

**SJUKSKÖTERSORS
UPPFATTNINGAR OM ATT
SAMTALA MED PATIENTER
OM SEXUALITET OCH
SEXUELL HÄLSA**

En litteraturbaserad studie

**REGISTERED NURSES
EXPERIENCE TO TALK TO
PATIENT ABOUT SEXUALITY
AND SEXUAL HEALTH**

A literaturebased study

Examensarbete inom huvudområdet omvårdnad

Grundnivå

15 Högskolepoäng

Vårtermin År 2013

Författare: Cecilia Börjesson
Jessica Larsson

SAMMANFATTNING

Titel:	Sjuksköterskors uppfattningar om att samtala med patienter om sexualitet och sexuell hälsa – en litteraturbaserad studie
Författare:	Börjesson, Cecilia; Larsson, Jessica
Institution:	Institutionen för vård och natur, Högskolan i Skövde
Program/kurs:	Sjuksköterskeprogrammet, Examensarbete i omvårdnad, OM525G, 15 hp
Handledare:	Karlsson, Christina
Examinator:	Westin, Lars
Sidor:	20
Nyckelord:	hinder, omvårdnad, samtal, sexualitet, sexuell hälsa

Bakgrund: Under hela livet är sexualitet en central aspekt av att vara mänsklig och för att kunna uppleva en fullständig och god hälsa. Flertalet sjukdomar och behandlingar kan ge upphov till problem relaterade till sexualitet och den sexuella hälsan. Trots detta har forskning visat att sjuksköterskor av olika anledningar väljer att inte ta upp ämnet med sina patienter. **Syfte:** Syftet med denna litteraturbaserade studie var att belysa sjuksköterskors uppfattningar om att samtala med patienter om sexualitet och sexuell hälsa. **Metod:** Litteraturbaserad studie där både kvalitativa och kvantitativa studier har använts. **Resultat:** Fyra kategorier bildades; *Yrkesansvar och kompetens*, *Sjuksköterskans föreställningar om patienten*, *Organisation och arbetsmiljö* och *Kultur och religion*. Huvudresultatet visade att majoriteten av sjuksköterskorna anser att det ligger på deras ansvar att samtala om sexualitet och sexuell hälsa med patienten. De hinder som kunde identifieras kunde kopplas till sjuksköterskans privata föreställningar om patienten och dennes religion och kultur, samt brist på kunskap, erfarenhet och organisation och arbetsmiljö. **Konklusion:** Mer forskning behövs inom området med syfte att ta reda på bakomliggande orsaker till de hinder som upplevs av sjuksköterskorna.

ABSTRACT

Title: Registered Nurses experience to talk with patients about sexuality and sexual health – a literature based study

Author: Börjesson, Cecilia; Larsson, Jessica

Department: School of Life Sciences, University of Skövde

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

Supervisor: Karlsson, Christina

Examiner: Westin, Lars

Pages: 20

Keywords: barriers, communication, nursing, sexuality, sexual health

Background: Throughout life, sexuality is a central aspect of being human and to experience a full and healthy. Several diseases and treatments can cause problems related to sexuality and sexual health. Despite this, research has shown that nurses, for various reasons choose not to take up the subject with their patients. **Aim:** The aim of this literature-based study was to illuminate nurses' experiences of talking with patients about sexuality and sexual health. **Method:** A literature-based study where both qualitative and quantitative studies, have been used. **Results:** Four categories were formed: Professional liability and competence, nurse perceptions of patient, organization and work environment and culture and religion. The main results showed that the majority of nurses believe that it is their responsibility to talk about sexuality and sexual health of the patient. The obstacles that were identified could be linked to nurse private beliefs about the patient and their religion and culture, and lack of knowledge, experience and organization and work environment. **Conclusions:** More research is needed in the area in order to find out the underlying causes of the barriers experienced by nurses.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Sexualitetens historia	1
Sexualitet och sexuell hälsa	2
Sexualitet och sexuell hälsa i vården	3
Sexuellt lidande relaterat till ohälsa	3
Samtal om sexualitet	4
Sjuksköterskans yrkesutövning	4
PROBLEFORMULERING	5
SYFTE	5
Frågeställningar	6
METOD	6
Urval	6
Inklusionskriterier	6
Exklusionskriterier	6
Datainsamling	6
Analys	8
FORSKNINGSETISKA ASPEKTER	8
RESULTAT	9
Yrkesansvar och kompetens	9
Sjuksköterskans föreställningar om patienten	11
Organisation och arbetsmiljö	12
Kultur och religion	13
Resultatsammanfattning	15
DISKUSSION	16
Metoddiskussion	16
Resultatdiskussion	17

Slutsats	20
Kliniska implikationer	20
REFERENSER	21
BILAGOR	
Bilaga 1. Granskningsmall för kvalitetsbedömning av kvantitativa studier	
Bilaga 2. Granskningsmall för kvalitetsbedömning av kvalitativa studier	
Bilaga 3. Artikelmatris	

INLEDNING

Under hela livet är sexualitet en central aspekt av att vara mänsklig och för att kunna uppleva en fullständig och god hälsa (Olsson, Berglund, Larsson & Athlin, 2012; Southard & Keller, 2009; Quinn, Happel & Browne, 2011). Sexualiteten omfattar sex, könsidentitet och roller, sexuell läggning, erotik, njutning, intimitet och reproduktion (Världshälsoorganisationen [WHO], 2013). Enligt ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (2006) har sjuksköterskan ett ansvar att förebygga sjukdom, främja hälsa, lindra lidande samt återställa hälsa i alla dess former. Många sjukdomar och behandlingar kan påverka den sexuella hälsan och den sexuella förmågan. Trots detta tycks sexualitet och sexuell hälsa vara ett negligerat samtalsämne inom vården (Olsson et al., 2012). Forskning har visat att sjuksköterskor av olika anledningar väljer att inte ta upp sexualitet och sexuell hälsa med sina patienter (Higgins, Barker & Begely, 2006; Hordern & Street, 2007; Quinn et al., 2011). Detta trots att patienter önskat initiativtagande och tillfälle till samtal om sin sexuella hälsa (Maddowall et al., 2010). Det är viktigt att barriärer för bedömning av samt kommunikation om patientens sexualitet identifieras och synliggörs för att kunna ge patienter den vård de har rätt till. Därför är det viktigt att synliggöra sjuksköterskors attityder och förhållningssätt till ämnet och samtalet om sexualitet.

BAKGRUND

Sexualitetens historia

Sexologi är läran om människans sexualitet. Sexualitet som vetenskap och kunskapsområden utvecklades under 1800-talet i Europa då den medicinska vetenskapen började intressera sig för ämnet (Johannisson, 2010). Synen på sexualiteten har varierat mycket med tiden och till en början var sex ett behov som var lika viktigt och naturligt som att äta och dricka (Hulter, 2004). Under medeltiden fick man dock en mycket konservativ syn på sexualitet. Alla avvikande sexuella beteenden fördömdes och man kunde då bli anklagad för häxeri vilket kunde leda till döden. I den tidiga kristendomen förespråkades celibat, men tillslut tvingades kyrkan acceptera den äktenskapliga sexualiteten för fortplantningens skull (Johannisson, 2010).

Under 1600- och 1700-talet skapades en mer öppen hållning till sexualiteten och under 1700-talet var den främsta plikten för varje äkta par att sätta barn till världen (Johannisson, 2010). Kvinnan sågs som en asexuell varelse och sexualiteten som synd ersattes gradvis av att det icke äktenskapliga umgänget var skadligt för hälsan (Larsson, 2002). Under 1900-talets början växte en ny syn på kvinnans sexualitet fram. Känslorna jämfördes inte med mannens sexualdrifter, men man ansåg att en normal kvinna kunde ha sexuella känslor (Lennerhed, 2002).

