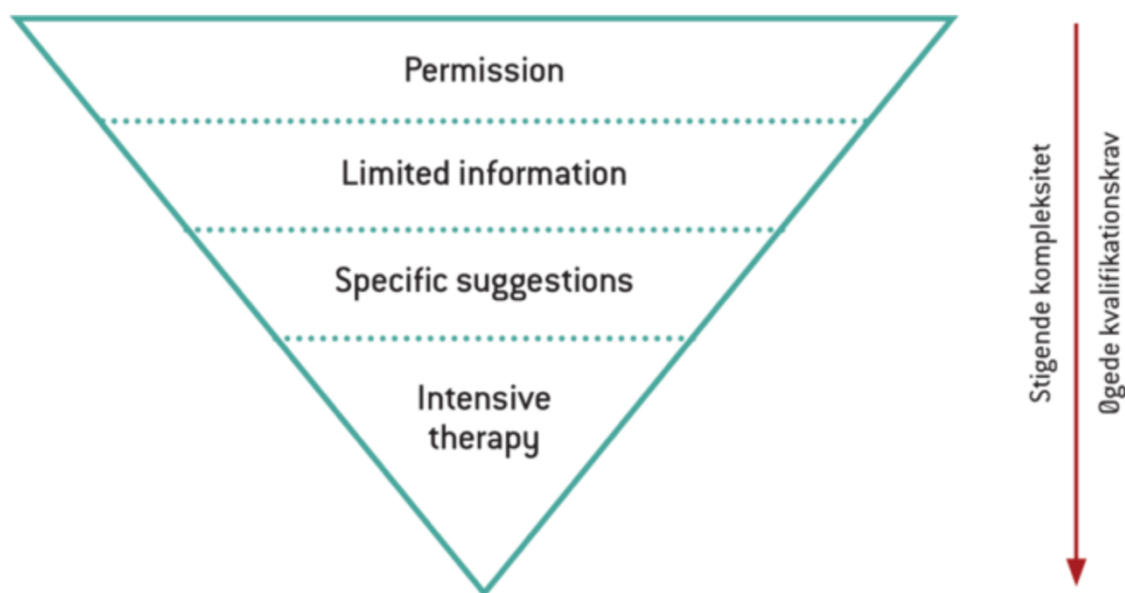
Seksualitet er tabuiseret og præget af ”*tovejstabet*”, hvor hverken sundhedsprofessionelle eller patienter bringer seksualitet op pga. barrierer såsom blufærdighed, skam, fysiske rammer, manglende tid, eller frygt for at overskride egne eller patientens grænser og manglende viden. (17,33) Den norske sygeplejeteoretiker Kari Martinsens omsorgsteori, argumenterer for, at *forståelse* er en forudsætning for at yde omsorg. (1)

En dansk undersøgelse viser, at undervisning generelt øger sygeplejerskers parathed til at tale med patienter om seksualitet, men at personlige barrierer står på spil og mange fortsat ønsker, at de kan henvise til en ressource person. (63)

Respondent 3, som selv er sygeplejerske, afslutter med at sige det: ” *Man kommer for tæt på selv* ”, hvilket kan tolkes som, at det er svært at tale om et privat emne i en professionel sammenhæng. Undersøgelsen viste altså at undervisning ikke kan stå alene og kulturen på afdelingen, ledelsens opbakning samt vilkår er vigtige aspekter for at skabe et miljø der øger sundhedsprofessionelles vilkår til at adressere et seksuelt problem. (64)

Den norske psykolog og Ph.d. Åshild Skogerbø fremhæver i samme forbindelse at ordsproget "så et frø" i sexologisk rådgivning også er et vigtigt element. Nogle emner er så svære, at de kræver tid, før de kan italesættes. (65)

Det handler derfor om at skabe adgang til patienten for at kunne facilitere samtalen om seksualitet, og her kan PLISSIT-modellen være en nyttig ramme. Modellen blev udviklet af den amerikanske psykolog Jack S. Annon i 1976 og indebærer fire trin: *Permission* (tilladelse), der skaber tryghed om emnet; *Limited Information* (begrænset oplysning), hvor relevante fakta gives; *Specific Suggestions* (konkrete forslag), der adresserer specifikke udfordringer; og *Intensive Therapy* (intensiv terapi), som omfatter specialiseret behandling af komplekse seksuelle problemer. PLISSIT-modellen understøtter en gradvis tilgang fra generel støtte til mere målrettet intervention og sikrer dermed en professionel og tryk samtale om seksualitet. (52)



Tabel 2. PLISSIT-modellen blev udviklet af Jack S. Annon (1929–2005) i 1974 og beskriver fire niveauer i sexologisk rådgivning. De forskellige niveauers størrelse illustrerer også, at de fleste kun har behov for enkle interventioner, mens færre har behov for intensiv terapi. (52)

PLISSIT-modellen tilbyder en struktureret ramme for at imødekomme seksuelle problemstillinger i klinisk praksis, og selv om forskningen der ser på sammenhængen mellem hjertesygdom og seksuelle vanskeligheder ikke er entydige, hjælper modellen fortsat til en holistisk tilgang. (22,23,24,52)

Resultater fra Projekt SEXUS, hvor der ikke fremkom signifikante sammenhænge mellem atrieflimren og seksuelle vanskeligheder, hvilket indikerer, at kvinders oplevelser i høj grad må forstås i en bredere bio-psykosocial kontekst. Projekt SEXUS har undersøgt sammenhængen mellem hjertesygdomme, kræft og seksuelle dysfunktioner hos seksuelt aktive kvinder. Her ses det, at seksuelle vanskeligheder kan forekomme hos kvinder med kardiovaskulære sygdomme, men tallene er ikke signifikante. Til gengæld er der en signifikant sammenhæng mellem kræftdiagnoser og seksuelle dysfunktioner, hvilket peger på forskelle i sygdomspåvirkning og de seksuelle konsekvenser, sygdommene medfører. (24)

