

"JAG ÄR VÄL INGEN SEXOLOG?"

Faktorer som påverkar att sjuksköterskor
samtalar om sexuell hälsa

"I'M NO SOXOLOGIST, AM I?"

Factors that affect nurses talking about
sexual helath

Examensarbete inom huvudområdet omvårdnad
Grundnivå
15 Högskolepoäng
Hösttermin 2017

Författare: Carl Dahlén
Frida Forsdal



HÖGSKOLAN
I SKÖVDE

Institutionen för hälsa och lärande

2017-11-09

”JAG ÄR VÄL INGEN SEXOLOG?”
Faktorer som påverkar att sjuksköterskor samtalar om sexuell hälsa
“I’M NO SEXOLOGIST, AM I?”
Factors that affect nurses talking about sexual health

Examensarbete i omvårdnad
15 högskolepoäng
Grundnivå
Höstterminen 2017

Författare: Dahlén, Carl
Forsdal, Frida

SAMMANFATTNING

Titel:	Jag är väl ingen sexolog?
Författare:	Dahlén, Carl; Forsdal, Frida
Institution:	Institutionen för hälsa och lärande, Högskolan i Skövde
Program/kurs:	Sjuksköterskeprogrammet, Examensarbete i omvårdnad, OM525G, 15 hp
Handledare:	Göte, Charlotta
Examinator:	Hertfelt Wahn, Elisabeth
Sidor:	23
Nyckelord:	Attityder, Holistiskt synsätt, Sexualitet, Sexuell hälsa, Sjuksköterskor.

Bakgrund: Det finns många sjukdomar och tillstånd som kan påverka patienters sexuella hälsa. Forskning visar att sjuksköterskor ofta undviker att prata med patienter om sexuell hälsa. Svensk lag, sjuksköterskans kompetensbeskrivning och ICN:s etiska kod säger att sjuksköterskan har ett ansvar i att motverka ohälsa och arbeta utefter ett holistiskt synsätt. **Syfte:** Syftet med denna studie var att redogöra för de faktorer som påverkar att sjuksköterskor samtalar om patientens sexuella hälsa. **Metod:** Litteraturöversikt. **Resultat:** Tre genomgående teman hittades, vilka var: *Sjuksköterskors attityder, kunskap och kompetens* och *Organisatoriska faktorer*. **Diskussion:** Diskussionen tar upp vikten av sjuksköterskors inställning samt hur kunskap och vårdmiljö tillsammans påverkar sjuksköterskors motivation att tala med patienter om deras sexuella hälsa. **Konklusion:** Sjuksköterskor avstår i stor utsträckning att diskutera sexuell hälsa med patienter. Det är beroende av sjuksköterskors inställning, kunskap och arbetsplats. För att sjuksköterskor skall kunna ge vård utifrån ett holistiskt synsätt behövs mer kunskap både i sexuella dysfunktioner men också kommunikationen med patienter. Sjuksköterskor behöver bli bekväma med sexualitet som samtalsämne och utveckla rutiner i att tala med patienter om deras sexuella hälsa.

ABSTRACT

Title: I'm no sexologist, am I?

Author: Dahlén, Carl; Forsdal, Frida

Department: School of Health and Education, University of Skövde

Course: Degree of Bachelor of Science in Nursing, Thesis in Nursing Care, 15 ECTS

Supervisor: Göte, Charlotta

Examiner: Hertfelt Wahn, Elisabeth

Pages: 23

Keywords: Attitudes, Holism, Nurses, Sexuality, Sexual health

Background: There are many diseases and conditions that can affect the sexual health of patients. Research shows that nurses do not talk to patients about sexual health. Swedish law, nurses' competence description and ICN's ethical code state that the nurse has a responsibility to counteract illness and work on a holistic approach. **Purpose:** The purpose of this study was to account for the factors that affect nurses talking about the patient's sexual health. **Method:** Literature overview. **Result:** Three themes were found and presented in the results. These were: *Nurses attitudes, knowledge and competence* and *organizational factors*. **Discussion:** The discussion discussed the importance of nurses' attitude, as well as how knowledge and the health care setting together affect nurses' motivation to talk with patients about their sexual health. **Conclusion:** Nurses largely refrain from discussing sexual health with patients. It is dependent on the attitude of the nurse, knowledge and workplace environment. In order for nurses to be able to provide care based on a holistic approach, more knowledge is needed in both sexual dysfunctions and patient communication. Nurses need to be comfortable with sexuality as a subject and get routine talking to patients about their sexual health.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Sexualitet	1
Sexuell hälsa	2
Sjukdomar och dysfunktioner	2
Holistiskt synsätt	3
Sjuksköterskans roll	3
PROBLEMFÖRMULERING	5
SYFTE	5
METOD	6
Urval	6
Datainsamling	6
Analys	7
Etiska överväganden	8
RESULTAT	10
Sjuksköterskors attityder	10
Kunskap och kompetens	11
Organisatoriska faktorer	12
Resultatsammanfattning	13
DISKUSSION	15
Metoddiskussion	15
Resultatdiskussion	16
Konklusion	18
Kliniska implikationer och förslag till utveckling av ämnet.....	18
REFERENSER	19

BILAGOR

1. Översikt över valda vetenskapliga artiklar inklusive kvalitét
2. Mall för kvalitativ och kvantitativ granskning

INLEDNING

Under vår utbildning till sjuksköterskor har vi kunnat se, framförallt under vår verksamhetsförlagda utbildning, att sexualitet och patientens sexuella hälsa är något som sällan tas upp i mötet mellan patient och sjuksköterska. Medan det rutinmässigt ställs frågor kring till exempel patientens avföring eller vattenkastning så ställs det sällan frågor om sexuell hälsa. Då människan är en sexuell varelse är sexualitet en av våra grundläggande drifter och skall ses som en del av människan. World Health Organisation [WHO] (2017a) skriver att då sexuell hälsa är en väldigt intim fråga är det många som arbetar inom hälso- och sjukvården som kan uppleva svårigheter med att ställa frågor kring ämnet på samma gång som patienter kan uppleva problem med att inhämta korrekt information. Att som sjuksköterska välja att inte ta upp och stötta patientens sexualitet och sexuella hälsa kan skapa ett onödigt lidande och går emot sjuksköterskans kompetensbeskrivning. Därför är det viktigt att studera vilka faktorer som gör att sjuksköterskor väljer att ta upp eller inte ta upp sexuell hälsa med patienter. Detta för att sjuksköterskor ska kunna ge god omvårdnad utifrån patientens behov.

BAKGRUND

Sexualitet

WHO (2017b) definierar sexualitet som en central aspekt av att vara människa, genom hela livet. Sexualitet är, enligt WHO (2017b), allt i från till exempel sex, kön, identitet och roller, sexuell läggning, njutning, intimitet, erotik och reproduktion. Sexualitet uttrycks på många olika sätt och i många olika former så som fantasier, attityder, beteenden, värderingar, önskan, övertygelser, roller och relationer. Medan sexualitet kan vara alla dessa dimensioner är det inte alla som uttrycker och upplever alla. Sexualiteten påverkas av många olika faktorer och samspelen mellan dessa. Biologi, psykologi, politik och kultur är exempel på detta. Earle (2001) skriver, att få ge uttryck för sin sexualitet är en viktig faktor i både självsäkerhet och självacceptans. Dock kan det också vara ett problem. Då sexualitet är en del av oss kan det också bli något som definierar vad som, på samhällsnivå, är normalt och vad som inte är normalt.

Patienter som blivit uppmanade att själva definiera vad sexualitet betyder för dem beskrev detta bland annat med ord som passion och känsla av åtrå (Southard & Keller, 2009). Definitionerna såg annorlunda ut beroende på kön. Kvinnor beskrev sexualitet som självbild, kroppsform, förmåga att vara kvinnlig och intimitet. Män beskrev det som relationer, fysisk beröring och upphetsning. Både män och kvinnor beskrev att kärlek och samlag var en stor del av det de upplevde som sexualitet. Patienter upplever också att det är viktigt att kunna tala med sjuksköterskor om sin sexualitet men tryckte på att det är viktigt att detta tas upp med försiktighet. De beskrev att de hade inga problem att tala om det så länge sjuksköterskan

inte upplevdes dömande och att samtalet fördes konfidentiellt och i ett privat rum (Southard & Keller, 2009).

Sexuell hälsa

Enligt WHO (2017b) går inte sexuell hälsa att förstå om det inte tas hänsyn till vad sexualitet kan vara. Genom att respektera och skydda individens sexualitet kan dennes sexuella hälsa bibehållas (Sundbäck, 2013). Sexuell hälsa är ett tillstånd där hela människan, fysiskt, emotionellt, mentalt och socialt känner välbefinnande kopplat till sin sexualitet. Sexuell hälsa är således inte enbart frånvaro av sjukdom, dysfunktion och svaghet. (WHO, 2017b, Hulter, 2014). Forskning visar att även i livets slut har patienter behov av sexualitet och att få lov att uttrycka denna (Lemieux, Kaiser, Pereira & Meadows, 2004).