Under slutet av 1800-talet uppkom i USA samt Europa ett antal sexreformrörelser. Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU) var ett av förbunden som dök upp i Sverige. RFSU krävde sexualupplysning för allmänheten, fria aborter, sterilisering och

preventivmedel. De krävde även att sexualupplysning skulle införas i skolplanen, att homosexuella kontakter skulle bli lagliga och att rådgivningsbyråer skulle upprättas i hela Sverige. Syftet med detta var att förebygga sjukdomar och ohälsa genom att sprida kunskap (Lennerhed, 2002).

Sexualitet och sexuell hälsa

Hälsa är ett begrepp som kan definieras på många olika sätt (Dahlberg & Segesten, 2010). Travelbee (1971) definierar hälsa som ett tillstånd som innefattar en människas fysiska, psykiska och andliga välbefinnande och menar att varje människa ska ses som unik då hennes upplevelse av hälsa och välbefinnande är subjektiv och varierar från person till person.

Varje enskild människa föds med en sexualitet som utvecklas och förändras under livets gång och sexualitet utgör alltid en viktig del av människans identitet (Higgins et al., 2006; Hulter, 2004). WHO antog år 2002 en definition av sexualitet samt sexuell hälsa.

Sexuality is a central aspect of being human throughout life and encompasses sex, gender identities and roles, sexual orientation, eroticism, pleasure, intimacy and reproduction. Sexuality is experienced and expressed in thoughts, fantasies, desires, beliefs, attitudes, values, behaviors, practices, roles and relationships. While sexuality can include all of these dimensions, not all of them are always experienced or expressed. Sexuality is influenced by the interaction of biological, psychological, social, economic, political, cultural, ethical, legal, historical, religious and spiritual factors (WHO, 2013).

Sexualitet är ett behov som varje människa behöver få ge uttryck för (Hulter, 2009). Maslow (1943) belyser sexualiteten som ett grundbehov som behöver tillfredsställas för att välbefinnande ska kunna uppnås. Enligt Maslow är sexualitet ett mänskligt fysiologiskt behov centralt för människans överlevnad, Behovet av sexualitet måste uppfyllas innan högre behov så som trygghet, tillhörighets- och kärleksbehov och självförverkligande kan uppfyllas (a.a.). Hulter (2009) menar att de allra flesta människor upplever sexualiteten som en värdefull och betydande del av sina liv. Sexualitet skapar möjligheter för hälsa, glädje och gemenskap, komponenter som varje människa behöver hantera med ansvar och omsorg för att kunna dra nytta av dess stärkande hälsoeffekter.

Det är omöjligt att dra en tydlig gräns mellan sexualitet och sexuell hälsa då en välfungerande sexualitet med kärlek och respekt är en del av den sexuella hälsan. WHO definierar sexuell hälsa enligt:

Sexual health is a state of physical, emotional, mental and social well-being in relation to sexuality; it is not merely the absence of disease, dysfunction or infirmity. Sexual health requires a positive and respectful approach to sexuality and sexual relationships, as well as the possibility of having pleasurable and safe sexual experiences, free of coercion, discrimination and violence. For sexual health to be attained and maintained, the sexual rights of all persons must be respected, protected and fulfilled (WHO, 2013).

WHO's definitioner visar tydligt hur sammansatt sexualiteten är för människan. Synen på sexualitet varierar mellan olika kulturer baserat på bland annat ålder, kön, sexuell läggning och etniskt ursprung finns det i varje samhälle flera olika sexualmoralistiska norm- och värdesystem som på olika sätt kontrollerar individens sexualitet (Johannisson, 2010). År

2002 kom därför WHO med en definition av sexuella rättigheter. I dessa står bland annat angivet att sexuella rättigheter innefattar mänskliga rättigheter som redan finns erkända i nationella lagar, dokument för mänskliga rättigheter samt andra överenskommande dokument. De sexuella rättigheterna inkluderar rätten för att människor, fria från förtryck, diskriminering och våld till bland annat sexualupplysning och sexuell och reproduktiv hälsovård (WHO, 2013).

Sexualitet och sexuell hälsa i vården

Inom den svenska hälso- och sjukvården handlade sexuell hälsa länge om att främja reproduktion och innefattade mödrahälsovård och barnhälsovård. På senare tid har dock särskilda hot gentemot den sexuella hälsan uppmärksammats så som sexuellt överförbara sjukdomar, sexuellt våld samt sexuella dysfunktioner. Detta har inneburit att sjukvården idag har vidgat sin syn på sexuell hälsa (Hulter, 2009). Inom vården behandlas sexuell hälsa av flera olika professioner så som läkare, barnmorskor, gynekologer, terapeuter samt sjuksköterskor (Löfgren-Mårtensson & Fugle-Meyer, 2010). För sjuksköterskor är patientens sexuella hälsa högst aktuell då patienter med sexuella problem kan mötas i flera olika kontexter inom vården (a.a.). Forskning har även visat att sjuksköterskan spelar en allt större roll för sexuell hälsa och rådgivningen som krävs för att uppnå en god sådan (Higgins et al., 2006).

En stor del av vården handlar om att göra patienten delaktig, ge undervisning och kommunicera på ett tryggt sätt. Undervisning och kommunikation som ligger inom sjuksköterskans ansvar och bör således även inbegripa samtal om sexualitet och sexuell hälsa. Sexualitet påverkas av människans fysiska och psykiska hälsa i hög grad. Med hänsyn till detta bör sjuksköterskan därför uppmärksamma sexuella aspekter i sitt omvårdnadsarbete för att kunna ge patienten omvårdnad utifrån ett helhetsperspektiv (Hulter, 2009).

Sexuellt lidande relaterat till ohälsa

De vanligaste riskfaktorerna som kan orsaka sexuella problem är alkohol, rökning och droger (Hulter, 2004). Även diabetes (Rockliffe-Fidler & Kiemle, 2003) och hjärt- och kärlsjukdomar (Crumlish, 2004) kan förknippas med sexuella problem. Även läkemedel kan påverka den sexuella lusten såväl som den sexuella förmågan. Läkemedel som antiepileptika, antidepressiva, antihypertensiva, cytostatika och neuroleptika är exempel på sådana läkemedel (Higgins, Barker & Begely, 2005; Hulter, 2004). Dessa läkemedel kan ge biverkningar som nedsatt sexuell lust, impotens, svårighet att ejakulera eller få orgasm samt infertilitet. Vårdens kunskap och kännedom om läkemedelsbiverkningar är dock begränsad då få patienter väljer att rapportera dessa (Hulter, 2004).

Sjukdomar som Multipel Skleros (Gigliardi, 2003), Parkinsons sjukdom och stroke kan påverka rörelseförmågan och kan på så vis påverka sexualitet (Hulter, 2004). Även patienter med tarmsjukdomar har rapporterats varit otillfredsställda med sitt sexliv. En stor patientgrupp som ofta drabbas av sexuella besvär är patienter med cancer (Hordern & Street, 2007; Olsson et al., 2012; Southard & Keller, 2009). Tumörer kan drabba kroppens alla organ och då även de som påverkar kärlekslivet som bröst, prostata, testikel och

underliv. Personer med njursjukdom kan få en påverkan på sin sexlust då hormonförändringar kan leda till nedsatt sexuell lust (Hulter, 2004).