Seksuel dysfunktion	Kardiovaskulær sygdom (N=857)	Cancer (N=201)
Lubrikationsdysfunktion	14,1% (aOR: 1.24, 95% CI: 0.96–1.61)	19,4% (aOR: 2.20, 95% CI: 1.38–3.53)
Orgasmeproblemer	7,9% (aOR: 1.07, 95% CI: 0.78–1.48)	10,1% (aOR: 1.31, 95% CI: 0.67–2.55)
Vaginale kramper	1,1% (aOR: 1.38, 95% CI: 0.63–3.04)	1,2% (ingen aOR angivet)
Dyspareuni	6,9% (aOR: 1.38, 95% CI: 0.99–1.92)	14,1% (aOR: 3.38, 95% CI: 2.02–5.64)
Hypoaktiv seksuel lystforstyrrelse	7,9% (aOR: 1.05, 95% CI: 0.83–1.33)	9,6% (aOR: 1.29, 95% CI: 0.86–1.94)
Lav seksuel lyst (FSFI-6 ≤19)	33,3% (aOR: 1.15, 95% CI: 0.83–1.59)	42,5% (aOR: 1.88, 95% CI: 1.35–2.60)

Tabel 3. Forekomst af seksuelle dysfunktioner blandt seksuelt aktive kvinder med henholdsvis kardiovaskulær sygdom og cancer. Tallene stammer fra Projekt SEXUS (24)

Fra patientforeningerne ses det, at der er uoverensstemmelse mellem hvor mange der bliver adspurgt til seksualitet i forhold til behovet herfor. Hos Kræftens Bekæmpelse er der lavet en undersøgelse i 2023 som viste at ud af 2.629 patienter, der blev spurgt, oplevede kun 10 % at få deres behov for hjælp til sex- og samlivsproblemer opfyldt i høj grad, mens 77 % fik det i mindre grad eller slet ikke i hospital regi. (66)

Hjerteforeningen har udarbejdet en lignende undersøgelse med en studiepopulation af 4.763 hjertepatienter i 2021. Tallene viste at 60,4 % af hjertepatienterne ikke fik information om, hvad hjertesygdommen kan betyde for deres sex- og samliv og 22,2 % af de hjertepatienter, der modtog rådgivning om sex- og samliv, vurdere kvaliteten af tilbuddet som værende dårligt. (51)

Dette indikerer et behov for forberedende tiltag. Mens respondent 3 foreslog muligheden for en anonym telefonrådgivningslinje, pegede respondent 2 på værdien af en informativ pjece i stil med den tabunedbrydende artikelserie i *Politiken*. Forslagene kan signalere at

emnet måske stadig er for voldsomt et emne at tale om i en åben dialog med de sundhedsprofessionelle?

6.4 Parforhold og sproget betydning for intimitet og seksualitet

De tre respondenter har fortsat et aktivt og værdifuldt samliv, selvom de oplever forskellige udfordringer. For respondent 1 har partnerens smerteproblematik i forhold til spinal stenosis ikke påvirket deres samliv, mens respondent 2 som har oplevet rejsningsproblemer hos partneren, selv må opnå orgasme gennem solosex. Trods disse potentielle udfordringer har begge kvinder sammen med deres partner aktivt besluttet at fastholde deres sexliv, også på trods af fysiologiske ændringer, med udgangspunkt i "use it or lose it"-princippet. (53)

Regelmæssig seksuel aktivitet kan mindske postmenopausale symptomer som vaginal atrofi og dyspareuni. De fysiologiske aldersforandringer, herunder nedsat hudfølsomhed og reduceret hormonproduktion, medfører ofte behov for længere og mere direkte stimulation. Med alderen kan det seksuelle respons dermed blive langsommere og mindre intens, men regelmæssig seksuel aktivitet kan bidrage til at vedligeholde funktion og lyst. Mange ældre oplever dog en erotisk re-orientering, hvor kærtegn, nærhed og intimitet får større betydning end selve samlejet. (53)

Dette giver respondent 2 udtryk for i kraft af, hun siger, at hun går mindre op i at få udløsning end tidligere og hun nu skal tage sig lidt sammen for at gå i seng med sin mand. Respondenternes fortællinger viser, at alder og kropslige forandringer ikke nødvendigvis fører til seksuelle vanskeligheder. Selvom samlivet beskrives som mindre spontant og livligt end tidligere, vælger de aktivt at bevare intimiteten i deres parforhold.

Kvinder har oftere end mænd en central rolle i familien, når det gælder familieforpligtigelser, og de bekymrer sig ofte også mere for familien, samtidig med, at flere har en karriere. Et studie omhandlende livet efter MI indså mange kvinder, at de havde stresset sig ud over den sunde grænse og ignoreret deres eget helbred og velvære. Deres sundhed var kommet i anden række i forhold til familien. (67)

Skønt studiet omhandler MI, ses noget af det samme billede hos respondent 2 og 3.

Respondent 3 som beskrevet i præsentationen af kvinden, har haft flere episoder med stress sygdommeldinger gennem livet, hvilket har påvirket hende seksuelt ved en hæmmet orgasme. Respondent 2 nævner mandens fravær mens børnene var små, og efter parret nu er gået på pension, betyder tiden sammen meget for deres samliv, hvilket bliver beskrevet som at kærligheden aldrig har været større, og sygdom som depression er blevet håndteret i fællesskab.

Kronisk hjertesygdom kan påvirke familiedynamikken og forbliver derfor et familieanliggende. (68) Fraværet af familiefokuseret omsorg i sundhedsvæsenet kan medføre, at par i kronisk sygdom rammes af en ond cirkel. (17)

Hjertesygdom er ofte forbundet med fysiologiske forandringer, der kan bidrage til seksuelle dysfunktioner. (6) Sådanne udfordringer kan resultere i frustration, misforståelser og skyldfølelse, idet både sygdommen og dens behandling kan medføre bivirkninger og begrænsninger, der påvirker den seksuelle trivsel. Disse frustrationer kan komme til udtryk på uhensigtsmæssige måder og dermed føre til kommunikationsbrist mellem parterne. Samtidig kan den syge opleve skyldfølelse over at være en belastning for sin partner og over ikke længere at kunne leve op til tidligere seksuelle forventninger. (17)

Generelt ses der på tværs af studier at mange ikke har et sprog for at tale om deres seksuelle liv, da emnet opfattes som meget privat, hvilket er i tråd med respondenternes udtalelser. (44,45)

Dette kan komplicere dialogen både i parforholdet og med sundhedsprofessionelle. Respondenternes udsagn viser, at seksualitet i parforhold ofte er præget af tavshed, hvor åben og direkte kommunikation om seksuelle emner er begrænset. I stedet anvendes kropslige signaler som en form for tavs kommunikation, hvor handlinger og små tegn fungerer som en implicit måde at udtrykke ønsker, behov eller problemer på.