Sjukdomar och dysfunktioner

Det finns många sjukdomar och tillstånd som kan påverka den sexuella hälsan. Det kan vara allt från neurologiska dysfunktioner till olika fysiska dysfunktioner (Fugl-Meyer & Fugl-Meyer, 2012). En helt naturlig del av kvinnans liv är klimakteriet. Detta uppstår några år innan kvinnans sista menstruation. Vid detta tillstånd påverkas kvinnans slemhinnor som blir torra, smärta vid samlag kan uppstå, sexlusten minskar och orgasmförmågan minskar (Nappi & Lachowsky, 2009). Lundberg (2012b) menar att neurologiska sjukdomar kan påverka de nervsystem som används av de sexuella funktionerna. Ett exempel är Parkinsons där impotens och avsaknad av lust är vanligt förekommande. Ett annat exempel är Multipel skleros som bland annat kan ge ejakulationssvårigheter, lubrikationsproblem och minskad lust på grund av de förändringar i nervsystemet som sjukdomen ger. Förlorade känselupplevelser och pareser är andra exempel på sexuella rubbningar som kan påverka sexualiteten hos individer. En väldigt vanligt förekommande sjukdom där sexuella rubbningar förekommer är diabetes mellitus. Hos patienter med diabetes mellitus rapporteras både fysiska och psykiska besvär kring sexuella funktioner och det är inte ovanligt med impotens hos män, minskad lust och minskad känsel i kön (Lundberg, 2012b). Hellström (2012) tar upp att olika typer av cancer kan också påverka den sexuella hälsan. För kvinnor handlar det om cancer i underliv, livmoder eller bröst. I dessa fall är det vanligt att kvinnans självbild förändras och många upplever minskad sexlust av olika anledningar. Vid cancer i livmodern opereras ofta hela livmodern bort och slidan sys ihop i toppen, vilket kan ge smärtor vid samlag. Det är inte heller ovanligt att operera bort äggstockarna som innehåller kvinnans östrogenproduktion. Detta leder till att kvinnan hamnar i klimakteriet och får symptom utefter det. Vidare menar Hellström (2012) Bröstcancer är något som drabbar många idag och det är inte ovanligt att dessa kvinnor får hela eller delar av bröstet bortopererat, vilket kan påverka kvinnans självbild. Brösten är också sexuella organ och vid stimulering drar bröstvårtorna ihop sig och blir känsligare. Sjukdom i bröstet upplevs därför ofta som ett hot mot könsidentiteten, attraktionsförmågan och sexualiteten (Hellström, 2012). Hos män är det vanligaste prostatacancer som leder till att prostatan runt mannens urinrör förstöras och ger bland annat ejakulationsbesvär. En annan är testikelcancer som kan ge samma problem och peniscancer som i svåra fall kan leda till partiell eller radikal amputation av penis (Ekman, 2012). Hulter (2014) menar att beskedet om sjukdomen i sig kan leda till

att den sexuella lusten minskar. Smärta, trötthet, förändrad fysisk känslighet och rubbade hormonnivåer kan också vara orsak till olika sexuella problem. Även olika könssjukdomar kan påverka sexualiteten (Hulter, 2014).

Lunberg (2012a) skriver om läkemedel som också kan påverka sexuallivet. Cytostatika, som kan användas som behandling vid cancer, slår ut en typ av hormonproduktion. Detta kan bland annat leda till impotens hos män och utebliven menstruation hos kvinnor. Antidepressiva läkemedel kan ge minskad lust och störningar i orgasmen. NSAID och kortikosteroider kan ha påverkan på erektionsfunktionen. Även antibiotika kan påverka då detta kan rubba den normala florin i underliv och leda till svamp (Lunberg, 2012a).

Holistiskt synsätt

Det holistiska synsättet är en hälsofrämjande omvårdnadsteori och innebär att patienten skall ses som en helhet utifrån tre dimensioner; kropp, själ och ande. På så sätt kan patientens interaktion med omvärlden och samband mellan tanke och handling ses och tas hänsyn till i vårdandet (Hedelin, Jormfeldt & Svedberg, 2014; Eriksson, 2002). Forskning beskriver ett holistiskt synsätt som förmågan att se individers perspektiv, erfarenheter och livsvärld men också att det kan tolkas olika beroende på individ av (Povlsen & Borup, 2011).

Då konceptet med holistiskt synsätt är att vara villig att inkludera hela människan, är det då också viktigt att den sexuella hälsan inkluderas som en del av människan. Patientens sexuella behov behöver inte minska i samband med dysfunktion eller sjukdom och bör hela tiden uppmärksammas (Earle, 2001). För att sjuksköterskor skall arbeta utefter det holistiska synsättet krävs det att patientens sexualitet och sexuella hälsa legitimeras och erkänns som en del av hälsan. Det är viktigt att sjuksköterskor är öppna och lyhörda kring patienter som kan uppleva sexuella besvär, då denne inte alltid vågar ställa frågor och söka hjälp för sina besvär. Det är också viktigt att sjuksköterskor ger information kring hur den sexuella hälsan kan påverkas vid sjukdom och behandling. Det kan leda till att patienter känner sig bekvämare med att samtala om sexuell hälsa med sjuksköterskor (Higgins, Barker & Begley, 2006).

Sjuksköterskans roll

Att uppmärksamma problematik och upplysa patienter om saker som kan vara ett hot för den sexuella hälsan faller ofta på sjuksköterskor (Hulter, 2014). Forskning visar däremot att sexuell hälsa är något som sjuksköterskor ofta inte samtalar med sina patienter om (Haboubi & Lincon, 2003; Hautamäki, Miettinen, Kellokumpu-Lehtinen, Aalto & Lheto, 2007). Patienten har dock oftast en god attityd mot att sjuksköterskor lyfter sexuell hälsa, därför skall det inte antas att patienten inte vill diskutera ämnet (Waterhouse och Metcalfe, 1991).

Som sjuksköterskestudent får man lära sig att sexuell hälsa är viktigt och att det är en del av patienten. Sexuell hälsa kan under utbildningen inkluderas i till exempel läran om holismen, dokumentationsövningar och hälsobedömningsövningar. Många sjuksköterskestudenter

känner sig dock obekväma i att tala med patienter om sexuell hälsa och upplever att det inte är något som de får lära sig att de skall prioritera under sin utbildning (Dattilo & Brewer, 2005). Det finns också en profession inom sexuell hälsa som kallas sexologi. De som arbetar som detta kallas för sexologer och dessa har gått en specialistutbildning för att bli detta. Denna profession omfattar både vetenskapliga discipliner och medicinska och icke-medicinska specialiteter. Den omfattar även olika terapeutiska metoder, träningar och interventioner inom ämnet sexologi (Haeberle & Gindorf, 1993).

Legitimerade sjuksköterskor i Sverige arbetar efter en kompetensbeskrivning som Svensk sjuksköterskeförening (2017) har utvecklat. Denna kompetensbeskrivning beskriver det som legitimerade sjuksköterskor självständigt har ansvar för i omvårdnaden av patienter. Den innefattar beskrivningar inom personcentrerad vård, samverkan i team, evidensbaserad vård, förbättringskunskap och kvalitetsutveckling, säker vård och informatik samt ledarskap och pedagogiska insatser i omvårdnadsarbetet (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Det finns också en internationell etisk kod som International Council of Nurses [ICN] har utvecklat och som används som ett komplement till kompetensbeskrivningen i Sverige. Denna innehåller fyra områden; sjuksköterskan och allmänheten, sjuksköterskan och yrkesutövningen, sjuksköterskan och professionen samt sjuksköterskan och medarbetare (International council of nurses, 2014). I kompetensbeskrivningen beskrivs bland annat att sjuksköterskor skall bedöma patienters hälsotillstånd genom dennes objektiva data och subjektiva upplevelser, värna om patienters alla behov, rättigheter och möjligheter samt planera, konsultera och samverka med andra aktörer för att säkerställa säkerhet och kontinuitet. Sjuksköterskan skall också ansvara för att hålla sig uppdaterad med kunskapsutvecklingen inom sitt yrkesområde och kritiskt reflektera över befintliga rutiner och metoder samt inspirera till dialog kring implementering av ny kunskap och nya arbetssätt (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). ICN kompletterar med bland annat att sjuksköterskan skall främja en miljö där rättigheter, värderingar, sedvänjor och trosuppfattningar hos enskilda personer, familjer och allmänheten respekteras (International council of nurses, 2014). I kompetensbeskrivningen beskrivs det även att sjuksköterskan har som uppgift att anpassa den information som ges så att det finns minimal risk för missförstånd och att sjuksköterskan har ansvar att se när det finns behov av information som patienten inte själv uttrycker. Sjuksköterskan skall, identifiera och förebygga hälsorisker, se patientens egen förmåga och oförmåga att själv kunna påverka sin hälsa och motverka komplikationer som kan uppkomma vid sjukdom, vård och behandling. Även närstående skall informeras, ges stöd och vägledning såväl som patienten (Svensk sjuksköterskeförening, 2017).

Det finns även svenska lagar som styr hur hälso- och sjukvård skall bedrivas. Ett exempel är Patientlagen, SFS 2014:821, som säger bland annat att patienter har rätt till sakkunnig vård som skall ges med respekt för allas lika värde. Ett annat exempel är Hälso- och sjukvårdslagen, SFS 2017:30, som säger bland annat att vården skall aktivt förebygga ohälsa. Sjuksköterskan har också skyldighet att dokumentera omvårdnaden av patienterna (SFS 2008:355). Detta görs i olika dokumentationsprogram men skall innehålla ungefär samma information beroende på avdelning och anledning till vård. Som stöd för dokumentation finns till exempel VIPS-modellen. I denna modell finns de sökord som är relevanta och viktiga att ta upp med patienter i alla olika delar av omvårdnaden, från att vård söks till att

vård avslutas. Här finns även sökordet *sexualitet/reproduktion* (Ehnfors, Ehrenberg & Thorell-Ekstrand, 2013). Forskning visar att detta väldigt sällan dokumenteras kring patienters sexuella hälsa, även om det finns sökord att dokumentera under och anledning till att dokumentera (Loeb, Lee, Binswanger, Elison & Aagaard, 2011). Att definiera en patients sexualitet är dock något att göra med försiktighet. Sjuksköterskan kan ha makten att definiera patienter på grund av dennes beroendeställning till patienten och detta kan påverka patientens självkänsla på olika sätt (Earle, 2001).

Då sjuksköterskan skall bemöta patientens sexualitet är det viktigt att denne visar lyhörddhet, känslighet och respekt för patientens integritet. Genom att lyssna på patientens svårigheter och ge stöd och råd i dessa, kan professionell omvårdnad lindra lidande och stödja patienters sexuella välbefinnande (Hulter, 2014).

PROBLEMFORMULERING

Människans sexualitet är en av våra mest grundläggande drifter och kan vara allt från samlag till attityder. Den sexuella hälsan grundas i människans sexualitet och det finns både sjukdomar och behandlingar som påverkar den sexuella hälsan på olika sätt. Problem med den sexuella hälsan kan skapa lidande och det är inte alltid som patienten vågar ta upp ämnet.