Människan kan utöver kroppsliga lidanden även drabbas av psykiska eller existentiella problem som depression, sorg, ilska och skuld känslor vilka negativt kan påverka den sexuella lusten (Quinn et al., 2011). Det är även viktigt att ha i åtanke att vuxnas sexuella problem drabbar den eventuella partnern i ett förhållande (Hulter, 2009).

Samtal om sexualitet

Kommunikation och samtal är essentiella delar i alla patientmöten inom hälso- och sjukvården och skapar förbindelse och relation mellan patient och sjuksköterska (Dahlgren & Segesten, 2010; Eide & Eide, 2009; Wiklund, 2008). Vårdrelation bör bygga på trygghet och tillit för att kunna ligga till grund för en väl fungerande kommunikation (Attree, 2001; Wiklund, 2008). I kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska beskrivs att sjuksköterskan ska ha en förmåga att på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt kommunicera med patienter (Socialstyrelsen, 2005). En god kommunikation är öppen och delas lika mellan sjuksköterska och patient och detta i samband med tillit och trygghet bidrar till att patienter kan diskutera sina privata problem och sin oro på ett djupare plan (Attree, 2001). Travelbee (1971) framhåller också vikten av kommunikation i det praktiska omvårdnadsarbetet och att det är via samtalet som den mellanmännsliga relationen skapas mellan patient och vårdare.

När samtalet berör ämnen som kan upplevas som känsliga och privata som samtal om sex och sexualitet är det viktigt att sjuksköterskan närmar sig med försiktighet. För att kunna föra ett samtal om sexualitet krävs ett öppet förhållningssätt och att man som sjuksköterska känner sig trygg i sin egen sexualitet samt i rollen att leda ett sådant samtal (Quinn et al., 2011). Tidigare forskning visar att många sjuksköterskor känner ett obehag inför att föra patientens sexuella anamnes och status på tal (Hulter, 2004). Tidigare forskning har även visat att det finns ett behov hos patienterna om information gällande deras sexuella hälsa (Higgins et al., 2006; Southard & Keller, 2009). Southard & Keller (2009) menar att detta dock är något som få sjuksköterskor lyckas tillgodose. I samtal om sexualitet riskerar sjuksköterskan att synliggöra sina egna värderingar vilket försvårar för patienten som då kan känna sig förbisedd och därför inte bekväm att tala om sina problem. Detta i sin tur ökar risken för att patienten ska gå miste om en god vård (Fugle-Meyer & Sandström, 2010).

Sjuksköterskans yrkesutövning

Sjuksköterska ska arbeta utifrån ett holistiskt perspektiv. Vilket innebär att hon i möjligaste mån ska tillgodose de basala och specifika omvårdnadsproblem som finns hos varje enskild patient (Povlsen & Borup, 2011). I sjuksköterskans ansvarsområde ingår att hon ska se till kulturella, andliga, sociala samt fysiska och psykiska omvårdnadsbehov. Sjuksköterskan ska främja en god dialog med patienten samt patientens närstående samt att hon ska förse dem med sådan informationen de kan vara i behov av. Sjuksköterskan ska även ha en god förmåga att kommunicera på ett respektfullt sätt med empati och lyhördhet (Socialstyrelsen, 2005).

Sjuksköterskan har en skyldighet och ett ansvar att dokumentera allt som inbegriper patientens vård. Dokumentation ska utföras på ett sådant sätt att det tryggar patientens säkerhet och ger ett underlag för fortlöpande utvärdering och revidering av omvårdnadsinsatserna (Wiklund, 2008). Enligt modellen för välbefinnande, integritet, prevention och säkerhet (VIPS) som används i de flesta vårdsammanhang i Sverige finns "Sexualitet/Reproduktion" som sökord. Detta är inte enbart ett sökord för fysiologiska funktioner som klimakterium, menstruationer och blödningar utan också ett sökord för psykologiska dimensioner som störningar, krav och förväntningar (Ehnfors, Ehrenberg & Thorell-Ekstrand, 2000). Forskning visar att många sjuksköterskor anser att det ingår i deras arbete att tala om sexualitet med patienter men detta till trots så är det få som tar upp frågan i praktiken och sökordet utelämnas ofta i journalanteckningar (Higgins et al., 2006; Macdowall et al., 2010; Quinn et al., 2011). Hulter (2009) menar att dagens exponering av sexualitet i media borde medföra att vårdpersonalens beredskap avseende sexuella frågor ökat vilket det tyvärr inte gjort.

PROBLEMFORMULERING

Trots att samtal med patienten utgör en betydande del av sjuksköterskans dagliga omvårdnadsarbete så finns det ämnen som av olika orsaker sällan berörs, som till exempel sexualitet och sexuell hälsa. Om sjuksköterskan undviker att initiera till sådant samtal förlorar patienten möjligheten till hjälp och delaktighet i sin sexuella hälsa och kan detta orsaka ett stort lidande för patienten. Trots att forskning tidigare visat på vikten av att föra samtal om sexualitet och sexuell hälsa och att många sjuksköterskor ställer sig positiva till ämnet står många sjuksköterskor idag osäkra inför uppgiften. Forskningen visar att samtal om sexualitet och sexuell hälsa är ämnen som sjuksköterskan tycker är svåra att föra med patienter.

I dagens hälso- och sjukvård söker patienter på egen hand allt mer information om effekterna av sjukdom och behandling. Information söks även om påverkan på den sexuella funktionen. För att undvika onödig oro och lidande har sjuksköterskor ett ansvar att aktivt samarbeta med patienterna om deras eventuella sexuella hälsoproblem på ett känsligt sätt. Det kan därför anses viktigt att barriärer som hindrar bedömning av samt kommunikationen om patientens sexualitet identifieras och synliggörs. Fokus för denna studie är därför att belysa sjuksköterskors erfarenheter om att samtala med patienter om sexualitet och sexuell hälsa för att dessa hinder ska kunna överbryggas och för att det ska bli ett mer naturligt ämne att samtala om.

SYFTE

Syftet med studien var att belysa sjuksköterskors uppfattningar om att samtala med patienter om sexualitet och sexuell hälsa.

Frågeställningar

1. Hur uppfattar sjuksköterskor samtal med patienter om sexualitet och sexuell hälsa?
2. Vad är det som hindrar sjuksköterskor från att föra samtal om sexualitet och sexuell hälsa?

METOD

Detta examensarbete genomfördes som en litteraturbaserad studie. En litteraturbaserad studie innebär att systematiskt söka, kritiskt granska samt att sammanställa litteratur inom ett valt ämne eller ett specifikt problemområde. Syftet är att åstadkomma en syntes av resultat från tidigare genomförda studier samt att presentera en översikt av det aktuella undersökningsområdet (Forsberg & Wengström, 2003). Syftet för studien utformades i avsikt att få en tydlig avgränsning av det valda problemområdet.

Urval

Begränsningar gjordes till de senaste tio åren då vi önskade ta del av den senaste forskningen inom området. Artiklarna skulle vara vetenskapligt granskade, och abstract skulle finnas tillgängliga. Artiklar som fokuserade på sjuksköterskans perspektiv och personliga inställningar till att tala om sexualitet med ursprung från kultur likt den västerländska valdes ut. Både kvantitativa och kvalitativa artiklar kom att tas i beaktande i urvalet. Även manuell sökning blev aktuellt utifrån de lästa artiklarnas referenslistor för att undvika hänvisning till sekundärkällor.