Flere af respondenterne giver udtryk for, at samtalen om seksualitet ikke er en naturlig del af parforholdet, og at dialogen om emnet sjældent finder sted, medmindre konkrete problemer opstår. For nogle synes denne tavshed at være kulturelt indlejret, som f.eks. når

respondent 2 beskriver sin partners opvækst i en traditionel bondeslægt, hvor det at tale om følelser og intimitet ikke er normen, hvorfor det resulterer i, at parret ikke tager initiativ til at søge hjælp til mandens manglende evne til at holde sin rejsning. Paradoksalt har hun gennem tiden været præget af skyld over manglende træning med knibeøvelser som beskrevet i afsnittet ovenfor, og først sluttet fred med denne følelse da hun læste om naturlige kvindelige forandringer i politikken.

Når seksualitet så kommunikeres, sker det ofte indirekte, f.eks. der vist lige er noget der lige skal ordnes, som når respondent 1 griner og bemærker, at det måske havde været godt at tale mere om det. Denne indirekte kommunikation kan også ses i respondent 3's fortælling, hvor hendes partners opmærksomhed på hendes kropssignaler, som da han bemærker, at hun tager sin puls efter sex, bliver en indirekte måde at kommunikere omsorg på. Parret har en grundlæggende antagelse i livet, også kaldet en leveregel, som kommer til udtryk i deres handlinger og adfærd. (69)

Respondent 3 påpeger, at både hun og hendes partner ikke ønsker hjælp, og at hun selv var skeptisk over for fysioterapi i forbindelse med stressinkontinens, ud fra levereglen: *"Der er ingen problemer her"*.

Disse eksempler peger på, at sprogets rolle i parforholdets intime liv ikke blot handler om at tale om seksualitet, men også om at forstå de ikke-verbale måder, hvorpå behov og bekymringer kommunikeres. Her har forskning vist, at kvinder, der lever med en partner med ED, ofte har en større grad af åbenhed om emnet, idet de i forvejen er vant til at planlægge seksuelle aktiviteter. (44)

Respondenternes ægtefæller blev ikke interviewet, men et svensk studie, der omfattede interviews med 16 mænd om livet efter deres partners MI, viste, at mændene oplevede en udfordring af deres maskuline selvforståelse. De opfattede deres partner som værende mere skrøbelige og var derfor mere tilbageholdende i forhold til seksuel aktivitet, hvilket resulterede i en ændret dynamik i deres intime relation. Manglende intimitet kan føre til, at parterne gradvist distancerer sig fra hinanden, hvilket i nogle tilfælde kan resultere i relationens opløsning. Den ene part kan undgå intime situationer af frygt for ikke at kunne

præstere som tidligere, mens den anden undlader at tage initiativ for at skåne sin partner for pres og potentielle afvisninger. Dette kan skabe en ond cirkel af gensidig tilbageholdenhed. Forstyrrelser i parrelationens dynamik kan også føre til konflikter og udviklingen af en magtasymmetri. (70)

7 Styrker og svagheder

I kvalitativ forskning sikres kvaliteten bl.a. vha. gyldighed som her er søgt sikret gennem anvendelsen af et grundigt udarbejdet, semistruktureret interviewguide. Forud for datagenereringen blev der gennemført et pilotinterview med en kollega, hvilket bidrog til kvalificering af interviewguiden samt styrkelse af interviewerens fortrolighed med spørgsmålene. Interviewene bar præg af ærlige og refleksive beskrivelser fra deltagerne. Der blev skabt rum for eftertanke via pauser, og informanternes udsagn blev valideret gennem opsummeringer og gentagelser, hvilket styrkede den kommunikative gyldighed. (26)

En væsentlig svaghed ved projektet er dog, at der kun var tre respondenter som alle kommer fra samme kulturelle baggrund. Alle kvinderne var gifte, heteroseksuelle, veluddannede og ressourcestærke, hvorfor de beskrevne fænomener ikke kan generaliseres. En mere mangfoldig deltagergruppe kunne have givet et mere nuanceret billede og dermed bedre belyst forskningsspørgsmålene. (27,71)

8 Konklusion

Dette kvalitative pilotstudie havde til formål at undersøge, i hvilken grad og på hvilken måde ældre kvinder med AF, oplever at sygdom og behandling påvirker deres intimitet og seksualitet samt parforhold? Respondenterne gav ikke udtryk for, at AF havde en negativ indvirkning på deres samliv, trods fysiske symptomer som træthed og dyspnø. Kropslige forandringer og følelsesmæssige reaktioner igennem livet, blev håndteret ud fra en pragmatisk tilgang og ofte sammen med sin partner. Studiet peger desuden på, at seksualitet i langvarige parforhold ofte er præget af tavshed. Et fænomen, der er veldokumenteret i eksisterende litteratur. I stedet for verbal kommunikation benyttes kropslige signaler som et meningsfuldt udtryk for følelsesmæssig samhørighed, men også fungerende som en ”ventil”.

Pilotstudiet søgte også at undersøge hvordan ældre kvinder med AF oplever at blive mødt i sundhedsvæsenet, ift. håndtering af eventuelle seksuelle vanskeligheder eller dysfunktioner?

Ingen af kvinderne havde modtaget et rehabiliteringsforløb med patientundervisning, som kunne have åbnet op for samtaler om seksualitet og livskvalitet. Mødet med sundhedsvæsenet havde et snævert, biologisk fokus, hvor psykosociale aspekter, herunder seksualitet, ikke blev inddraget og mødet var præget af et "tovejs-tabu", hvor samtalen om seksualitet udeblev.

Trods AF fremhævede alle tre kvinder intimitet og seksualitet som en vedvarende og væsentlig del af deres liv. Seksualiteten var ikke statisk, men havde udviklet sig over tid og blev oplevet som en integreret del af kærlighed og samhørighed i relationen. Deres fortællinger bidrager til at nuancere forståelsen af ældre kvinder med hjertesygdom som aktive deltagere af eget liv og velbefindende, med både behov og ressourcer, der rækker ud over det rent fysiologiske.