Sjuksköterskor har en kompetensbeskrivning som beskriver sjuksköterskors roll inom deras legitimation. I den står det bland annat att sjuksköterskor har som uppgift att se hela människan, fysiskt, psykiskt och socialt och inte bara delar. Det finns även lagar som säger detsamma. Det holistiska synsättet är en av de största hälsofrämjande teorierna inom omvårdnad och skall alltid tas hänsyn till i omvårdnaden av patienter. Då alla människor är sexuella varelser kommer den allmänna sjuksköterskor alltid att stöta på denna typen av patient i alla delar av vården och inte enbart inom specialistområden så som gynekologi mottagningar och liknande. Att inte uppmärksamma patienters alla delar är ett problem då det går emot kompetensbeskrivningar och svensk lag och kan skapa onödigt lidande för patient. Hur och varför sjuksköterskor uppmärksammar patientens sexuella hälsa har därför betydelse för hur omvårdnaden upplevs av patienter.

SYFTE

Syftet med denna studie var att redogöra för de faktorer som påverkar att allmänna sjuksköterskor samtalar med patienten om sexuell hälsa.

METOD

För att besvara studiens syfte valdes en litteraturöversikt enligt Friberg (2012). Litteraturöversikter handlar om att skapa en översikt över den kunskap som finns inom ett speciellt område och sedan sammanställa detta. Det görs antingen för att skapa kunskap kring ett ämne eller för att skapa en översikt över forskningsläget som grund för en problemformulering (Friberg, 2012). I denna studie kommer vi att presentera redan framtagen kunskap kring vårt valda ämne.

Urval

För urval av artiklar användes inklusionskriterier. Dessa var: artiklarnas deltagare skulle vara legitimerade sjuksköterskor, skulle utgå från sjuksköterskans perspektiv och svara på syftet. Artiklarna skulle också vara publicerade på engelska, vara granskade peer reviewed, och vara publicerade från år 2007 och framåt.

Exklusionskriterierna var de artiklar och studier som enbart innehöll deltagare med specialistkompetens inom sexuell hälsa, till exempel barnmorskor och sjuksköterskor som arbetar inom gynekologi, urologi och på kvinnokliniker. Studier gjorda på sjuksköterskestudenter har också valts bort.

Datainsamling

Som grund för datainsamling har systematiska sökningar efter artiklar gjorts i databaser. Till denna studie har databaserna CINAHL och Medline EBSCO använts. En databas är en samling dokument som sorterats och grupperats för att underlätta sökningar. Vissa databaser är indelade efter ämnesområden (Östlundh, 2012). Medline och CHINAL är databaser som innehåller vetenskapliga artiklar i bland annat ämnet omvårdnad.

Sökorden som användes var: *Nurse, sexual health, sexuality* och *attitude*. Dessa valdes från början då de var mest relevanta för studiens syfte. Längre fram i sökprocessen lades även *discussion* till då detta i kombination med de andra sökorden gav fler relevanta träffar.

Inga begränsningar har gjorts i sökningarna, detta för att inte missa några artiklar som kan vara relevanta för studien. När sökningarna gjorts på databasen har först titlar lästs. Vid intressanta och relevanta titlar har sedan abstract lästs och därefter full text lästs för att finna de artiklar som passar till syftet. Sökningarna av artiklarna presenteras i en tabell nedan (Tabell 1).

Tabell 1 - sökschema

Sökord, datum och databas	Antal träffar	Antal lästa titlar	Antal lästa abstract	Antal lästa fulltext	Antal valda artiklar
Nurs* AND (sexuality OR sexual health) AND attitude 17 09 05 Medline EBSCO	695	695	21	7	6
Nurse* AND sexuality AND discuss* 17 09 05 Medline EBSCO	269	269	22	5	2
Nurse* AND sexuality AND discuss* 17 09 06 CHINAL	373	373	12	3	1

De artiklar som valts presenteras i en översiktstabell (Bilaga 1).

Analys

Fribergs (2012) mall på analys har använts för att analysera de artiklar som valts ut. Friberg (2012) beskriver denna process som en pendling mellan en helhet, till delar och sedan till en ny helhet.

De utvalda artiklarna har kvalitetsgranskats utifrån Fribergs (2012) mallar (Bilaga 2) av kvalitetsgranskning för kvalitativ och kvantitativ litteratur och betygsatts med låg, medel eller hög kvalitet (se bilaga 1). Artiklarna har sedan lästs igenom flera gånger enskilt av båda författarna för att få full förståelse för artiklarnas sammanhang. En översiktstabell gjordes över artiklarnas olika delar för att få ett bättre helhetsperspektiv av artiklarna (Bilaga 1) och därefter har likheter och skillnader, i varför sjuksköterskor väljer att beröra sexuell hälsa eller inte, plockats fram. Detta gjordes genom att lista alla artiklarnas svar på varför sjuksköterskorna tog upp sexuell hälsa med patienter eller inte. Dessa listor jämfördes sedan med varandra och lades in i tankekartor som bildade olika teman (Tabell 2).

Tabell 2 – bärande teman

	Sjuksköterskors attityder	Kunskap och kompetens	Organisatoriska faktorer
Personliga attityder	X		
Professionell osäkerhet		X	
Kunskap kring ämnet		X	
Erfarenhet		X	
Arbetsrelaterad stress			X
Personlig stress	X		
Saknad rutin			X
Prioriteringar på arbetsplats			X
Personliga prioriteringar	X		
Fördomar	X		
Upplevd kompetens		X	
Obekvämt samtalsämne	X		
Respekt mot patient	X		
Skam	X		
Ansvar			X
Tabu	X		
Vårdmiljö			X
Privat ämne	X		
Tidsbrist			X
För lite träning		X	
Kultur	X		
Kön på patient	X		
Vidareutbildning		X	
Ålder på patient	X		
Religion	X		

Etiska överväganden

Författarna till denna studie har gjort etiska överväganden genom att enbart välja artiklar som har skriftligt tydliga etiska överväganden och där det går att följa artiklarnas etiska resonemang eller har godkännande av en etisk kommitté så som det beskrivs av Forsberg och Wengström (2008). Författarna gjorde även etiska överväganden genom att titta på artiklarnas metod och tillväga gångs sätt. Författarna har presenterat det resultat som framkommit utan egna värderingar och inte heller uteslutit resultat som framkommit i analysen. Alla studier har varit på frivillig basis och deltagare har kunnat lämna utan vidare förklaring. Även hur studierna säkerställt deltagarnas anonymitet har övervägts.

Vetenskapsrådet (2017) skriver i dokumentet god forskningssed att fusk i form av till exempel plagiat inte är acceptabelt i forskning. Författarna till den föreliggande studien har inte plagierat andras texter.

RESULTAT

Nedan presenteras de teman som analysarbetet resulterade i. Alla artiklarna innefattas i alla teman och presenteras i löpande text. De framtagna temana är *Sjuksköterskors attityder*, *Kunskap och kompetens* och *Organisatoriska faktorer*.

Sjuksköterskors attityder

Den första faktorn som artiklarna hade gemensamt var attityder. Det framkom tydligt att många sjuksköterskor hade olika åsikter och känslor kring att samtala med patienter om sexuell hälsa. Vissa hade inga problem med att prata med patienten om sexuell hälsa och andra avstod helt från att göra det (Arikan, Meydanlioglu & Ozcan, 2015; Higgins, Barker & Begley, 2008; Klaeson, Hovlin, Guvå & Kjellsdotter, 2016; Nakopoulou, Papaharitou & Hatzichristou, 2009; Olsson, Berglund, Larsson & Athlin, 2012; Oskay, Can & Basgol, 2014; Quinn, Happell, & Browne, 2011; Saunamäki, Andersson & Engström, 2010; Saunamäki & Engström, 2013). Många sjuksköterskor kände att det var ett obekvämt samtalsämne, antingen för att de själva upplevde ämnet obekvämt (Higgins et al., 2008; Olsson et al., 2012) eller för att de var rädda för att patienterna skulle uppleva ämnet på det sättet (Olsson et al., 2012; Saunamäki et al., 2010; Saunamäki & Engström, 2013). Andra kände att det inte är sjuksköterskors ensak och att det är ett för privat ämne (Arikan et al., 2015; Klaeson et al., 2016; Nakopoulou et al., 2009; Oskay et al., 2014; Saunamäki et al., 2010; Saunamäki & Engström, 2013). Det var också många sjuksköterskor som uttryckte att diskutera sex, sexualitet och sexuell hälsa är tabu och att det inte är något som diskuteras med varken patienter eller i andra sammanhang (Nakopoulou et al., 2009; Olsson et al., 2012; Oskay et al., 2014; Quinn et al., 2011; Saunamäki & Engström, 2013). Att det sågs som tabu kunde bero på kulturella aspekter som traditioner eller religioner. Om det inte diskuteras om sex, sexualitet och sexuell hälsa överlag i samhället, diskuterades det inte heller med patienter (Quinn et al., 2011). Religioner, som såg sex, sexualitet och sexuell hälsa som något orent och skambelagt, var också en orsak till att det var tabu (Higgins et al., 2008). Många menade de inte hade diskuterat ämnet med patienten om inte denne tog upp ämnet först (Olsson et al., 2012; Quinn et al., 2011) medan andra ansåg att de kände sig mer bekväma om de har träffat patienten flera gånger och då kände sig mer bekväma med att diskutera ämnet (Nakopoulou et al., 2009; Quinn et al., 2011).