Inklusionskriterier

Fokus för denna studie skulle ligga på sjuksköterskans erfarenheter. Artiklarna skulle vara vetenskapliga, publicerade mellan 2002 och 2012 samt skrivna på engelska och vara vetenskapligt granskade. Både kvalitativa och kvantitativa artiklar inkluderades i resultatet.

Exklusionskriterier

Exklusionskriterier var artiklar från Asien, Afrika och Sydamerika då författarna önskade ta del av studier vars resultat kunde överföras till den västerländska och svenska sjukvården. Artiklar vars studie fokuserat på patienters upplevelser eller artiklar som fokuserade på andra professioner som läkare eller terapeuter exkluderades också då det var sjuksköterskans perspektiv som skulle belysas. Litteraturöversikter var inte av intresse då författarna önskade grunda sitt resultat på primärkällor för att öka validitet och reliabilitet. Med dessa inklusions- och exklusionskriterier blev urvalet även mer jämförbart med sjuksköterskornas arbete i Sverige.

Datainsamling

Denna studie var en litteraturbaserad studie i omvårdnad, vilket innebär att insamlat datamaterial har granskats och analyserats för att sedan sammanställas i ett resultat

(Forsberg & Wengström, 2003). Artiklarna söktes i databasen CINAHL med hjälp av sökorden *sexuality, sexual health, nursing, communication, talk, barrier, counseling*. Sökorden har kombinerats genom användandet av den booleska termen AND samt trunkering för att vidga sökresultatet i de fall då de specifika sökorden gav för få träffar. Manuell sökning gjordes utifrån de funna artiklarnas referenslistor. Resultatet är baserat på 15 artiklar, publicerade mellan 2002 och 2012. De artiklar som ligger till grund för denna studies resultat presenteras närmare i bilaga 3.

I tabell 1 presenteras de gjorda datasökningarna. Sökningar som inte gav resultat presenteras inte i tabellen. Sökningar markerade med asterisk innebär att en eller flera artiklar återkommit i de gjorda sökningarna.

Tabell 1. Litteratursökning

Datum	Databas	Sökord	Träffar	Abstrakt	Fulltext	Antal valda
130115	CINAHL	Barriers adressing patient sexuality	4	4	2	1
130115	CINAHL	Communcation barrier sexuality	395	12	4	2
130116	CINAHL	Nurses sexuality	58	12	6	4*
130116	CINAHL	Sexual counseling nurses	9	9	2	2*
130121	CINAHL	Sexual health AND nurse AND discussing	20	8	6	5*
130121	CINAHL	Sexual AND counseling AND nurs*	27	10	3	1
130121	CINAHL	Sexual AND counseling AND barrier*	16	8	1	1
130121	CINAHL	Sexual health AND issues AND discussing	68	14	6	4*
130124	CINAHL	Sexual health AND nurs* AND barrier*	23	7	5	4*
130124	CINAHL	Discussing AND Sex* AND barrier*	36	10	6	4*
130124	CINAHL	Nurs* AND attitude AND sexual health	78	12	8	6*

Analys

Efter att artiklarna valdes ut började arbetet med en systematisk granskning av dessa. Att systematiskt granska en artikel innebär att studierna värderas genom granskning av urvalsförfarande, undersökningsgruppens storlek, instrument som använts vid studien samt studiens resultat (Forsberg & Wengström, 2003). Granskning av artiklar gjordes utifrån en modifierad granskningsmall för kvalitetsbedömning av kvalitativa och kvantitativa artiklar skapad av Willman, Stoltz och Bhatsevani (2006) (Bilaga 2). Att kvalitetsbestämma inkluderade artiklar leder till en högre validitet och reliabilitet för denna studie. Artiklar som bedömts vara av hög (Grad I) eller medel (Grad II) kvalitet har valts. Granskningsmallarna bestod av enkla men kritiska ja och nej frågor där ja gav ett poäng och nej gav noll poäng. Den totala poängsatsen dividerades med den maximala poängsatsen som kunde uppnås för att få fram procentsatsen som avgjorde om artikeln höll låg, medel eller hög kvalitet. 14 av de 15 artiklarna graderas till hög kvalitet och den femtonde till medel.

Analysen genomfördes sedan i olika steg utifrån Friberg (2006). I det första steget lästes artiklarna igenom upprepade gånger för att få en känsla av deras helhet. Fokus lades på studiernas resultat och konklusioner. Därefter identifierades nyckelfynden i var artikel och en sammanfattning av varje studie skapades. I nästa steg granskades de olika sammanfattningarna med varandra i avseende att identifiera likheter och skillnader i studiernas resultat. Fynd som påminde om varandra bildade sedan en kategori och sammanlagt bildades fyra olika kategorier. Dessa namngavs och fick sedan bilda denna studies resultat. För att göra materialet mer hanterbart färgkodades de olika kategorierna för att tydliggöra vilken artikel som innehöll information intressant för studiens resultat.

FORSKNINGSETISKA ASPEKTER

Inom all vetenskaplig forskning som innefattar människor måste särskild hänsyn tas till vissa etiska aspekter, detta anses extra viktigt i omvårdnadsforskning och kan komma att kräva godkännande från en etisk nämnd (Forsberg & Wengström, 2003; Polit & Beck, 2011). Då denna studie inte innebar någon empirisk undersökning krävdes dock inget tillstånd från etiska nämnden men samtliga studier har granskats med etisk medvetenhet för att ett sanningsenligt resultat skulle kunna presenteras.

Studien har baserats på tidigare forskares vetenskapliga artiklar samt resultat. Dessa har alla varit etiskt granskade utifrån gällande forskningsetiska principer eller granskade utifrån etiska aspekter i enighet med Helsingforsdeklarationen vilket är ett krav vid forskning som inbegriper människor (Medicinska Forskningsrådet [MRF], 2003). Vid en litteraturbaserad studie gäller etiska ställningstaganden som att hantera och redovisa referenser på ett korrekt sätt, att inte fabricera, falsifiera data eller plagiera delar av andras arbete (Vetenskapsrådet, 2010).

RESULTAT

Efter att ha sammanställt de granskade artiklarna med syftet att belysa sjuksköterskors uppfattningar om att samtala med patienter om sexualitet och sexuell hälsa samt vad som hindrar dessa samtal kunde fyra kategorier identifieras. Dessa var *Yrkesansvar och kompetens*, *Sjuksköterskans föreställningar om patienten*, *Organisation och arbetsmiljö* samt *Kultur och religion*. Varje kategori beskrivs i resultatet samt presenteras med illustrerade citat från det insamlade datamaterialet.

Yrkesansvar och kompetens

Flertalet av de granskade artiklarna resonerade kring ansvarsfrågor när det gällde att samtala med patienten om dennes sexualitet och sexuella hälsa. Flera av studierna visade att sjuksköterskorna uppfattade att samtal om sexualitet och sexuell hälsa är en del av yrkesrollen (Gott, Galena, Hincliff & Elford, 2004; Haboubi & Lincoln, 2003; Hoekstra, Leesman-Leegte, Couperus, Sanderman & Jaarsma, 2012; Jaarsma et al., 2010; Lavin & Hyde, 2006; Magnan, Reynolds & Galvin, 2005; Vassiliadou, Stamatopoulou, Triantafyllou, Toulia & Pistolas, 2008) och att sexuell hälsa är eller bör vara en del av den holistiska vården (Gott et al., 2004; Haboubi & Lincoln, 2003;). En av sjuksköterskorna uttryckte:

If we're going to look after people as a whole then that [sex] is part of it, part of life and we can't ignore it. (Gott et al., 2004, s.530)