9 Perspektivering

Dette pilotstudie peger på, at der er behov for videre forskning, som inkluderer et bredere udsnit af kvinder med AF, både i forhold til alder, livssituation og sygdomsbyrde. I takt med, at andelen af enlige stiger, og befolkningen generelt bliver ældre i det danske samfund, bør fremtidige studier tilstræbe et mere repræsentativt og mangfoldigt udsnit af deltagere, der i højere grad afspejler den demografiske sammensætning. (9,21)

Studiets resultater peger samtidig på, at seksualitet i mødet mellem ældre kvinder og kardiologiske afdelinger ofte forbliver et underprioriteret tema. Dette bekræfter nyere eksisterende forskning, som viser, at seksualitet stadig opfattes som et tabu i kardiologien. (33)

Resultaterne lægger op til, at der i fremtidig forskning og praksis kunne overveje, hvordan seksualitet i højere grad kan integreres som et naturligt emne i samtaler med patienter, på lige fod med andre helbredsrelaterede temaer som fx inkontinens og medicinering. Ifølge respondenternes forslag kunne en nuanceret og livslang folkesundhedsformidling om seksualitet, f.eks. en oplysende pjece, bedre ruste til at håndtere seksualitet som en naturlig del af sygdomsforløb og behandling, hvilket er i tråd med ny forskning blandt mænd i hjerte rehabilitering med ED. (72) Undervisning i seksualitet og sygdom kan desuden fungere som et redskab til at nedbryde tabuer og dermed fremme en mere helhedsorienteret praksis.

Dette pilotstudie kan dermed fungere som afsæt for fremtidige, større undersøgelser, der kan belyse feltet bredere og mere dybdegående.

Litteraturliste

1. Sigaard L. Seksualitet. In: Hundborg S, Lynggaard B, red. Sygeplejens fundament. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck; 2013. p. 460–70.
2. Rundblad L, Zwisler A, Johansen P, et al. Perceived sexual difficulties and sexual counseling in men and women across heart diagnoses: A nationwide cross-sectional study. *J Sex Med.* 2017;14(6):785–796.
3. Graugaard C, Giraldi A, Møhl B. Hvad er sexologi? In: Graugaard C, Giraldi A, Møhl B, red. Sexologi – faglige perspektiver på seksualitet. København: Munksgaard; 2019. p. 13–38.
4. World Health Organization. Sexual health [Internet]. WHO; [citeret 27. nov 2024]. Tilgængelig fra: https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_2
5. Frisch M, Moseholm E, Andersson M, Andersen JB, Graugaard C. Sex i Danmark. Nøgletal fra Projekt SEXUS 2017-2018. København: Statens Serum Institut og Aalborg Universitet; 2019. p. 117-211. p. 157-162.
6. Lauersen BS, Højgaard A. Seksualitet og somatisk sygdom. In: Graugaard C, Giraldi A, Møhl B, red. Sexologi – faglige perspektiver på seksualitet. København: Munksgaard; 2019. p. 429–460.
7. Brandes A. Personlig meddelelse. Professor og formand for Databasen Atrieflimren i Danmark; 20. jan 2025.
8. Frost L, Joensen L, Dam-Schmidt U. Atrieflimren i Danmark. Dansk Atrieflimren Database. Dokumentalistrapport Version 2.0. september 2021.
9. Danmarks Statistik. Middellevetid [Internet]. [citeret 12. jan 2025]. Tilgængelig fra: <https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/borgere/befolkning/middellevetid>
10. Dansk Cardiologisk Selskab. NBV: Atrieflimren [Internet]. [citeret 10. jan 2025]. Tilgængelig fra: <https://nbv.cardio.dk/af>
11. Wang J, Liu S, Bao Z, et al. Patients' experiences across the trajectory of atrial fibrillation: A qualitative systematic review. *Health Expect.* 2022;25:869–84.

12. Sundhedsstyrelsen. Kønsrepræsentation i klinisk forskning [Internet]. 2025 [citeret 27. jan 2025]. Tilgængelig fra:
<https://www.sst.dk/da/udgivelser/2025/Koensrepraesentation-i-klinisk-forskning>
13. Angelig F, Ricci F, Moscurry F, et al. Sex- and gender-related disparities in chest pain syndromes: The feminine mystique of chest pain. 2024.
14. Støjer S. Atrieflimren – kardiologiens Askepot. Klin Sygepl. 2008;22(3):35–40.
15. Graugaard C, Møhl B. Sygdom og seksualitet i praksis. Månedsskr Prakt Læger. 2007 Jan;85(1):43–52.
16. Choy CL, Sida H, Koon CS, et al. Systematic review and meta-analysis for sexual dysfunction in women with hypertension. J Sex Med. 2019;16(7):1029–48.
17. Graugaard C, Giraldi A. Sundhed, sygdom og seksualitet – et overblik. In: Graugaard C, Giraldi A, Møhl B, red. Sexologi – faglige perspektiver på seksualitet. København: Munksgaard; 2019. p. 409–28.
18. Møhl B. Seksuelle forstyrrelser. In: Simonsen E, Møhl B, red. Grundbog i psykiatri. København: Hans Reitzels Forlag; 2024. p. 489–503.
19. Giraldi A. Seksuelle problemer og dysfunktioner – et overblik. In: Graugaard C, Giraldi A, Møhl B, red. Sexologi – faglige perspektiver på seksualitet. København: Munksgaard; 2019. p. 711–35.
20. Giraldi A, Rellini A, Pfaus J, et al. Questionnaires for assessment of female sexual dysfunction: a review and proposal for standardized screener. Sex Med. 2011;8:2681–706.
21. Danmarks Statistik. Statistikbanken. Tilgængelig fra:
<https://www.statistikbanken.dk/20010-13/1-2025> [Hentet 1. maj 2025].
22. Kaya C, Yilmaz G, Nurkalem Z, et al. Sexual function in women with coronary artery disease: a preliminary study. Int J Impot Res. 2007;19(3):326–9.
23. Dilixiati D, Cao R, Mao Y, et al. Association between cardiovascular disease and risk of female sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis. Eur J Prev Cardiol. 2024;31(7):782–800.