Fördomar, som att patienter samtalar om det med sin partner och därför inte behöver ta upp det med sjuksköterskor (Olsson et al., 2012), att patienter är för gamla för att vara sexuellt aktiva (Saunamäki & Engström, 2013), att sexualitet inte är något patienten upplever vid sjukdom (Higgins et al., 2008; Quinn; 2011) eller att patienter inte har ett sexliv alls när de blivit sängliggande (Saunamäki & Engström, 2013) existerade också. Det uttrycktes också att de tyckte att det var obekvämt för dem själva när patienten öppnade upp sig och samtalade om deras privatliv och ville därför inte ta upp ämnet (Klaeson et al., 2016). Att sjuksköterskor till största del inte pratade med patienter om sexuell hälsa kunde också bero på hur deras prioriteringar såg ut. Många menade att de inte tyckte att sexuell hälsa var det som de borde prioritera när patienter är till exempel sjuka i cancer. De menade att det var viktigare med samtal kring sjukdomen och behandling istället för sexuell hälsa (Nakopoulou

et al., 2009; Olsson et al., 2012; Oskay et al., 2014; Quinn et al., 2011). Det fanns även de som inte hade några svar på varför de inte diskuterade sexuell hälsa med sina patienter, även om de visste att den kunde påverkas av olika sjukdomar och behandlingar (Higgins et al., 2008).

De sjuksköterskor som pratade med sina patienter om sexuell hälsa beskrev att de använde olika samtalsmetoder för detta. Dessa kunde vara till exempel att börja prata om biverkningar från läkemedel och behandlingar för att sedan gå in djupare på ämnet (Klaeson et al., 2016) eller att ta upp ämnet med en humoristisk jargong för att göra patienten bekvämare (Saunamäki & Engström, 2013). De fanns också de sjuksköterskor som hade personlig erfarenhet i någon form av ämnet och kände därför personligt intresse i att ta upp det (Klaeson et al., 2016). Andra faktorer som påverkade om sjuksköterskor tog upp sexuell hälsa med sina patienter eller inte var relationen mellan patientens och sjuksköterskors ålder. Var sjuksköterskorna äldre än patienten var det enklare att diskutera sexuell hälsa och sjuksköterskorna upplevde att de försattes i en föräldraroll (Klaeson et al., 2016). Däremot upplevde sjuksköterskor att det var obekvämt att diskutera ämnet med äldre. Patientens kön hade också påverkan. Sjuksköterskor uttryckte också att det var lättare att prata med män om deras sexuella hälsa (Klaeson et al., 2016; Olsson et al., 2012; Oskay et al., 2014). Det kunde bero på att mäns sexuella hälsa var ofta uttryckt fysisk, medan kvinnors var oftare uttryckt psykiskt och sjuksköterskorna fann det då enklare att hantera männens problem (Klaeson et al., 2016). Det fanns också en rädsla för att bli missförstådd, hos vissa sjuksköterskor. Om patienten och sjuksköterskor inte har samma kön fanns det en rädsla för att patienten skulle ta illa upp eller misstolka frågor kring sexualitet och sexuell hälsa som trakasserier (Nakopoulou et al., 2009).

Kunskap och kompetens

Den andra likheten i artiklarna var kunskap och kompetens. Sjuksköterskor upplevde att de hade viss kunskap kring hur sjukdomar och behandlingar kunde påverka den sexuella hälsan, men valde ändå att inte diskutera det med patienter. Något som präglade sjuksköterskornas svar på varför, var att de inte kände att de hade tillräckligt med kunskap (Arikan et al., 2015; Higgins et al., 2008; Kleason et al., 2016; Nakopoulou et al., 2009; Olsson et al., 2012; Oskay et al., 2014; Quinn et al., 2011; Saunamäki et al., 2010; Saunamäki & Engström, 2013). Den kunskap som de hade om sexuell hälsa kändes inte tillräckligt i mötet med patient och de kände en osäkerhet kring att ta upp ämnet med patienten. Detta kunde bero på att de inte kände sig bekväma i sin förmåga att diskutera ämnet (Arikan et al., 2015), de kunde känna sig rädda för att patienten skulle ställa frågor eller förvänta sig information som sjuksköterskorna inte hade (Kleason et al., 2016) eller saknade självförtroende inom ämnet (Quinn et al., 2011). Många kände också att även om de hade kunskap inom den fysiska delen så saknade de kunskap inom den psykiska och den upplevda delen (Higgins et al., 2008; Nakopoulou et al., 2009). De saknade också verktyg och förmågor för kommunikation kring ämnet (Nakopoulou et al., 2009). Samhället kunde också vara ett hinder för kompetensen hos vissa sjuksköterskor. Vissa hade sedan de var små fått lära sig att sex och sexualitet var en synd och därför ville de inte bemöta ämnet i sin profession (Higgins et al., 2008).

De som samtalade med sina patienter om sexuell hälsa var de sjuksköterskor som beskrev att deras erfarenhet eller utbildning var en faktor (Arikan et al., 2015; Oskay et al., 2014; Saunamäki et al., 2010; Saunamäki & Engström, 2013). Det visade sig att det, i många fall, fanns en direkt relation mellan erfarenhet i vården och inställning till att ta upp ämnet. Dessa kände sig mer bekväma i situationen då de upplevde att de hade mer kunskap och kompetens på grund av sin erfarenhet (Arikan et al., 2015; Oskay et al., 2014; Saunamäki et al., 2010). Detsamma visades mellan sjuksköterskor med någon form av vidareutbildning och inställning till att ta upp ämnet, då de kände att de hade mer kunskap och kompetens på grund av sin utbildning (Oskay et al., 2014; Saunamäki et al., 2010). Även ålder på sjuksköterskor var en betydande faktor för om ämnet berördes eller inte, där äldre sjuksköterskor upplevde det lättare att beröra ämnet (Kleason et al., 2016; Nakopoulou et al., 2009; Olsson et al., 2012; Oskay et al., 2014; Saunamäki et al., 2010).

Organisatoriska faktorer

Den tredje likheten som fanns i artiklarna var de organisatoriska faktorerna. Sjuksköterskorna uttryckte i många fall att det saknades rutiner på att ta upp sexuell hälsa med patienter. (Higgins et al., 2008; Olsson et al., 2012; Oskay et al., 2014; Quinn et al., 2011; Saunamäki & Engström, 2013). På vissa ställen fanns det inga riktlinjer och inga mål för sexuell hälsa att följa och de saknade stöd från organisationen (Kleason et al., 2016). Andra saknade resurser som informationsblad och liknande som kunde ges ut till patienter (Oskay et al., 2014; Quinn et al., 2011). Det fanns också ställen där det inte var en prioritering i arbetet (Nakopoulou et al., 2009) och där det inte fanns sökord för sexualitet vid dokumentation pratade inte sjuksköterskorna med patienterna om det (Saunamäki & Engström, 2013).

Sjuksköterskor uttryckte också att det var oklart vems uppgift det egentligen var. De menade att läkaren eller andra vårdgivare också hade ett ansvar och hänvisade ibland sina patienter dit istället (Arikan et al., 2015; Kleason et al., 2016; Nakopoulou et al., 2009; Olsson et al., 2012; Oskay et al., 2014; Quinn et al., 2011; Saunamäki et al., 2010; Saunamäki & Engström, 2013). Det upplevdes också viss brist på förebilder för sjuksköterskorna. Vissa upplevde att de härmade sina äldre kollegor och därför gick det i arv att inte prata om sexualitet och sexuell hälsa (Higgins et al., 2008).

Miljön runt patienten var en betydande faktor. Sjuksköterskor menade att de inte ville prata med patienten om privata saker medan de vårdas i rum där andra patienter också vårdas, som dubbelrum eller observations utrymmen där det ofta finns andra patienter runtomkring. (Olsson et al., 2009; Saunamäki & Engström, 2013). Tidsbrist påverkade också om sjuksköterskorna diskuterade ämnet med sina patienter eller inte. (Arikan et al., 2015; Kleason et al., 2016; Nakopoulou et al., 2009; Olsson et al., 2012; Oskay et al., 2014; Quinn et al., 2011; Saunamäki & Engström, 2013). Sjuksköterskor menade att det var viktigt att det fanns gott om tid om de skulle diskutera ämnet med en patient för att denne skall känna sig bekväm (Saunamäki & Engström, 2013).

Några sjuksköterskor fann sätt att prata med patienterna om sexuell hälsa även om organisationen inte stöttade dem eller det inte fanns riktlinjer och rutiner. De kunde till exempel ta hjälp av internet när de kände att de behöver kunskap eller stöd i att ge patienten information (Klaeson et al., 2016). Det fanns också de sjuksköterskor som sa till sina patienter att det är något de frågar alla om sexuell hälsa och har som rutin. Det legitimerade då frågan hos patienten och sjuksköterskor vågade ställa frågor kring sexuell hälsa (Klaeson et al., 2016). Andra legitimerade frågan genom att hänvisa till det sökord som kunde finnas i dokumentationssystem och vågade därför fråga patienterna om ämnet (Saunamäki & Engström, 2013).

Resultatsammanfattning

Sjuksköterskors attityder beskriver hur sjuksköterskors personliga åsikter och känslor påverkar om de väljer att diskutera sexuell hälsa. Det var på grund av att det är ett obekvämt ämne för både sjuksköterska och patient, att det upplevs som ett för privat ämne och ett tabu belagt ämne. Att det upplevdes som tabu kunde bero på kulturella eller religiösa anledningar men också på samhället i allmänhet. Det fanns också fördomar som att patienter hanterar det själva, att patienten är för gammal vid viss ålder för att vara sexuellt aktiv, att patienten inte är sexuell när denne är sjuk och att samliv inte existerar när patienten har blivit sängliggande. Vissa tyckte att det var jobbigt när patienter öppnade upp sig för mycket om deras sexuella hälsa och valde därför att inte ta upp det och andra ansåg att det fanns viktigare saker att prata om. De som valde att ta upp sexuell hälsa med sina patienter gjorde detta genom att diskutera kring biverkningar från behandlingar för att få en öppning in på ämnet eller använde sig av humor för att göra patienten bekväm. De kunde också välja att ta upp ämnet om de hade egna erfarenheter kring sexuell hälsa då på grund av personligt intresse. Andra faktorer som hade påverkan var patientens ålder och kön i relation till sjuksköterskors ålder och kön.