Samtidigt visade majoriteten av studierna att ämnet sällan diskuterades med patienterna (Haboubi & Lincoln, 2003; Hoekstra et al., 2012; Hordern & Street, 2007; Jaarsma et al., 2010; Lavin & Hyde, 2006; Nakopolou, Papaharitou & Hatzichristou, 2009; Stead et al., 2003; Vassiliadou et al., 2008). I studien gjord av Stead et al (2003) samt den gjord av Hordern och Street (2007) gav deltagarna svaret att det inte var deras ansvar att prata med patienter om sexualitet. Den allmänna uppfattningen var att ”någon annan” skulle göra det. Majoriteten av de som hade denna uppfattning kunde dock inte uppge vem som borde ha eller hade det ansvaret. En sjuksköterska i Nakopolous et al. (2009) studie uttryckte dock:

. . . . Talking about sexual health issues is beyond my duties . . . , physicians should provide information. (Nakopoulou et al., 2009, s.2128)

I en svensk studie utförd av Saunamäki et al. (2010) hänvisade 28 % av sjuksköterskorna patienterna vidare till läkare eller annan specialist medan 36 % hänvisade patienten vidare i den amerikanska studien gjord av Magnan et al. (2005). Liknande fynd återfanns i studien gjord av Julien et al. (2010), där majoriteten av deltagarna alltid hänvisade patienten vidare till andra professioner för samtal om sexualitet och sexuell hälsa.

Jaarsma et al. (2010) utförde en studie på 157 sjuksköterskor från 23 olika länder och fann att 13 % av sjuksköterskorna i studien upplevde det opassande för sjuksköterskor att diskutera patientens sexualitet i de allra flesta situationer. Ingen av deltagarna i studien resonerade dock kring när det kunde ses som passande att ta upp ämnet. 44 % av sjuksköterskorna i Magnans et al (2005) studie uppgav att ämnet endast skulle diskuteras

om patienten själv initierade ämnet. Även Julien et al. (2010) fann denna uppfattning vanlig. Saunamäkis et al. (2010) studie visade att hela 63 % av deltagarna i studien delade denna uppfattning. Doherty et al. (2011) fann i sin studie att den allmänna tron som rådde bland deltagarna var att de inte trodde att patienten väntade sig att bli frågade om deras eventuella sexuella problem. Samma fynd återfanns i studien gjord av Julien et al. (2010) och i den av Jaarsma et al. (2010).

I Saunamäkis et al. (2010) svenska studie uppgav 92 % av de tillfrågade sjuksköterskorna att de förstod hur patientens sjukdom och behandling kunde påverka den sexuella hälsan. Även 86 % av deltagarna i Magnans et al. (2005) studie från USA uppgav att de förstod och visste detta.

Flera av studierna har visat på hur sjuksköterskornas egna personliga egenskaper påverkar i vilken mån sexualiteten diskuteras eller inte (Haboubi & Lincoln, 2003; Magnan et al., 2005; Jaarsma et al., 2010, Saunamäki et al., 2010, Stead et al., 2003; Vassiliadou et al., 2008).

Enlig Stead et al. (2003) var en de vanligaste orsakerna till att samtal om sexualitet och sexuell hälsa inte initierades att deltagarna inte upplevde att de hade rätt kunskap för att föra ett sådant samtal. Liknande fynd återfanns i studier gjorda av Haboubi och Lincoln (2003), Lavin och Hyde (2006), Vassiliadou et al (2008), Jaarsma et al (2010), Julien et al. (2010), Doherty et al. (2011) och Akinci (2011). Bristen på kunskap och rädsla för att inte kunna svara på patientens frågor relaterade till sexualitet och sexuell hälsa var ett återkommande fynd (Akinci, 2011; Doherty et al., 2011; Jaarsma et al., 2010; Julien et al., 2010; Stead et al., 2003).

Sjuksköterskornas erfarenheter var en betydande faktor i både studien gjord av Magnan et al. (2005), Haboubi och Lincoln (2003), Stead et al. (2003) och Julien et al. (2010). Haboubi och Lincoln (2003) fann att äldre sjuksköterskor kände sig mer bekväma än yngre när det kom till att samtala om sexualitet och sexuell hälsa samt att de var mindre påverkade av patientens ålder än vad yngre sjuksköterskor var. Julien et al. (2010) fann även de att yngre sjuksköterskor kände sig mer obekväma på grund av deras korta tid i och erfarenhet av omvårdnaden. Magnans et al. (2005) studie visade dock på den raka motsatsen att äldre sjuksköterskor var mer benägna än yngre att känna sig obekväma med att samtala om sexualitet. Saunamäkis et al. (2010) studie påvisade en tydlig relation mellan antal arbete år som sjuksköterska och hur bekväma sjuksköterskorna var med att samtala om sexualitet och sexuell hälsa. Skillnader har även påvisats inom specialiteter som kardiologi där deltagarna i Vassiliadous et al. (2008) undersökning med mer än fem års erfarenhet inom kardiologi kände sig mer bekväma i att samtala om sexualitet än de med mindre än fem års erfarenhet. Jaarsma et al. (2010), som även de undersökte kardiologisjuksköterskors upplevelser, fann dock till skillnad från Vassiliadou et al. (2008) ingen signifikant statistisk relation mellan sjuksköterskors komfortnivå och antal arbetade år.

I flera av studierna framkom det att sjuksköterskornas brist på kunskap och utbildning inom ämnet sexologi var en bidragande barriär till varför samtal inom ämnet aldrig eller sällan initierades med patienten (Akinci, 2011; Doherty et al., 2011; Gott et al., 2004; Haboubi & Lincoln, 2003; Jaarsma et al., 2010; Lavin & Hyde, 2006; Stead et al., 2003). I Jaarsmas et al. (2010) studie upplevde en femtedel av de tillfrågade sjuksköterskorna att de inte alls hade någon kunskap om sexualitet och sexuell hälsa och 79 % av deltagarna i

Haboubi och Lincolns (2003) studie upplevde att de saknade utbildning inom området. Jaarsmas et al. (2010) studie visade även att sjuksköterskor som hade vidareutbildning inom sexualitet och sexuell hälsa upplevde högre grad av självsäkerhet, komfort och känsla av ansvar att samtala med sina patienter om sexualitet jämfört med de som inte hade sådan vidareutbildning. I studien gjord av Doherty et al. (2011) uppgav 50 % av deltagarna att de behövde mer träning och kunskap om sexualitet och sexuell hälsa för att kunna känna sig bekväma med att föra ett samtal med patienterna om detta. Nakopolou et al. (2009) fann dock i sin studie att även om kunskap om sexualitet och sexuell hälsa fanns så var det många sjuksköterskor som inte visste hur de skulle ta upp ämnet med patienterna.

No-one ever taught me how to approach the patient on that issue [sexuality] . . . even if I have the information I need to know how I can provided it to the patient.
(Nakopoulou et al., 2009, s.2129)

Ett par av studierna tog även upp sjuksköterskornas genus som en påverkande faktor som hindrade samtal med patienter om sexualitet och sexuell hälsa. Haboubi och Lincoln (2003) fann en tydlig skillnad mellan män och kvinnor där kvinnor var mer benägna än män att uppleva det pinsamt att samtala med patienter om sexualitet och sexuell hälsa. Vassiliadou et al. (2008) fann liknande resultat i sin studie där manliga sjuksköterskor visade sig ha en större känsla av självsäkerhet och kände sig mer bekväma i situationen än de kvinnliga.