24. Bahnsen MK, Graugaard C, Andersson M, et al. Physical and mental health problems and their associations with interpersonal sexual inactivity and sexual dysfunction in Denmark: baseline assessment in a national cohort study. *J Sex Med.* 2022;19(10):1–18.
25. Steinke EE. Sexual dysfunction in women with cardiovascular disease: What do we know? *J Cardiovasc Nurs.* 2010;25(2):151–8.
26. Brinkmann S, Tanggaard L, red. Interviewet: samtalen som forskningsmetode. In: *Kvalitative metoder – en grundbog.* København: Hans Reitzels Forlag; 2020. p. 33–63.
27. Brinkmann S, Tanggaard L, red. Fænomenologi. In: *Kvalitative metoder – en grundbog.* København: Hans Reitzels Forlag; 2020. p. 283–90.
28. Jensen TK, Jensen UL, Won KC. Sygepleje som etisk know-how – hermeneutik og livsverden, menneskesyn og metode. In: Jensen TK, Jensen UL, Won KC, red. *Grundlagsproblemer i sygeplejen – Etik, videnskabsteori, ledelse og samfund.* København: Munksgaard; 1990. p. 135–73.
29. Hauge H, red. Dekonstruktion. In: *Kvalitative metoder – en grundbog.* København: Hans Reitzels Forlag; 2020. p. 533–53.
30. Frederiksen M, Gundelach P, Skovgaard NR. Survey – Design, stikprøve, spørgeskema, analyse. København: Hans Reitzels Forlag; 2017. p. 5–10.
31. Gregersen N, Hilmand C, Jensen P, Giraldi A. Seksuel dysfunktion i menopausen. *Ugeskr Læger.* 2006;168(6):559–63.
32. Kvale S, Brinkmann S. Tematisering og design af en interviewundersøgelse. In: *Interview – det kvalitative forskningsinterview som håndværk.* København: Hans Reitzels Forlag; 2015. p. 151–75.
33. Korte UB, Larsen P, Markussen J. Experience of sexuality among Scandinavian patients with heart diseases: A scoping review. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning.* 2023;13(4):1–17.
34. Glasdam S. Jura og etik – ved studier af og på mennesker inden for sundhedsområdet. In: Glasdam S, red. *Bachelorprojekter inden for det sundhedsfaglige område – indblik i*

- videnskabelige metoder. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck; 2012. p. 24–33.
35. Braun V, Clarke V. Thematic Analysis: A Practical Guide. London: SAGE Publications; 2022. p. 52–71.
36. Tanggaard L. Læreri interviews – trin for trin. Frederiksberg: Samfundslitteratur; 2024. p. 38–74.
37. Braun V, Clarke V. Thematic Analysis: A Practical Guide. London: SAGE Publications; 2022. p. 76–111.
38. Braun V, Clarke V. Thematic Analysis: A Practical Guide. London: SAGE Publications; 2022. p. 157–89.
39. Graugaard C, Møhl B. Seksualitet i et psykosocialt perspektiv. In: Graugaard C, Giraldi A, Møhl B, red. Sexologi – Faglige perspektiver på seksualitet. København: Munksgaard; 2019. p. 103–42.
40. Kriger JF, Kristensen E, Marquardsen B, et al. Mindfulness i behandlingen af seksuelle funktionsforstyrrelser. Ugeskr Læger. 2019;18:2–6.
41. Møhl B, Simonsen E. At lytte til patienten i lyset af centrale psykodynamiske begreber. In: Simonsen E, Møhl B, red. Grundbog i psykiatri. 2. udg. København: Hans Reitzels Forlag; 2024. p. 119–32.
42. Rosenstrøm S, Risom SS, Hove JD, Brødsgaard A. Living with atrial fibrillation: A family perspective. Nurs Res Pract. 2022;2022:1–10.
43. REHPA. CopenHeart rapport [Internet]. Nyborg: REHPA – Videncenter for Rehabilitering og Palliation; 2021 [citeret 2025 apr 28]. Tilgængelig fra: https://www.rehpa.dk/wp-content/uploads/2021/08/Rehpa_copenheart_rapport_WEB_enkeltsidet.pdf
44. Palm P, Missel M, Zwisler A, et al. A place of understanding: Patients' lived experiences of participating in a sexual rehabilitation programme after heart disease. Scand J Caring Sci. 2020;34(2):370–9.
45. Simeone S, Guallari A, Pucciarelli G, et al. Sexual health after acute myocardial infarction: The lived experience of women during the first-year post discharge. Sex Disabil. 2020;38:547–60.

46. Søderberg LH, Johansen PP, Herning M, et al. Women's experiences of sexual health after first-time myocardial infarction. *J Clin Nurs*. 2013;22(23–24):3532–40.
47. Sundhedsstyrelsen. Social ulighed i sundhed 2013–2021 [Internet]. København: Sundhedsstyrelsen; 2025 [citeret 2025 apr 28]. Tilgængelig fra: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2025/Ulighed/Social-ulighed-2013-2021.ashx>
48. Hybel U. Sundhedsloven. In: Sygeplejens fundament. 2. udg. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck; 2013. p. 647–59.
49. Dansk Sygeplejeråd. Det etiske grundlag for sygepleje [Internet]. København: DSR; 2024 [citeret 2024 apr 28]. Tilgængelig fra: <https://dsr.dk/media/zqml32si/24-07-ser-etisk-grundlag.pdf>
50. Cocco G. Erectile dysfunction after therapy with metoprolol: The Hawthorne effect. *Cardiology*. 2009;114(3):174–7.
51. Hjertereforeningen. Livet med hjertesygdomme – Rapport om patientperspektivet i hjerterehabilitering [Internet]. København: Hjertereforeningen; 2024 [citeret 2025 apr 29]. Tilgængelig fra: https://hjertereforeningen.dk/wp-content/uploads/2024/06/LMEH_Rapport_PATIENT_final-2-1.pdf
52. Møhl B, Giraldi A, Graugaard C. At arbejde klinisk-sexologisk. In: Graugaard C, Giraldi A, Møhl B, red. *Sexologi – Faglige perspektiver på seksualitet*. København: Munksgaard; 2019. p. 687–710.
53. Oxlund B, Møhl B, Graugaard C. Ældrelevets seksualitet. In: Graugaard C, Giraldi A, Møhl B, red. *Sexologi – Faglige perspektiver på seksualitet*. København: Munksgaard; 2019. p. 279–95.
54. Graugaard C, Giraldi A, Møhl B. Hvad er seksualitet og seksuel trivsel? In: Graugaard C, Giraldi A, Møhl B, red. *Sexologi – Faglige perspektiver på seksualitet*. København: Munksgaard; 2019. p. 39–59.
55. Antonovsky A. *Helbredets mysterium – At tåle stress og forblive rask*. København: Hans Reitzels Forlag; 2000. p. 30–46.
56. Petersen C, Fode M. Seksuelle smertetilstande. In: Graugaard C, Giraldi A, Møhl B, red. *Sexologi – Faglige perspektiver på seksualitet*. København: Munksgaard; 2019. p. 883–903.