Kunskap och kompetens beskriver att sjuksköterskor upplever att de saknar kunskap inom sexualitet och sexuell hälsa och att detta ledde till osäkerhet. Osäkerheten handlade både om att de inte visste vad de skulle ge för information till patienterna och att de inte kände sig bekväma i deras förmåga att diskutera ämnet. Det fanns också de sjuksköterskor som lärt sig att sexualitet och sexuell hälsa är en synd och därför avstår från att ta upp ämnet. Det visade sig dock att det fanns direkta relationer mellan ålder och utbildning hos sjuksköterskor och att välja att diskutera sexuell hälsa med sina patienter eller inte.

Organisatoriska faktorer beskriver hur organisationen runt sjuksköterskorna påverkar. Det saknades rutiner, riktlinjer och mål för att arbeta som sjuksköterska med sexuell hälsa och många upplevde att det inte heller prioriterades av organisationen. Det var också ett problem att det inte alltid fanns som sökord vid dokumentering. Många upplevde också en oklarhet kring vem arbetsuppgiften egentligen var och några hänvisade sina patienter vidare till andra vårdare. Det framkom även att det saknades förebilder för hur arbetet med sexuell hälsa skall bedrivas och därför ärvdes beteendet med att inte prata om det alls. Något annat som många upplevde som ett problem var att miljön inte var optimal för att diskutera privata ämnen med dubbel rum eller observationsutrymmen. Tidsbristen visade sig också ha en påverkan då

några menade att det skall finnas gott om tid för att prata med patienten om privata ämnen. De som samtalade med sina patienter om sexuell hälsa förklarade att de tog hjälp av internet för att kunna ge adekvat information och andra sa till sina patienter att det är något de frågar alla och att de finns som sökord för att patienten skall känna sig bekvämare.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Metod för studien var litteraturöversikt då denna metod bedömdes kunna svara på syftet. Genom att en litteraturöversikt inkluderar en större mängd forskning ger det en större förståelse för ämnet. En litteraturöversikt gav möjlighet för författarna att se hur flera forskningsstudier hittade gemensamma faktorer och beskrivningar för hur sjuksköterskor valde att ta upp sexualitet. Syftet hade även kunnat besvaras genom en empirisk studie, men det var enligt författarnas mening inte möjligt att hinna göra en fullgod sådan studie inom ramen för detta examensarbetet.

Sökningar gjordes i databaserna CIHNAL och Medline EBSCO då dessa bedömdes relevanta. Då sökningar inte gjorts i fler databaser kan studier och artiklar som hade kunnat vara relevanta i litteraturöversikten missats. Författarna anser dock att de sökningar som gjorts varit tillräckliga för att kunna presentera en litteraturöversikt som är välgrundad.

Friberg (2012) skriver om att det finns risk att författare själva väjer studier som kan ge de svar som författarna förväntar sig. Författarna till denna studie hade en förförståelse kring att sexuell hälsa är något som inte tas upp av sjuksköterskor. Denna förförståelse kan givetvis ha påverkat de artiklar som valts ut och de resultat som därefter framkommit i denna studie. Författarna resonerar dock att resultatet inte speglar författarnas förförståelse då resultatet även presenterar faktorer som går emot författarnas förförståelse. Detta då det även presenteras att sjuksköterskor faktiskt talar om det och hur de då talar om det. Författarna anser också att förförståelsen inte har påverkat resultatet då teoretisk mättnad uppnåddes och ingen ny information kunde finnas.

Av de artiklar som använts i studien var en från England, en från Irland, en från Grekland, fyra från Sverige, en från Turkiet och en från USA. Att studierna inte uteslutande kommer från nordiska länder beror på att forskningen som finns inom ämnet är begränsad. Författarna bedömde att det har funnits skillnader i värderingar mellan de olika kulturerna som studierna representerar men att de resultat som presenterats ändå var eniga om vilka faktorer som styrde om sexualitet togs upp i kontakt med patienter.

Östlund (2012) talar om vikten av ett relevant tidsintervall på den forskning som används. Det var därför relevant för författarna att begränsa artikelsökningarna till de senare åren då forskningsfältet gällande sexuell hälsa är relativt nytt och utvecklingen går snabbt. Initialt ville författarna till denna litteraturöversikt använda sig av artiklar som var högst fem år gamla, då de ansåg att femårig forskning speglar det aktuella forskningsläget. När sökningar gjordes bedömdes att tidsintervallet på fem år var för snävt och kort då tillgång på relevant forskning var begränsad. Därför utökades tidsintervallet på sökningarna till tio år och valde de senaste tio åren.

Polit och Beck (2014) skriver att kvalitativa studier inte är direkt överförbara till en annan population. Det går däremot att använda delar av de resultat som framkommit, exempelvis olika mönster, vilka i sin tur kan vara överförbara till en annan population än den som det forskats på. Då författarna till denna studie ville öka överförbarheten på litteraturöversikten

exkluderades artiklar där deltagarna enbart var barnmorskor eller sjuksköterskor som jobbade på urologiska- och/eller gynekologiska mottagningar. Detta eftersom författarna tänkte att dessa kan antas ha specialkunskaper i att möta patienters sexuella hälsa och därmed inte representerade hur sjuksköterskor i stort bemöter sexuell hälsa hos patienter.

Artiklarna som valdes granskades utifrån mallar av Friberg (2012) för att säkerställa studiernas kvalitet. Mallarna har hjälpt författarna att noggrant granska artiklarna vilket ökat litteraturoversiktens kvalitet. Utifrån mallarna har artiklarna kategoriserats i hög, medel och låg kvalitet. De artiklar som författarna ansåg ha låg kvalitet uteslöts från litteraturstudien.

Polit och Beck (2014) skriver att det finns risk för feltolkning och missar vid översättning. Artiklarna som använts i denna litteraturoversikt var uteslutande skrivna på engelska vilket kan ha resulterat i felöversättningar då båda författarna har svenska som modersmål. Risk för felöversättningar har minimerats genom att författarna har diskuterat ord och meningar, samt tagit hjälp av lexikon och översättningsprogram.

Willig (2013) skriver att en kvalitativ studies tillförlitlighet kan stärkas genom att författarna först enskilt kommer fram till ett resultat och därefter diskuterar resultaten tillsammans för att komma fram till ett gemensamt resultat. Detta gjordes under analysarbetet och därmed kan tillförlitligheten stärkas.

En litteraturoversikt kan innehålla både kvantitativa och kvalitativa artiklar (Friberg, 2012). Denna litteraturoversikt representerar både kvantitativa och kvalitativa artiklar, vilket författarna anser berika och styrka resultatet. Detta genom att olika ansatser ser samma faktorer till vad som påverkar huruvida sjuksköterskor tar upp sexuell hälsa med patienter eller inte.

Resultatdiskussion

I resultatet framkom att det fanns flertal faktorer som påverkar sjuksköterskor val att diskutera sexuell hälsa med patienter. Några faktorer var mer frekventa än andra och kan därför tolkas som betydande för sjuksköterskor i vården och i mötet med patienter. Dessa var att det är ett för privat ämne för att diskutera, att det inte finns tid till att diskutera ämnet, att det saknas kunskap kring ämnet och att det saknas rutin på att diskutera ämnet.

En av de mest påpekade faktorerna var att sjuksköterskor tyckte att det var ett privat och obekvämt ämne och upplevde att patienter tyckte det samma. Detta berodde på sjuksköterskors personliga attityder kring sexualitet och sexuell hälsa. Detta visas också i tidigare forskning (Guthrie, 1999; Magnan, Reynolds & Galvin, 2006). Detta var den största faktorn som resultatet visar och belyser hur mycket den mänskliga faktorn kan påverka den professionella sjuksköterskor. Forskning visar att det är viktigt att sjuksköterskor reflekterar över faktorer som kan påverka kommunikationen mellan sjuksköterskor och patient för att den skall bli så bra som möjligt (Shattell, 2004). Sjuksköterskor bör möta patienter så öppet och förståelseöst som möjligt för att kunna se patientens alla behov (Dahlberg & Segesten, 2010) och därför kan attityder och förkunskap skapa problem i mötet med patienter. Om sjuksköterskor medvetet eller omedvetet utstrålar att denne känner sig

obekvämt kan patienter tolka det som att de inte är ett ämne de kan prata med sjuksköterskor om (Eide & Eide, 2009). Sjuksköterskor skall arbeta utefter en helhetssyn på patienten, ett holistiskt synsätt. Detta görs inte om sjuksköterskor medvetet väljer att inte prata om delar av patienten som kan ha betydelse för vården (Earle, 2001), i detta fall den sexuella hälsan. Det framkom också i resultatet att sjuksköterskor antog att patienter inte tyckte att det var viktigt med sexualitet och sexuell hälsa när de var sjuka. Detta gjorde att sjuksköterskor inte prioriterade att prata om sexuell hälsa vid kommunikation med patienterna. Tidigare forskning visar att patienter känner vikt av att bibehålla sin sexualitet livet ut och varken sjukdom eller sängliggande ändrar på det (Lemieux, Kaiser, Pereira & Meadows, 2004) men att sjuksköterskor tror motsatsen (Magnan, Reynolds & Galvin, 2006). Att anta att patienters prioriteringar ändras vid sjukdom och att agera utefter egna förutfattade meningar går emot sjuksköterskans kompetensbeskrivning (Svensk sjuksköterskeförening, 2017) och tillåter inte ett öppet holistiskt vårdande. Forskning visar även, precis som resultatet, att sjuksköterskor inte tar sig tid att prata med patienter om sexuell hälsa, att de inte känner sig bekväma i att prata om sexuell hälsa och att de är medvetna om risker kring sexuell hälsa men väljer att inte diskutera det med patienter (Magnan, Reynolds & Galvin, 2006).