Sjuksköterskans föreställningar om patienten

Flera studier fann att ett stort hinder för sjuksköterskan att föra samtal om sexualitet och sexuell hälsa var de egna föreställningarna om patienten (Doherty et al., 2011; Gott et al., 2004; Haboubi & Lincoln, 2003; Hoekstra et al., 2012; Hordern & Street, 2007; Jaarsma et al., 2010; Julien et al., 2010; Magnan et al., 2005; Nakopoulou et al., 2009; Saunamäki et al., 2010; Stead et al., 2003). Dessa föreställningar var dock inte bekräftade av patienterna själva men de hindrade sjuksköterskan från att initiera samtalet om sexualitet. De vanligaste föreställningarna som togs upp i samtliga av dessa studier baserades på patientens kön, ålder, relationsstatus, religion, språk och hälsostatus. Hela 44 % av deltagarna i Saunamäkis et al. (2010) studie upplevde att patienten var för sjuk för att vara intresserad av ett samtal om sexualitet och sexuell hälsa. Även sjuksköterskorna i Magnans et al. (2005) och Hordern och Streets (2007) studier rankade denna orsak högt bland hinder för att föra ett samtal om sexualitet.

Surviving . . . getting out of here [hospital] must be more important than all these personal issues. (Hordern & Street, 2007, s.226)

I Haboubi och Lincolns (2003) studie uppgav över hälften av sjuksköterskorna att patientens ålder påverkade om samtal om sexualitet initierades av sjuksköterskan eller inte. Även i Horden och Streets (2007) studie fann man att patientens ålder hade en stor inverkan. I Gotts et al. (2004) studie framkommer även här patientens ålder som en försvårande faktor och sjuksköterskorna uppgav att det var mer troligt att de skulle samtala om sexualitet och sexuell hälsa med en patient i 30-årsåldern än med en patient i 80-årsåldern. Sjuksköterskorna svarade även att de upplevde att en äldre patient lättare skulle ta illa vid sig eller känna sig kränkta av ett samtal om sexualitet och sexuell hälsa. En sjuksköterska uttryckte:

An old male patient will not discuss about it with a young female nurse, he views it as a taboo subject. (Nakopoulou et al., 2009, s.2128)

Både i studierna gjorda av Gott et al. (2004) och Nakopoulou et al. (2009) framkommer patientens kön som ett eventuellt hinder. Sjuksköterskorna i de båda studierna menade på att de fördrog att samtala med en patient av samma kön som de själva. En kvinnlig sjuksköterska uttryckte:

I would feel much more comfortable with a woman because I think would know what to say to her, whereas to the man, I don't know enough about the devices to help. (Gott et al., 2004, s.532)

Nakopoulou et al. (2009) fann i sin studie att en kombination av ålder och kön hos både sjuksköterska och patient kunde påverka om samtal om sexualitet och sexuell hälsa initierades eller inte. En ung sjuksköterska upplevde även rädsla för att hennes motiv skulle bli misstolkat.

...there is fear I think in female nurses, ... fear especially when you deal with young people having a health problem that your motives might be misunderstood... (Nakopoulou et al, 2009, s.2128)

Organisation och arbetsmiljö

Barriärer som ofta inte kan påverkas av sjuksköterskorna själva togs upp i flera av studierna (Haboubi & Lincoln, 2003; Hordern & Street, 2007; Doherty et al., 2011; Stead et al., 2003). Dessa faktorer som kunde relateras till organisation och arbetsmiljö hindrade ofta sjuksköterskorna från att samtala med sina patienter om sexualitet och sexuell hälsa.

67 % av sjuksköterskorna i Haboubi & Lincolns (2003) studie uppgav tidsbrist som en betydande påverkande faktor och likaså 38 % av sjuksköterskorna i Doherty et al. (2011) studie. I studien av Gott et al. (2004) uppgav en sjuksköterska att det krävdes tid för att bygga upp en god relation med patienten och att hon såg detta som essentiellt om hon skulle samtala om känsliga ämnen så som sexualitet och sexuell hälsa. Nakopoulou et al. (2009) fann även att sjuksköterskorna upplevde en tidsbrist till följd av den rådande arbetsbelastningen och att ämnet på grund av detta prioriterades bort. En sjuksköterska uttryckte:

No. Look, we don't have time and the workload does not allow us to think about these issues. In order to talk with the patient about sexual issues, you need time, personnel, privacy . . . you cannot talk in the ward in front of ten people. You need to have the appropriate environment. (s. 2128)

Knappt 30 % av deltagarna i Haboubi och Lincolns (2003) studie tog sig tid att samtala med sina patienter om sexualitet. Samma fynd återfanns i studien gjord av Magnan et al. (2005). I studierna gjorda av Stead et al. (2003), Vassiliadou et al. (2008) och Saunamäki et al. (2010) var det mellan 19 och 22 % av deltagarna som tog sig denna tid för samtal med patienten.

Brist på avskildhet var också det en faktor som försvårade för sjuksköterskorna, ett fynd som återfanns i både studierna av Stead et al. (2003), Hordern och Street (2003) samt den av Nakopoulou et al. (2009). Lavin och Hyde (2006) fann att sjuksköterskorna även upplevde att miljön runt omkring patienten försvårade initieringen av samtalet. Telefoner som ringde samt närheten till de andra patienterna på salen togs upp som betydande hinder i vårdmiljön.

Den rådande uppfattningen var att det inte fanns tid för sjuksköterskorna att samtala om sexualitet och sexuell hälsa ledde till att det blev en fråga om prioritering. I Gotts et al (2004) studie fann man att sjuksköterskor inom den engelska primärvården ansåg att ämnet sexualitet och sexuell hälsa hör till den holistiska vården men att ämnet sällan prioriterades i den praktiska omvårdnaden. Även Horden och Street (2007) tog upp frågan om prioritet och en sjuksköterska uttryckte det som att *“It is not life or death”*. Lavin och Hyde (2006) fann i sin irländska studie att majoriteten av deltagarna upplevde att samtal om sexualitet och sexuell hälsa var viktigt för patienter som fick kemoterapi, men att det inte prioriterades på grund av att biverkningarna från kemoterapin tog överhand. Att samtalet prioriterades bort på grund av sjukdom eller behandling stod också klart i Nakopoulous et al. (2009) studie där en sjuksköterska uttryckte:

. . . When there is a severe illness or a life threatening disease, sexual problems are not considered a priority. (s.2128)

I tre studier framkom det även att sjuksköterskorna saknade riktlinjer för vad samtal om sexualitet och sexuell hälsa skulle beröra (Doherty et al., 2011; Hoekstra et al., 2012; Stead et al., 2003) samt att sådana riktlinjer skulle vara en stor hjälp för de som finner dessa samtal svåra. 95 % av deltagarna i Dohertys et al. (2011) studie uppgav att det inte fanns några specifika riktlinjer för bedömning och rådgivning av sexuell hälsa efter koronara syndrom. 24 % av deltagarna i samma studie uttryckte att det behövdes specifika protokoll och riktlinjer för detta och 9 % uttryckte att de ville kunna dela ut skriftlig information om sexualitet till sina patienter. Även i Steads et al. (2003) studie uttryckte sjuksköterskorna en önskan om att ha skriftlig information tillgänglig för patienterna samt att det inte fanns någon rådande modell att följa för att samtala om sexualitet och sexuell hälsa. Hoekstra et al. (2012) fann även de i sin studie att 79 % av de sjuksköterskor som aldrig pratade med sina patienter om sexualitet inte hade någon organisatorisk policy att följa och att detta var en betydande barriär för dem.