57. Price B. A model for body-image care. *J Adv Nurs*. 1990;15(6):585–93.
58. Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for hjerterehabilitering [Internet]. København: Sundhedsstyrelsen; 2015 [citeret 2025 apr 29]. Tilgængelig fra: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2015/-/media/Udgivelser/2015/Hjerterehabilitering/NKR-hjerterehabilitering.ashx>
59. Abramsohn EM, Decker C, Garavalia B, et al. “I’m not just a heart; I’m a whole person here”: A qualitative study to improve sexual outcomes in women with myocardial infarction. *J Am Heart Assoc*. 2013;2(5):e000199.
60. Goossens E, Norekval TM, Faerch J, et al. Sexual counseling of cardiac patients in Europe: Culture matters. *J Clin Nurs*. 2011;20(7–8):1092–9.
61. Bedell SE, Duperval M, Goldberg R. Cardiologists' discussions about sexuality with patients with chronic coronary artery disease. *Am Heart J*. 2002;144(2):239–42.
62. Jaarsma T, Strömberg A, Fridlund B. Sexual counselling of cardiac patients: Nurses' perception of practice, responsibility and confidence. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2010;9(1):24–9.
63. Sommer C. Sygeplejersker har svært ved at tale om sex. *Sygeplejersken*. 2020;(1):20–5.
64. Elnegaard C, Gerbild H, Thuesen J. Rehabilitering og seksuel sundhed – Udvikling i praksis gennem uddannelse. Nyborg: REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation; 2020. p. 1–54.
65. Skogerø Å. Samtale om seksualitet. In: Iversen T, Rosenberg NK, red. *Professionel kontakt i samtalebehandling*. København: Hans Reitzels Forlag; 2013. p. 136–56.
66. Kræftens Bekæmpelse. Barometerundersøgelsen 2023 – Del. [Internet]. København: Kræftens Bekæmpelse; 2023 [citeret 2025 mar 1]. Tilgængelig fra: <https://www.cancer.dk/om-os/udgivelser-og-rapporter/barometerundersogelsen-2023-del/>
67. Johansson A, Dahlberg K, Ekenstam C. The meaning of close relationships and sexuality: Women’s well-being following a myocardial infarction. *Qual Health Res*. 2009;19(3):375–87.
68. Rosenstrøm S, Risom S, Hove D, et al. Living with atrial fibrillation: A family perspective. *Nurs Res Pract*. 2022;2022:1–10.

69. Sørensen P, Møhl B, Poulsen S. Psykoterapi. In: Simonsen E, Møhl B, editors. Grundbog i psykiatri. København: Hans Reitzels Forlag; 2024. p. 651–79.
70. Arenhall E, Kristofferzon L, Fridlund B, Malm D. The male partners' experiences of the intimate relationships after a first myocardial infarction. Eur J Cardiovasc Nurs. 2011;10(2):108–14.
71. Tanggaard L, Brinkmann S. Interviewet: samtalen som forskningsmetode. In: Brinkmann S, Tanggaard L, red. Kvalitative metoder – en grundbog. København: Hans Reitzels Forlag; 2020. p. 671–91.
72. Gerbild H, Areskoug Josefsson K, Larsen CM, Schantz Laursen B. Communication about physical activity to reduce vascular erectile dysfunction – A qualitative interview study among men in cardiac rehabilitation. Scand J Caring Sci. 2022;36(3):839–51.

Forkortelser og Begrebsforklaringer

Altered body image:

Ændret kropsopfattelse – oplevelse af, at kroppen har forandret sig, hvilket kan påvirke identitet, selvværd og seksualitet.

AMI:

Akut myokardieinfarkt – blodprop i hjertet.

AF:

Atrieflimren – uregelmæssig og ofte hurtig hjerterytme, der øger risikoen for blodpropper.

Betablokkere (fx Metoprolol):

Medicin der sænker hjerterefrekvens og blodtryk – anvendes bl.a. ved atrieflimren og kan påvirke energiniveau og seksuel funktion.

CAD:

Koronararteriesygdom – forsnævring eller blokering i hjertets kranspulsårer.

Coping:

Mestringsstrategier – måder hvorpå mennesker håndterer stress, sygdom eller andre belastninger.

Dyspnø:

Forpustelse eller åndenød – typisk ved fysisk anstrengelse eller som symptom på hjertesygdom.

Diuretika:

Vanddrivende medicin – bruges ofte ved hjertesygdomme og kan give bivirkninger som tørre slimhinder.

Dyspareuni:

Smerter ved samleje – kan skyldes fysiske eller psykiske faktorer, herunder tørhed eller spændinger.

ED:

Erektile dysfunktion – problemer med at opnå eller opretholde en erektion.

FSD:

Female Seksuel Dysfunktion – fx nedsat lyst, ophidselse eller smerter.

FSFI-6:

Female Sexual Function Index (6 spørgsmål) – spørgeskema til vurdering af kvinders seksuelle funktion. Score 20-30 = normal funktion, 6-19 = seksuel dysfunktion.

KRAM-faktorer:

Kost, Rygning, Alkohol og Motion – centrale livsstilsfaktorer.

Leveregler:

Basale antagelser – dybtliggende overbevisninger om sig selv, andre og verden, som styrer adfærd og følelser.

Lubrikation:

Evnen til at blive fugtig i skeden under seksuel ophidselse – påvirkes af hormoner, alder og medicin.

MI:

Myokardieinfarkt – hjertetilfælde eller hjerteanfald.

Patogenese:

Læren om sygdommes opståen og udvikling – fokuserer på årsager og risikofaktorer.

SOC:

Sense of Coherence / sammenhængskraft – Antonovskys begreb om forståelse, håndtering og mening som sundhedsfremmende ressource.

Synkobe:

Besvimelse

Bilag 1. FSFI-6

Spørgeskema - FSFI-6 Score;

Over the past 4 weeks						
How would you rate your level (degree) of sexual desire or interest?		Very high	High	Moderate	Low	Very low or none at all
		5	4	3	2	1
How would you rate your level of sexual arousal ("turn on") during sexual activity or intercourse?	No sexual activity	Very high	High	Moderate	Low	Very low or none at all
	0	5	4	3	2	1
How often did you become lubricated ("wet") during sexual activity or intercourse?	No sexual activity	Almost always or always	Most times	Sometimes	A few times	Almost never or never
	0	5	4	3	2	1
When you had sexual stimulation or intercourse, how often did you reach orgasm?	No sexual activity	Almost always or always	Most times	Sometimes	A few times	Almost never or never
	0	5	4	3	2	1
How satisfied have you been with your overall sexual life?		Very satisfied	Moderately satisfied	About equally satisfied and dissatisfied	Moderately dissatisfied	Very dissatisfied
		5	4	3	2	1
How often did you experience discomfort or pain during vaginal penetration?	Did not attempt intercourse	Almost never or never	A few times	Sometimes	Most times	Almost always or always
	0	5	4	3	2	1

The FSFI-6 score is the sum of the ordinal responses to the six items; the score can range from 2 to 30.