Kunskapsbrist var en av de frekvent nämnda faktorerna som visas i resultatet. Bristen på kunskap ledde till att sjuksköterskorna upplevde att de inte hade kompetens i ämnet och valde därför att inte diskutera ämnet, vilket även visas i andra studier (Kotronoulas, Papadopoulou & Patiraki, 2009). Redan som sjuksköterskestudent upplevs behovet av mer kunskap kring sexuell hälsa och sexualitet i vården (Aureskoug-Josefsson, Larsson, Gard, Rolander & Juuso, 2016; Dattilo & Brewer, 2005). Brist på övning i skolan och upplevelse av att lärare inte vågar ta upp ämnet gör att sjuksköterskestudenter känner sig obekväma i att själva prata med patienter om sexuell hälsa menar Dattilo och Brewer (2005). Slutsatsen blir att sjuksköterskor upplever att de inte fått tillräckligt med kunskap i skolan för att känna sig tillräckligt kompetenta att utföra den omvårdnad som, enligt lag, skall ges. Forskning har visat att genom att ge sjuksköterskestudenter och sjuksköterskor mer kunskap i sexualitet och sexuell hälsa och ge mer träning i att bemöta sexuell hälsa med så kan sjuksköterskor bli mer bekväma i att diskutera ämnet med patienter (Jonsdottir, Zoëga, Saevarsdottir, Sverrisdottir, Thorsdottir, Einarsson, Gunnarsdottir & Fridriksdottir, 2015; Tugut & Golbasi, 2017). Sjuksköterskor har däremot ett ansvar i att se till att sin kunskapsnivå är tillräcklig inom sitt verksamhetsområde och har en skyldighet att inhämta den kunskap de upplever saknas (Svensk sjuksköterskeförening, 2017) Därför går det att diskutera om kunskapsnivån på sjuksköterskor bör vara en hindrande faktor för att diskutera sexualitet och sexuell hälsa med patienter.

Resultatet visar vidare faktorer kring organisationen som hade betydelse för om sjuksköterskor valde att prata med sina patienter om sexuell hälsa eller inte. Forskning som gjorts visar på hur vårdmiljön har påverkan på patientens upplevelse av vården och på hur omvårdnaden som utförs påverkas. Om vårdmiljön optimeras kan både patienters hälsa och den vård som ges förbättras (Aiken, Clarke, Sloane, Lake & Cheney, 2008). Resultatet visar vidare att andra faktorer som påverkade var bland annat tidsbristen, att det finns för lite tid för att diskutera sexuell hälsa. Detta visas även i Gott, Galena, Hinchliff och Elfords (2004) studie. Ansvarsområde var också en faktor som framkom i resultatet. Det fanns många oklarheter kring vem det egentligen var som var ansvarig för att tala med patienter om denna

frågan. Vilket går att diskutera då det, iallafall i Sverige, finns tydliga regler och lagar som säger hur sjuksköterskor skall arbeta. Internationellt är det ICN:s etiska kod som sjuksköterskor arbetar efter och även denna säger att man skall respektera patienters rättigheter, i detta fall rätt till att uttrycka sexualitet och få hjälp med sexuell ohälsa. Det finns även lagar som säger detta. Det visades i resultatet att sjuksköterskor hänvisar sina patienter vidare till andra, till exempel läkare. Detta är något som Taylor och Davis (2006) menar på kan vara positivt då även om sjuksköterskor inte kan tillgodose patienten med information eller stöd så kan ämnet i alla fall beröras och på så sätt uppmärksammas och legitimeras för patienten.

Konklusion

Det visas tydligt att sjuksköterskor till största del avstår från att diskutera sexuell hälsa med patienter, och därför inte ger omvårdnad utefter ett holistiskt synsätt. De faktorer som resultatet visar på varför är till största del sjuksköterskors egna attityder, känslor och fördomar, alltså den mänskliga faktorn. Kunskap och organisatoriska hinder var en mindre del men med betydelse för omvårdnadens resultat. För att kunna vårda med ett holistiskt synsätt behöver sjuksköterskor mera kunskap i sexualitet och sexuell hälsa. De behöver också kunskap i kommunikation kring sexuell hälsa för att kunna känna sig bekväma i att diskutera ämnet och rutin på att prata med patienter om ämnet. Även riktlinjer för hur man möter och tar upp patienters sexuella hälsa bör finnas i samband med all sjuksköterskeomvårdnad då det skulle kunna hjälpa sjuksköterskor med den kunskap de upplever sig sakna. Ledningen på arbetsplatsen bör jobba för ett öppet klimat där sjuksköterskor känner sig fria att diskutera och utvecklas för att minska det tabu som förekommer.

Kliniska implikationer och förslag till utveckling av ämnet

För att redan yrkesverksamma sjuksköterskor ska få den kompetens som de behöver för att kunna vårda holistiskt behöver de få möjlighet att förvärva grundkunskaper i sexuell hälsa och sexualitet via fortbildning. Detta skulle sannolikt göra sjuksköterskorna mer bekväma att lyfta sexuell hälsa med patienter. För att nyexaminerade sjuksköterskor ska ha större förståelse för och vana att samtala kring sexuell hälsa hos patienter, bör kunskap och övning kring detta integreras på ett bättre sätt i sjuksköterskeutbildningar.

Författarna anser att vidare forskning behövs på hur vi ökar sjuksköterskors förmåga och vilja att lyfta sexuell hälsa med patienter. Kvalitativa studier kan ge en ökad inblick i vad sjuksköterskor behöver för att öka möjligheten till att sexuell hälsa tas upp. Vidare skulle studier som tittar på patienternas vilja och behov av information i ämnet kunna ge en fingervisning i vad som behöver vara fokus för vidare forskning och utbildning.

REFERENSER

Referenser markerade med * är artiklar som använts till resultat.

Aiken, L., Clarke, S., Sloane, D., Lake, E. & Cheney, T. (2008). Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcome. *Journal of nursing administration*, 38(5), 223-229.

Areskoug-Josefsson, K., Larsson, A., Gard, G., Roulander, B. & Juuso, P. (2016). Health care students' attitudes towards working with sexual health in their professional role; survey of students at nursing, physiotherapy and occupational therapy programmes. *Sexuality and disability*, 34, 289-302.

*Arikan, F., Meydanlioglu, A. & Ozcan, K. (2015). Attitudes and beliefs of nurses regarding discussion of sexual concerns of patients during hospitalization. *Sexuality and disability*, 33(3), 327-337.

Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.

Dahlborg-Lyckhage, E. (2012). Kunskap, kunskapsanvändning och kunskapsutveckling. I F. Friberg (red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (uppl. 2, Vol. 4, sid. 23-35). Lund: Studentlitteratur.

Dattilo, J. & Brewer, K. (2005). Assessing clients' sexual health as a component of holistic nursing practice. *Journal of holistic nursing*, 23(2), 208-219.

Earle, S. (2001). Disability, facilitated sex and the role of the nurse. *Journal of advanced nursing*, 36, 3, 433-440.

Ehnfors, M., Ehrenberg, A. & Thorell-Ekstrand, I. (2013) *Nya VIPPS-boken – välbefinnande, integritet, prevention, säkerhet*. Lund: Studentlitteratur AB.

Eide, H. & Eide, T. (2009). *Omvårdnadsorienterad kommunikation*. Lund: Studentlitteratur.

Ekman, P. (2012). Urologiska sjukdomar och sexuell dysfunktion. I P. O. Lundberg & L. Löfgren-Mårtenson (red.), *Sexologi* (uppl. 3, vol. 2, s. 347-353). Stockholm: Liber.

Eriksson, K. (2002). *Vårdandets idé*. Stockholm: Liber.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur.

Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (uppl. 2, Vol. 4, sid. 133-143). Lund: Studentlitteratur.

Fugl-Meyer, K. & Fugl-Meyer, A. (2012). Definitioner och förekomst av sexuella dysfunktioner. I P. O. Lundberg & L. Löfgren-Mårtenson (red.), *Sexologi* (uppl. 3, vol. 2, s. 256–273). Stockholm: Liber.

Gott, M., Galena, E., Hinchliff, S. & Elford, E. (2004). "Opening a can of worms": GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. *Family practice*, 21(5), 528-536.

Guthrie, C. (1999). Nurses' perceptions of sexuality relating to patient care. *Journal of clinical nursing*, 8(33), 313-321.

Haboubi, N.H. & Lincoln, N. (2003). Views of health professionals on discussing sexual issues with patients. *Disability and Rehabilitation* 25(6), 291–296.

Haeberle, E. & Gindorf, R. (1993) *Sexology today: a brief introduction*. Berlin: DGSS.

Hautamäki, K., Miettinen, M., Kellokumpu-Lehtinen, P-L., Aalto, P. & Lehto, J. (2007). Opening communication with cancer patients about sexualityrelated issues. *Cancer Nursing* 30, 399–404.

Hedelin, B., Jormfeldt, H. & Svedberg, P. (2014). Hälsobegreppet – synen på hälsa och sjuklighet. I F. Friberg & J. Öhlén (red.), *Omvårdnadens grunder – perspektiv och förhållningssätt* (uppl. 2, vol. 1, s. 360-385). Lund: Studentlitteratur.

Hellström, L. (2012). Gynekologiska tillstånd och sexuell funktion. I P. O. Lundberg & L. Löfgren-Mårtenson (red.), *Sexologi* (uppl. 3, vol. 2, s. 328-343). Stockholm: Liber.

*Higgins, A., Barker, P. & Begley, C. M. (2008) Sexuality and mental health nursing in Ireland: Weaving the veil of socialised inhibition. *Nurse education today*, 29, 357-364.

Hulter, B. (2014). Sexualitet. I A.-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: hälsa och ohälsa* (Uppl. 2, vol. 1, s. 582-609). Lund: Studentlitteratur.

International Council of Nurses. (2014) *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (Svensk sjuksköterskeförening, Övers. Rev. Utg.)*. Hämtad från <https://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/publikationer/Etik/ICNs-Etiska-kod-for-sjukskoterskor/>

Jonsdottir, J., Zoëga, S., Saevarsdottir, T., Sverrisdottir, A., Thorsdottir, T., Einarsson, G., Gunnarsdottir, S. & Fridriksdottir, N. (2015). Changes in attitudes, practises av barriers

among oncology health care professionals regarding sexual health care: outcomes from a 2-year educational intervention at a university hospital. *European journal of oncology nursing*, 21, 24–30.