Kultur och religion

I Jaarsmas et al. (2010) studie upplevde 67 % av deltagarna att deras patienter skulle bli upprörda av att få frågor om sin sexualitet och sexuella hälsa. Även deltagarna i Steads et al. (2003) studie upplevde att patienterna skulle bli kränkta av ett samtal som berörde ämnet sexualitet och sexuell hälsa.

Hoekstras et al. (2012) studie visade att 40 % av sjuksköterskorna upplevde att kultur och religion var ett stort hinder. Av de sjuksköterskor som faktiskt samtalade med patienter om sexualitet upplevde 68 % att kultur utgjorde ett hinder för samtalet och även att patientens etnicitet så som religion och språk (56 %) var en försvårande faktor. Gott et al. (2004) fann att sjuksköterskorna upplevde det extra svårt att samtala om sexualitet och sexuell hälsa med patienter från svarta och etniska minoritetsgrupper samt homosexuella.

Sjuksköterskorna diskuterade även sexualitet i mindre utsträckning med asiater och muslimer på grund av uppfattningen att man inte pratar om sådant inom dessa kulturer och religioner. En läkare i Gotts et al. (2004) studie fick medhåll från flertalet sjuksköterskor när han uttryckte:

I think maybe a lot of the Asian and similar folk probably have been brought up not to discuss these types of things because they were brought up in a less liberal society. (Gott et al., 2004, s.532)

Språksvårigheter, användandet av professionell tolk och familjemedlem som tolk var ytterligare en barriär till att samtala om sexualitet och sexuell hälsa (Gott et al., 2004).

I den irländska studien av Lavin och Hyde (2006) resonerade sjuksköterskornas kring hurvida den irländska kulturen inverkar på deras vilja att samtala om sexualitet eller inte. De menade att den katolska religionens syn på sexualitet och sexuell hälsa gjorde att det inte talades högt om ämnet. Goossens et al. (2011) jämförde danska, norska och belgiska sjuksköterskors tillämpning av sexuell rådgivning till hjärtpatienter och fann att de danska sjuksköterskorna gav sexuell rådgivning i mycket högre grad än sina norska och belgiska kollegor. De kände sig även mer bekväma med ämnet och detta troddes bero på att synen på sexualitet var mer avslappnad och fri i Danmark än Norge och Belgien där synen på sexualitet tenderar att vara mer åt det förtegn hållet.

Att sexualitet är ett högst privat ämne och inget att prata högt om visade sig vara en betydande barriär från sjuksköterskornas sida sett i flera av studierna (Gott et al., 2004; Haboubi & Lincoln, 2003; Jaarsma et al., 2010; Lavin & Hyde, 2006; Nakopoulou et al., 2009; Stead et al., 2003). Stead et al. (2003) fann i sin studie att det var en allmän uppfattning bland de brittiska sjuksköterskorna att sexualitet är ett tabubelagt ämne och inget man pratar om. I studien gjord av Nakopoulou et al. (2009) förklarade sjuksköterskorna att sexualitet och sexuell hälsa fortfarande är ett tabubelagt ämne i Grekland och att både patienter och sjuksköterskor därför tvekar inför att samtala om ämnet.

Två av studierna har använt sig av uttrycket att öppna en ”can of worms” (Gott et al., 2004; Stead et al., 2003). Genom att initiera ett samtal om sexualitet och sexuell hälsa så skapas automatiskt en situation som kommer vara komplicerad och otrevlig. En sjuksköterska i Gotts et al. (2004) studie uttryckte;

It is difficult, especially if it opens up a can of worms, because once you've opened up that can of worms you've got to follow it through, you can't then say oh 'I haven't time for this you need to make another appointment', you can't do that especially where it's sexual health that's involved. (Gott et al., s.531)

Saunamäkis et al (2010) svenska studie och Magnans et al (2005) amerikanska studie visade dock att ämnet inte alls sågs som tabubelagt eller för privat för att prata om.

De kulturella faktorerna hindrade ofta sjuksköterskorna i de granskade studierna från att samtala om sexualitet och sexuell hälsa. Ämnets känsliga karaktär ledde till att majoriteten av deltagarna valde att vänta på att patienterna skulle initiera till samtal (Lavin & Hyde, 2006; Jaarsma et al., 2010; Magnan et al., 2005; Stead et al., 2003).

Resultatsammanfattning

Majoriteten av studierna visade att sjuksköterskorna upplevde att samtal om sexualitet och sexuell hälsa med patienterna låg inom ansvarsområdet för sjuksköterskans profession, det var dock få av sjuksköterskorna som faktiskt tog upp ämnet till diskussion. Det största hindret som framkom ur de granskade artiklarna var direkt kopplade till sjuksköterskans stereotypa föreställningar om patienten. Ålder, kön, diagnos samt sexuell läggning och kulturell härkomst var faktorer som kunde hindra sjuksköterskan från att initiera ett samtal med patienten om dennes sexualitet och sexuella hälsa. Bristen på adekvat utbildning framkom även det som ett stort hinder för sjuksköterskan som eftersökte vidareutbildning inom ämnet. De granskade studierna gav även en gemensam bild om huruvida hinder relaterade till organisation och arbetsmiljö som tidsbrist, arbetsbelastning och avsaknaden av riktlinjer påverkade sjuksköterskan i initiativ till samtal. Många sjuksköterskor upplevde även att den rådande kulturen och religionen hindrade dem. Om ämnet sågs som tabu inom religionen och kulturen så undveks ämnet på grund av rädsla att kränka eller generera patienten.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Då syftet med denna litteraturbaserade studie var att belysa sjuksköterskans uppfattningar om att samtala med patienter om sexualitet och sexuell hälsa söktes artiklar relevanta för studiens syfte. Utifrån dessa artiklars referenslistor hittades ytterligare artiklar som ansågs svara på denna litteraturstudies syfte. Både kvalitativa och kvantitativa artiklar söktes för att få ett mer omfattande resultat att bygga föreliggande studie på. Då människans sexualitet och sexuella hälsa varit ett tabubelagt ämne genom historien har sökresultaten varit begränsade. Ett antal av dessa har dock inte varit tillgängliga i fulltext trots omfattande sökningar och detta har upplevts frustrerande för författarna. Trots hög kvalitet valdes ett antal artiklar bort då de fokuserade på andra professioner är sjuksköterskan och då sjuksköterskans ställning inte kunde identifieras. Totalt valdes 15 artiklar ut för djupare granskning och bearbetning. Efter granskning och bearbetning kändes resultatet mättat och antalet artiklar kan anses tillräckligt för att få fram ett trovärdigt resultat. Resultatet byggdes på artiklar som var av hög kvalitet, vilket också kan också ses som en styrka för föreliggande studie.

Inklusionskriterier valdes ut innan litteratursökningen påbörjades då Willman, Stoltz och Bhatsevani (2006) menar att om dessa ändras i efterhand så kan det påverka sökningens validitet. Validitet innebär att forskaren har undersökt det som avsågs att undersökas och ingenting annat (Thurén, 2009). Artiklar publicerade mellan år 2002 till 2012 valdes ut då aktuell data önskades. På grund av denna avgränsning finns en viss risk att värdefullt material kan ha missats i urvalet. Författarna är medvetna om detta men eftersom sexualitet och sexuell hälsa är en ständig pågående diskussion så önskades de senaste rönen inom ämnet. Majoriteten av de inkluderade artiklarna var publicerade under de senaste fem åren, vilket tyder på att forskningen inom området ökar. Retrospektivt kunde litteratursökningarna utförts mer organiserat och systematiskt då sökningarna gjordes var för sig av författarna. Antalet sökträffar var i vissa fall oöverskådliga vilket senare avgränsades genom sammanfogning av sökord. Flertalet av sökningarna gav heller inte några nya resultat då samma artiklar återkom vid flera sökningar och detta gjorde att litteratursökningen ansågs kunna avslutas. Det kan dock inte uteslutas att andra relevanta artiklar kunde ha hittats via andra databaser eller med andra sökord. Användandet av CINAHL som databas för sökningarna ansågs ändå vara ett bra val då det är en omfattande databas med omvårdnad som huvudsaklig inriktning.