Reference (20) i litteraturliste.

Bilag 2.1 Interview -Baggrund

Information om masterprojektet ved AAU – Intimitet og seksualitet - Kvinder med atrieflimren.

Præsentation:

Sygeplejerske og masterstuderende i sexologi ved AAU.

Jeg har været sygeplejerske igennem 20 år - min oplevelse er at emnet seksualitet ofte kommer til at glide i baggrunden i sundhedsvæsenet. Så med en uddannelse – master i sexologi- er mit håb at jeg kan være med til at sætte mere fokus på seksualitet i sundhedsvæsenet, som et naturligt aspekt i menneskers liv.

Formålet.

Projektet ønsker at undersøge om du som kvinde med AF har oplevet sygdoms eller behandlingsrelaterede seksuelle vanskeligheder i forbindelse med din sygdom?

Interviewet sigter mod at skabe en bedre forståelse af, hvordan kvinder oplever livet med at AF og de eventuelle påvirkninger sygdommen og behandlingen kan indvirke på intimitet og seksualiteten.

Din viden vil hjælpe os med at forbedre støtten til kvinder med AF, som måtte opleve seksuelle udfordringer. Jeg er klar over, at dette kan være et sårbart emne at tage op, men mit håb med denne undersøgelse er at identificere hvilket behov for støtte vi i sundhedsvæsenet kan give til fremtidige kvinder i samme situation.

Interview

Jeg har forberedt få spørgsmål, da jeg mest er interesseret i at høre om dine erfaringer og oplevelser.

Der er ingen rigtige eller forkerte svar, og du må altid bare afbryde mig hvis du er i tvivl om noget. Jeg kan finde på at spørge om mange ting og det er altid tilladt at sige nej, det vil jeg ikke tale om!

Interviewet bliver optaget på min telefon, hvorefter det transskriberes med det samme og slettes. Du bliver fuldt anonymiseret for at beskytte din identitet.

Fokusområdet: Seksualitet og intimitet - Begrebsafklaring

Når jeg taler om seksualitet og intimitet, mener jeg både kropskontakt, samleje, onani, kys, orgasme, nærhed og berøring – altså at seksualitet skal ses i en bredere forstand.

Seksualitet er en livslang rejse, der begynder ved fødslen og slutter ved livets ende. Den udspiller sig ikke i et vakuum, men formes af den kultur og det samfund, vi er en del af. Så vores samtale her i dag om seksualitet er derfor ikke kun knyttet til nuet – men trækker også på fortiden og ser frem mod fremtiden.

Bilag 2 .2 Interviewguide

Dato: 3. februar 2025

Form: Semistruktureret interview

Formål: At udforske kvinders oplevelser af AF og dets indflydelse på seksualitet, intimitet og livskvalitet.

1. Introduktion og generel kontekst

Formål: At etablere kontakt og forstå informantens baggrund.

- Først er jeg interesseret i at vide lidt om dig:
- - Alder?
- - Uddannelse?
- - Civilstatus? Partner og børn?
- - Køn og seksuel identitet?

- - Hvornår fik du konstateret AF?
- - Kan du fortælle lidt om, hvordan du oplevede udredningsfasen og det at få diagnosen?
- - Hvordan oplevede du den periode?

2. Seksualitet gennem livet

Formål: Intimitet og seksualitet er ofte et vigtigt og livslangt aspekt af menneskets liv.

- Hvordan har seksualiteten haft en plads i dit liv gennem årene?
- Hvordan vil du beskrive dit samliv/sexliv før du blev syg?
- Hvilken betydning har jeres samliv haft for parforholdet og dit eget velvære?

3. Biologiske faktorer

Formål: Fokus menopause, aldersforandringer, AF, medicinsk behandling og symptomer.

- Hvordan oplevede du tiden omkring din overgangsalder?
- Har dit samliv ændret sig siden da?
- Hvordan vil du beskrive livet med AF?
- Har du genoptaget dit sexliv efter diagnosen?
- Har du oplevet fysiske gener i forbindelse med sex?
- Tager du daglig medicin? Hvis ja, hvilke?
- Har du oplevet bivirkninger fra medicinen relateret til dit sexliv?

4. Psykologiske faktorer

Formål: Undersøge psykiske reaktioner på baggrund kronisk hjertesygdom. Seksuel sundhed og body image.

- Hvad betyder seksuel sundhed for dig?
- Har du oplevet følelsesmæssige reaktioner i forbindelse med din sygdom?
- Hvordan har AF påvirket din lyst, dit kropsbillede eller solosex?

5. Sociale faktorer og parforhold

Formål: Kommunikation, roller i parforholdet og netværk.

- Hvordan vil du beskrive din og din partners kommunikation om sygdom og seksualitet?
- Hvordan taler I om det?
- Er der ting du tidligere gjorde, som nu er svære?
- Taler du med andre i dit netværk om sygdom og seksualitet?

6. Sundhedsvæsenet og information

Formål: Undersøge "tovejstabil", patientinformation og opsøgende adfærd.

- Hvordan har du oplevet at blive mødt i sundhedsvæsenet i forhold til seksualitet og sygdom?
- Har du opsøgt viden selv – fx via Hjerteforeningen?
- Er der noget du savner eller gerne ville have haft mere viden om?

7. Feedback og afslutning

Formål: Afsluttende refleksion og feedback til projektet.

- Hvad tænker du er vores blinde vinkler i sundhedsvæsenet, når det handler om seksualitet og hjertesygdom?
- Har du forslag til, hvordan vi kan blive bedre til at tale om og informere om sygdom, intimitet og seksualitet?
- Hvordan har det været for dig at deltage i interviewet?
- Hvis du har behov for opfølgning, er du meget velkommen til at kontakte mig.