*Klaeson, K., Hovlin, L., Guvå, H. & Kjellsdotter, A. (2016) Sexual health in primary health care – a qualitative study of nurses’ experiences. *Journal of clinical nursing*, 26, 1545–1554.

Kotronoulas, G., Papadopoulou, C. & Patiraki, E. (2009). Nurses’ knowledge, attitudes, and practices regarding provision of sexual health care in patients with cancer: critical review of the evidence. *Supportive care in cancer*, 17(5), 479–501.

Lemieux, L., Kaiser, S., Pereira, J. & Meadows, L. (2004) Sexuality in palliative care: patient perspectives. *Palliative medicine*, 18, 630–637.

Loeb, D., Lee, R., Binswanger, I., Ellison, M. & Aagaard, E. (2011) Patient, resident physician and visit factors associated with documentation of sexual history in the outpatient setting. *Journal of general internal medicine*, 26(8), 887–893.

Lundberg, P. O. (2012a) Läkemedel och sexualitet. I P. O. Lundberg & L. Löfgren-Mårtenson (red.), *Sexologi* (uppl. 3, vol. 2, s. 297–305). Stockholm: Liber.

Lundberg, P. O. (2012b) Neurosexologi. I P. O. Lundberg & L. Löfgren-Mårtenson (red.), *Sexologi* (uppl. 3, vol. 2, s. 315–327). Stockholm: Liber.

Magnan, M., Reynolds, K. & Galvin, E. (2006) Barriers to addressing patient sexuality in nursing practice. *Dermatology nursing*, 18(5), 448-454.

*Nakopoulou, E., Papaharitou, S. & Hatzichristou. (2009) Patients’ sexual health: a qualitative research approach on greek nurses’ perceptions. *Journal of sexual medicine*, 6, 2124-2132.

Nappi, R. & Lachowsky, M. (2009) Menopause and sexuality: Prevalence of symptoms and impact on quality of life. *Maturitas*, 63, 138-141.

*Olsson, C., Berglund, A-L., Larsson, M. & Athlin, E. (2012) Patient’s sexuality – a neglected area of cancer nursing? *European journal of oncology nursing*, 16, 426-431.

*Oskay, U., Can, G. & Basgol, S. (2014) Discussion sexuality with cancer patients: oncology nurses attitudes and views. *Asian pacific journal of cancer prevention*, 15(17), 7321-7326.

Polit, D. & Beck, C. (2014). *Essentials of nursing research – appraising evidence for nursing practice* (uppl. 8). China: Lippincott Williams & Wilkins.

Poulsen, L. & Borup, I. K. (2014). Holism in nursing and healthpromotions: distinct or related perspectives? – a literature review. *Scandinavian journal of caring sciences*, 25, 798-805.

*Quinn, C., Happell, B. & Browne, G. (2011) Talking or avoiding? Mental health nurses' views about discussing sexual health with consumers. *International journal of mental health nursing*, 20, 21-28.

*Saunamäki, N., Andersson, M. & Engström, M. (2010). Discussing sexuality with patients: nurses' attitudes and beliefs. *Journal of advanced nursing*, 66(6), 1308-1316.

*Saunamäki, N. & Engström, M. (2013) Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears. *Journal of clinical nursing*, 23, 531-540.

SFS 2008:355. *Patientdatalag*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 11 oktober, 2017, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientdatalag-2008355_sfs-2008-355

SFS 2014:821, *Patientlag*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 11 oktober, 2017, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 11 oktober, 2017, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

Shattell, M. (2004) Nurse-patient interaction: a review of literature. *Journal of clinical nursing*, 13, 714-722.

Southard, N. & Keller, J. (2009). The importance of assessing sexuality: a patient perspective. *Clinical journal of oncology nursing*, 13(2), 213-217.

Stilos, K., Doyle, C. & Daines, P. (2013). Addressing the sexual health needs of patients with gynecologic cancers. *Clinical journal of oncology nursing*, 12(3), 457-463.

Sundbäck, M. (2013). Sexuell hälsa i vården – en metodbok för sjuksköterskor. Lund: Studentlitteratur.

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk->

[sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf](https://publikationer.vr.se/produkt/god-forskningssed/)

Taylor, B. & Davis, S. (2006). Using the Extended PLISSIT model to address sexual healthcare needs. *Nursing standards*, 21(11), 35-40.

Tugut, N. & Golbasi, Z. (2017). Sexuality assessment knowledge, attitude, and skill of nursing students: an experimental study with control group. *International journal of nursing knowledge*, 28(3), 123-130.

Vetenskapsrådet. (2017). God forskningsed. Hämtad den 8 november, 2017, från <https://publikationer.vr.se/produkt/god-forskningssed/>

Waterhouse, J. & Metcalfe, M. (1991). Attitudes toward nurses discussing sexual concerns with patients. *Journal of Advanced nursing*, 16(9), 1048-1054.

Willig, C. (2013). *Introducing qualitative research in psychology* (uppl. 3). New York: Two Penn Plaza.

World Health Organisation. (2017a). *Sexual and reproductive health*. Hämtad 18 april, 2017, från <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/sexual-and-reproductive-health#>

World Health Organisation. (2017b) *Sexual and reproductive health*. Hämtad 19 april, 2017, från http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/

Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I F. Friberg (red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (uppl. 2, Vol. 4, sid. 57-80). Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1

Översikt av vetenskapliga artiklar inklusive kvalité

Författare, årtal, titel & tidskrift	Arikan, A., Meydanliogul, A., Ozcan, K & Ozer, Z-C. 2015 Attitudes and Beliefs of Nurses Regarding Discussion of Sexual Concerns of Patients During Hospitalization. Sexuality and disability.
Problem/Syfte	Syftet var att beskriva sjuksköterskors attityder och förståelse gällande sexualitet i möte med patienter.
Metod	Formuläret ”Sexual Attitudes and Beliefs Survey” skickades ut till 182 sjuksköterskor varav 162 svarade. Korrelationer och komparativ design användes för analys av data.
Urval	162 sjuksköterskor varav 8 män. Det var en bred spridning i åldrar och medelålder på sjuksköterskorna var 30,5 år och medelantal på år i yrket var 8,6.
Resultat	68,5% av sjuksköterskorna tyckte att det är viktigt med sexualitet i relation till hälsa. 68,4% förstod hur sjukdomar och behandlingar kan påverka sexualiteten. 38,9% kände sig obekväma i att prata om sexualitet med patienter. 42,6% upplevde att de kände sig mer bekväma än andra i att prata om sexualitet. 47,4% ansåg att patienter inte bryr sig om sexualitet när de är på sjukhus. 27,8% tog tid att diskutera sexualitet med sina patienter. 42,9% hänvisade patienter till läkare när ämnet togs upp. 40,9% kände sig konfident i sin förmåga att diskutera sexualitet. 68,9% tyckte att det var ett för privat ämne att prata om. 69,8% ansåg att det är upp till sjuksköterskan att ge patienten tillåtelse att prata om sexualitet. 37,7% ansåg att det inte skall diskuteras om inte patienten tar upp ämnet. 32,7% tror att patienter förväntar sig att sjuksköterskor skall ta upp sexualitet.
Bedömd Kvalité	Medel
Författare, årtal, titel & tidskrift	Higgins, A., Barker, P., & Begley, C.M. 2009 Sexuality and mental health nursing in Ireland: Weaving the veil of socialised inhibition. Nurse Education Today
Problem/Syfte	Att belysa hur sjuksköterskeutbildningens diskurser påverkar psykiatrisjuksköterskors förståelse av sexuell hälsa.
Metod	Författarna använde sig av tidigare gjorda intervjuer med 27 psykiatrisjuksköterskor i Irland. Intervjuerna genomfördes med hjälp av ostrukturerade intervjuer. Data analyserades med hjälp av Grounded theory.
Urval	27 psykiatri på Irland varav 17 var kvinnor och 10 män.

Resultat	Huvudkategorin som fanns i data var 'Dolda sexualiteten'. Huvudkategorin hade fem underkategorier. Fynden visade att deltagarna var utsatta för en socialisering och diskurser under olika delar av sin utbildning. Socialiseringen och diskurserna innebar en syn där sexualitet ansågs vara tabu och privat. Vidare handlade diskurserna om patologi och kontroll. Diskurser som hade kunnat ge deltagarna kunskap och klinisk kompetens för att inkludera sexualitet på ett öppet och förtroendeingivande sätt fanns inte.
Bedömd Kvalité	Hög
Författare, årtal, titel & tidskrift	Klaeson, K., Hovlin, L., Guva, H., & Kjellsdotter, A. 2016. Sexual health in primary health care – a qualitative study of nurses' experiences. Journal of Clinical Nursing.
Problem/Syfte	Att belysa sjuksköterskors erfarenheter och möjligheter att diskutera patienters sexuella hälsa i primärvården.
Metod	Kvalitativ beskrivande design. Semistrukturerade intervjuer användes. Data analyserades med innehållsanalys.
Urval	Nio stycken sjuksköterskor inom olika områden inom svensk primärvård. Tretton sjuksköterskor tillfrågades, varav nio valde att delta i studien. Deltagarna var mellan 41 till 63 år. Alla sjuksköterskor hade någon form av specialistutbildning
Resultat	Två huvudkategorier och fem underkategorier identifierades. De två huvudkategorierna var "Faktorer som påverkar sjuksköterskors möjligheter att prata om sexuell hälsa med patienter" och "Sjuksköterskors upplevelser av att prata med patienter om deras sexuella hälsa". Normer i samhället ansågs vara ett hinder för vårdpersonals möjligheter att känna sig bekväma och agera professionellt. Sjuksköterskornas egna attityder och kunskap hade signifikant betydelse för om de tog upp sexuell hälsa eller ej. Sjuksköterskor fann det enklare att prata om sexuell hälsa med medelålders män med diabetes. Orsakerna till detta var att de upplevde att det var enklare att prata med män samt att de hade fått träning att diskutera mäns sexuella hälsa i relation till diabetes.
Bedömd Kvalité	Hög
Författare, årtal, titel & tidskrift	Nakopoulou, E., Papaharitou S., & Hatzichristou D. 2009. Patients' Sexual Health: A Qualitative Research Approach on Greek Nurses' Perception. Sex Med.
Problem/Syfte	Undersöka uppfattningar kring sexuella hälsofrågor och hur dessa kan hindra eller öka grekiska sjuksköterskors möjligheter att inkorporera bedömningar gällande sexuell hälsa i arbetet.
Metod	Kvalitativ design med sju fokusgrupper. Varje session var 60–90 minuter lång. Diskussionerna startade med att sjuksköterskorna fick

	definitioner av sexuell hälsa och öppna frågor. Data analyserades med Grounded theory.
Urval	6–8 deltagare i varje fokusgrupp. Totalt var det 44 deltagare varav två var män. Alla deltagare hade jobbat minst 5 år som sjuksköterskor. De rekryterades via en 1 årig kurs som de läste.
Resultat	Tre teman identifierades efter analys av data; ”Subjektiv uppfattning av sexuell hälsa”, ”Diskutera sexuell problematik” och ”Utbildning och övning behövs”. Deltagarnas uppfattning gällande sexuell hälsa innehöll både emotionella och somatiska dimensioner. Det fanns både personliga och kontextuella faktorer till att sjuksköterskorna inte samtalade om sexualitet med patienter. Alla sjuksköterskor ansåg att särskild träning, inte bara i fysiologi utan även kommunikation.
Bedömd Kvalité	Medel
Författare, årtal, titel & tidskrift	Olsson, C., Berglund, A-l., Larsson, M., & Athlin, E. 2012. Patient's sexuality – A neglected area of cancer nursing? European Journal of Oncology Nursing.
Problem/Syfte	Beskriva sjuksköterskors uppfattningar gällande samtal kring sexualitet med cancerpatienter.
Metod	Fenomenologisk ansats. Tematiska enskilda intervjuer som varade mellan 30 min till en timme. Intervjuerna ägde rum på informanternas respektive arbetsplats
Urval	10 sjuksköterskor från fem olika avdelningar på ett sjukhus i Sverige. Informanterna var mellan 24 och 54 år. De hade arbetat mellan 2 och 32 år.
Resultat	Huvudkategorin som framkom var: ”Vi borde prata om sexualitet – men vi gör det vanligtvis inte”. Underkategorierna var: ”Sjuksköterskornas attityder, kunskap och förmåga har påverkan”, ”Patienters sexuella bekymmer är basen för dialog” och ”Vårdmiljön har betydelse”.
Bedömd Kvalité	Medel
Författare, årtal, titel & tidskrift	Oskay, U., Can, G., & Basgol, S. 2014. Discussing Sexuality with Cancer Patients; Oncology Nurses Attitudes and View. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention.
Problem/Syfte	Syftet med studien var att belysa onkologisjuksköterskors attityder och förståelse i arbetet med att stötta cancerpatienters sexuella problematik,
Metod	Frågeformulär på nätet
Urval	87 onkologisjuksköterskor från olika delar av Turkiet. Sjuksköterskorna var mellan 20–55 år gamla och inga män medverkade i studien. De var anställda på privata och statliga sjukhus.

Resultat	Resultatet visar att flertalet sjuksköterskor inte bedömer eller ger råd till patienten gällande deras sexuella hälsa. Det finns många olika anledningar till att det inte diskuteras men de viktigaste faktorerna var bristande rutiner, oro för att patienten skulle skämmas, sjuksköterskornas känsla av att inte ha kompetens och bristande erfarenhet.
Bedömd Kvalité	Medel
Författare, årtal, titel & tidskrift	Quinn, C., Hapell, B., & Browne, G., 2011. " Talking or Avoiding? Mental Health Nurses' Views about Discussing Sexual Health with Consumers " International Journal of Mental Health Nursing.
Problem/Syfte	Syftet var att belysa psykiatrisjuksköterskor upplevelser av att prata om sexuella frågor med patienter. Författarna ville få en större förståelse kring huruvida psykiatrisjuksköterskor frågar om sexualitet eller undviker det med patienter.
Metod	En explorativ kvalitativ design, det vill säga individuella semistrukturerade intervjuer användes.
Urval	8 kvinnliga och 6 manliga sjuksköterskor deltog efter att ha fått lämna intresseanmälan. Medelåldern var 44,4 år och medeltal för år i yrket var 14,9.
Resultat	Deltagarna förstod vikten av sexualitet men var ofta motvilliga att diskutera frågor rörande sexualitet med sina patienter. Sjuksköterskorna tenderade till att antingen ignorera problemen eller hänvisa till annan vårdgivare. Fyra teman identifierades: "Prata om eller undvika frågor kring sexualitet med patienter.", "Sexualitet har inte hög prioritet.", "Hänvisa till andra eftersom samtal kring sexualitet inte är 'mitt' jobb." "Sexualitet tas inte upp av andra."
Bedömd Kvalité	Medel
Författare, årtal, titel & tidskrift	Saunamäki, N., Andersson, M., & Engström, M., 2009. " Discussing Sexuality with Patients: Nurses' Attitudes and Beliefs " Journal of Advanced Nursing.
Problem/Syfte	Syftet var att beskriva sjuksköterskors attityder och föreställningar gällande att diskutera sexualitet med patienter. Forskningsfrågorna var: "Vilka attityder och föreställningar har sjuksköterskor gällande att diskutera sexualitet med patienter?", "Finns det några kopplingar mellan sjuksköterskors attityder och föreställningar, ålder och år i yrket?" och "Finns det några skillnader mellan sjuksköterskors attityder och föreställningar gällande sexualitet beroende på deras utbildningsgrad?".
Metod	Formuläret "Sexual Attitudes and Beliefs Survey" skickades ut till 100 sjuksköterskor varav 88 svarade. Korrelationer och komparativ design användes för analys av data.

Urval	Bekvämlighetsurval. Formuläret skickades ut till fem kirurgiska avdelningar och fem medicinska avdelningar. För att nå ett stort urval av kön, ålder och år i yrket fanns inga exklusionskriterier gällande dessa.
Resultat	Över 90% av sjuksköterskorna förstod hur patienters sjukdomar och behandling kan påverka sexualiteten. Ungefär två tredjedelar av de svarande kände sig bekväma att prata om sexuella frågor och höll med om att det var sjuksköterskans ansvar att diskutera och ta upp sexualitet. 80% valde att inte ta sig tid att diskutera sexuella frågor och 60% kände inte att de hade den kompetens som behövdes. Äldre sjuksköterskor samt sjuksköterskor med högre utbildning var generellt mer positivt inställda till att ta upp sexuella frågor.
Bedömd Kvalité	Hög
Författare, årtal, titel & tidskrift	Saunamäki, N. & Engström, M. 2012. Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears. Journal of Clinical Nursing
Problem/Syfte	Beskriva sjuksköterskors reflektioner gällande att diskutera sexualitet med patienter.
Metod	Deskriptiv design med kvalitativ ansats. Semistrukturerade intervjuer med 10 sjuksköterskor. Intervjuerna genomfördes 2010. Data analyserades med innehållsanalys.
Urval	10 sjuksköterskor varav 8 var kvinnor. Deltagarna var 25–62 år. Spannet som sjuksköterskorna varit yrkesverksamma sträckte sig från 4 månader till 21 år. Deltagarna jobbade inom olika områden, exempelvis stroke och diabetes.
Resultat	De teman som framkom visade på att diskutera sexualitet fortfarande är svårt och utmanande för sjuksköterskor. De visade även att de sjuksköterskor som väljer att ta upp sexualitet gör det av en stark vilja att hjälpa samt att de känner ansvar att prata om det på grund av sin kunskap i ämnet. Bristande tid, stöd och avskilda platser att diskutera sexualitet med patienter finns inte enligt sjuksköterskorna. Vidare var fördomar kring sexualitet ytterligare en faktor som hindrade sjuksköterskorna att ta upp ämnet. Vissa sjuksköterskor ansåg även att sexualitet var tabubelagt och att det var någon annans ansvarsområde.
Bedömd Kvalité	Hög

Bilaga 2

Granskningsmall kvantitativ litteratur (Friberg, 2012).

Finns det ett tydligt problem formulerat? Hur är detta i så fall formulerat och avgränsat?
Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna? Hur är dessa i så fall formulerade?
Finns det någon omvårdnadsvetenskaplig teoribildning beskriven? Hur är denna i så fall beskriven?
Vad är syftet? Är syftet klart formulerat?
Hur är metoden beskriven?
Hur har urvalet gjorts (t.ex. antal personer, ålder, inklusions- respektive exklusionskriterier)?
Hur har data analyserats? Vilka statistiska metoder användes? Var dessa adekvata?
Hur hänger metod och teoretiska utgångspunkter ihop?
Vad visar resultatet?
Vilka argument förs fram?
Förs det några etiska resonemang?
Finns det en metoddiskussion? Hur diskuteras metoden i så fall, t.ex. vad det gäller generaliserbarhet?
Finns det en återkoppling till teoretiska antaganden, t.ex. omvårdnadsvetenskapliga antaganden?

Granskningsmall kvalitativ litteratur (Friberg, 2012).

Finns det ett tydligt problem formulerat? Hur är detta i så fall formulerat och avgränsat?
Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna? Hur är dessa i så fall formulerade?
Finns det någon omvårdnadsvetenskaplig teoribildning beskriven? Hur är denna i så fall beskriven?
Vad är syftet? Är syftet klart formulerat?
Hur är metoden beskriven?
Hur är undersökningsspersonerna beskrivna?
Hur har data analyserats?
Hur hänger metod och teoretiska utgångspunkter ihop?
Vad visar resultatet?
Hur har författarna tolkat studiens resultat?
Vilka argument förs fram?
Förs det några etiska resonemang?
Finns det en metoddiskussion? Hur diskuteras metoden i så fall?
Finns det en återkoppling till teoretiska antaganden, t.ex. vårdvetenskapliga antaganden?