Bilag 3. 1. litteratursøgning

Litteratursøgning

Dato for søgning: 30/10-2024

Database: PubMed

Blok	Søgeord
Blok 1: Kvinder	"Women"[Title/Abstract], "female"[Title/Abstract], "Women"[MeSH Terms], "female"[MeSH Terms]
Blok 2: Hjerterelaterede diagnoser	"atrial fibrillation"[Title/Abstract], "arythmia"[Title/Abstract], "Heart Disease"[Title/Abstract], "cardiac diagnosis"[Title/Abstract], "heart diseases"[MeSH Terms]
Blok 3: Seksualitet og seksuel dysfunktion	"Sexual dysfunction"[Title/Abstract], "Sexual desire"[Title/Abstract], "sexual health"[Title/Abstract], "Sexual satisfaction"[Title/Abstract], "Sexual function"[Title/Abstract], "sexual health"[MeSH Terms], "sexual dysfunction, physiological"[MeSH Terms], "sexual dysfunctions, psychological"[MeSH Terms]

Søgeresultater

Antal fundne artikler (uden filtre): 385

Filtrering anvendt: Full text, år 2010–2024

Antal artikler efter filtrering: 178

Udvalgte artikler til litteraturgennemgang: 8

Bilag 4 2. litteratursøgning

Litteratursøgning
Dato for søgning: 21/01-2024
Database: PubMed

Antal fundne artikler (uden filtre): 25

Udvalgte artikler til litteraturgennemgang: 1

History and Search Details

DownloadDelete

Search	Actions	Details	Query	Results	Time
#12	...	>	Search: (("Atrial Fibrillation"[Mesh]) OR (arterial fibrillation[Text Word])) AND (((sexual dysfunction[MeSH Terms])) OR (sexual dysfunction[Text Word]))	25	05:11:43
#19	...	>	Search: (("Atrial Fibrillation"[Mesh]) OR (arterial fibrillation[Text Word])) AND (intimacy)	0	05:09:01
#18	...	>	Search: (("Atrial Fibrillation"[Mesh]) OR (arterial fibrillation[Text Word])) AND (intimacy) - Schema: all	0	05:09:01
#17	...	>	Search: intimacy	5,663	05:08:19
#16	...	>	Search: (("Atrial Fibrillation"[Mesh]) OR (arterial fibrillation[Text Word])) AND ("Quality of Life"[Mesh]) Filters: Female	741	05:03:54
#15	...	>	Search: (("Atrial Fibrillation"[Mesh]) OR (arterial fibrillation[Text Word])) AND ("Quality of Life"[Mesh])	1,319	05:03:32
#14	...	>	Search: (((("Atrial Fibrillation"[Mesh]) OR (arterial fibrillation[Text Word])) AND (((sexual dysfunction[MeSH Terms])) OR (sexual dysfunction[Text Word])))) AND ("Quality of Life"[Mesh])	2	05:03:02
#13	...	>	Search: "Quality of Life"[Mesh] Sort by: Most Recent	299,679	05:01:37
#11	...	>	Search: ((sexual dysfunction[MeSH Terms])) OR (sexual dysfunction[Text Word])	46,496	04:57:04
#10	...	>	Search: ("Sexual Health"[Mesh]) AND (("Atrial Fibrillation"[Mesh]) OR (arterial fibrillation[Text Word]))	0	04:54:04
#9	...	>	Search: ("Sexual Health"[Mesh]) AND (("Atrial Fibrillation"[Mesh]) OR (arterial fibrillation[Text Word])) - Schema: all	0	04:54:04
#8	...	>	Search: ("Atrial Fibrillation"[Mesh]) OR (arterial fibrillation[Text Word])	77,034	04:53:11
#7	...	>	Search: arterial fibrillation[Text Word]	59	04:51:35
#4	...	>	Search: "Sexual Health"[Mesh] Sort by: Most Recent	3,182	04:48:36
#1	...	>	Search: "Atrial Fibrillation"[Mesh] Sort by: Most Recent	76,987	04:35:34

Bilag 5. Samtykkeerklæring



Samtykkeerklæring til deltagelse i et interview

Masterafhandling i Seksualitet, AAU – 2025.

-Intimitet og seksualitet hos kvinder med atrieflimren – En kvalitativ undersøgelse

Du inviteres til at deltage i en undersøgelse, der har til formål at undersøge, hvorvidt kvinder med atrieflimren oplever, at sygdommen og dens behandling kan påvirke deres intimitet og seksualitet. Formålet er at få en dybere forståelse af disse oplevelser for at kunne forbedre støtte og rådgivning til kvinder i lignende situationer.

Hvad indebærer deltagelse?

Deltagelse indebærer et interview, der varer cirka 30- 40 minutter. Interviewet vil tage udgangspunkt i dine oplevelser og foregå på et tidspunkt og sted, der passer dig.

Fortrolighed og datahåndtering

Alle oplysninger behandles fortroligt, og data vil blive anonymiseret, så det ikke er muligt at identificere dig i den endelige afhandling. Interviewet optages på min telefon, hvorefter det transskriberes og slettes. Data opbevares sikkert og slettes efter projektets afslutning. Du kan til enhver tid trække dit samtykke tilbage uden konsekvenser.

Spørgsmål og kontakt

Hvis du har spørgsmål vedrørende projektet, er du meget velkommen til at kontakte mig:

Maria Gaarn Johnsson

Kardiologisk sygeplejerske, BBH og masterstuderende i sexologi ved AAU.

Studienummer: 20232202.

Tlf.: 38635741

Mail: gaarn79@gmail.com

Intimitet og seksualitet hos kvinder med AF.

Til brug for masterprojektet "Intimitet og seksualitet hos kvinder med atrieflimren", ønsker jeg din tilladelse til at interviewe dig. Interviewet vil vare mellem 30-40 minutter. Jeg vil ligeledes gerne bede om tilladelse til at ringe dig op hvis jeg har supplerende spørgsmål.

Jeg har læst deltagerinformationen og bekræfter hermed:

- At jeg har forstået deltagerinformationen og siger ja på dette grundlag.
- At jeg informeret om, at mit samtykke er frivilligt og at jeg til enhver tid kan trække det tilbage
- At de anonymiserede resultater kan blive offentliggjort, f.eks. i en videnskabelig artikel.
- At jeg har modtaget mundtlig- og skriftlig information, samt en kopi af dette samtykkeark,

☐

Navn: _____

Dato: _____

Evt tlf. nr. _____

Underskrift: _____