Inklusionskriterierna var att samtliga artiklar skulle vara vetenskapliga, publicerade mellan år 2002 och 2012 samt skrivna på engelska. De artiklar som valdes ut har alla varit publicerade i högt rankade tidsskrifter varpå de också har hållit en hög kvalitet vid granskningen och detta ses också som en styrka i studien. Artiklarna skulle även vara vetenskapligt granskade och svara på studiens syfte. Såväl kvalitativa som kvantitativa artiklar inkluderades då önskan var att få så bred kunskap som möjligt inom ämnet. Författarna ser detta som en styrka för studien då användandet av enbart kvalitativa artiklar hade begränsat mängden analyserbart datamaterial markant. Det stora antal sjuksköterskor som deltagit i de granskade kvantitativa studierna har dock pekat åt samma håll som de med kvalitativ ansats vilket kan ses som en styrka för studien. En helt linjär jämförelse mellan kvalitativa och kvantitativa studier är enligt Friberg (2006) dock aldrig möjlig.

Författarna har haft detta i åtanke vid jämförelse mellan artiklarna. Nio av de utvalda artiklarna var publicerade under de senaste fem åren. Denna högst aktuella forskning ses som en av arbetets styrkor. För att ge en så objektiv syn som möjligt på det sammanställda resultatet har även artiklar med motstridiga resultat inkluderats i studien.

Avsikten med studien var att spegla det västerländska perspektivet om sexuell hälsa och sexualitet och därför valdes artiklar från Asien och Afrika bort. Kvar blev artiklar från Europa, USA och Australien. En artikel från Turkiet inkluderades trots att landet är uppdelat i en europeisk och en asiatisk del. Detta bör troligtvis inte ha påverkat resultatet då synen på sexuell hälsa och sexualitet är starkt kopplat till kultur och religion snarare än till geografisk lokalisering. Författarna är dock medvetna om att den religiösa aspekten av ämnet kan ha missats och detta kan ses som en svaghet i studien då Sverige idag är ett mångkulturellt land där chansen att som sjuksköterska komma i kontakt med patienter från olika religioner kan anses vara mycket stor. Artiklar som fokuserat på patienters upplevelser eller på andra professioner som läkare eller terapeuter exkluderades då det var sjuksköterskans uppfattningar som skulle belysas.

De valda studierna utfördes på olika vårdinrättningar, dock var kardiologi och onkologi överrepresenterade. Hur detta påverkat studiens resultat kan diskuteras. En bakomliggande faktor till detta skulle dock kunna vara att påverkan på den sexuella hälsan är ett känt problem inom dessa två områden. Två artiklar berörde även läkarens syn men det var fortfarande möjligt att urskilja sjuksköterskans ställning i studien varför de valdes med. Artiklar med fokus på kardiologi och onkologi inkluderades då detta är patientkategorier som är vanligt förekommande inom på många håll inom den svenska vården. Det krävs heller ingen specialisering för att arbeta med dessa patienter i Sverige. Hur det ser ut i de övriga studieländerna råder dock tvekan om.

Resultatdiskussion

Resultatet av denna studie visar att bristen på kunskap och adekvat utbildning var ett hinder som sjuksköterskan upplevde hämmande (Akinci, 2011; Doherty et al., 2011; Goossens et al., 2011; Gott et al., 2004; Haboubi & Lincoln, 2003; Hoekstra et al., 2012; Jaarsma et al., 2010; Lavin & Hyde, 2006; Nakopoulou et al., 2009; Saunamäki et al., 2010; Stead et al., 2003; Vassiliadou et al., 2008). Att ha grundläggande kunskap om sexualitet och sexuell hälsa kan ses som en förutsättning för att kunna samtala om ämnet med patienter. Att ha kunskap ökar känslan av trygghet hos sjuksköterskorna och minimerar rädslan för att inte veta hur frågor ska besvaras. Kunskap är dock inte det enda som behövs. Organisatoriska riktlinjer som tydliggör ansvarsfrågan och redskap för kommunikation skulle med all säkerhet bidra till att frågan om sexualitet och sexuell hälsa inte förbises. Det skulle även bidra till ett öppnare förhållningssätt och att sjuksköterskorna inte låter sig påverkas av tidsbrist utan finner den tid som behövs för samtalet. Tidsbrist var ett återkommande fynd som ofta hindrade sjuksköterskorna från att samtala med sina patienter om sexualitet och sexuell hälsa. Huruvida denna tidsbrist faktiskt existerar eller om det bara är en ursäkt ställer författarna sig frågande till då få studier har undersökt sambandet mellan rådande arbetsbelastning och förekomst om samtal gällande sexualitet och sexuell hälsa. Det går heller inte att förbise det faktum att arbetsbelastning och stress är en subjektiv upplevelse som varierar från person till person.

Ett annat återkommande hinder för samtal om sexualitet och sexuell hälsa som framkom i resultatet var avsaknaden av avskiljda utrymmen som tillät att sjuksköterskorna samtalade med patienterna om detta (Doherty et al., 2011; Hordern & Street, 2007; Julien et al., 2010; Lavin & Hyde, 2006; Nakopoulou et al., 2009; Stead et al., 2003). Störande ljud som ringande telefoner och närheten till de andra patienterna på en flerbäddssal nämndes. Författarna har dock svårt att se att detta skulle vara ett godtagbart hinder inom den svenska sjukvården där de allra flesta avdelningarna idag har samtalsrum som tillåter samtal om mer privata och känsliga ämnen som sexualitet och sexuell hälsa.

Majoriteten av artiklarna uppgav att ansvaret att samtala med patienterna om sexualitet och sexuell hälsa bör ligga på sjuksköterskan. Trots detta uppgav sjuksköterskorna att de sällan eller aldrig frågade sina patienter om sexualitet och detta är ett genomgående fynd i samtliga studier. Att ett par studier fann att sjuksköterskorna inte upplevde att det var deras ansvar att föra ämnet på tal får oss ändå att undra vem det egentligen är som har bäst förutsättningar och rätt kunskap för att föra dessa samtal med patienterna. Kunskap kan vem som helst skaffa sig oavsett position eller befattning inom sjukvårdshierarkin men om ett sexuellt problem kräver medicinsk hjälp eller om det uppstår som en direkt följd av medicinering så står ju sjuksköterskan i Sverige hjälplös. Utan forskrivningsrätt och utan djupare kunskap om läkemedelsinteraktioner och biverkningar kan frågan vara svårlöst. Vad sjuksköterskan kan göra är att samtala med patienten men i slutändan måste läkaren på ett eller annat sätt bli inkopplad. Är det läkaren som ska ha ansvaret? Ja, ur ett medicinskt perspektiv men ur ett omvårdnadsperspektiv är det sjuksköterskan som känner sin patient bäst och därmed hon som är mest lämpad att ta upp frågan. I kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (Socialstyrelsen, 2005) nämns dock inte ordet sexualitet som en del av sjuksköterskans ansvar. Ett tydliggörande av detta skulle kunna leda till att sjuksköterskan känner mer ansvar inför att adressera frågor inom ämnet sexualitet och sexuell hälsa.

Ett överraskande fynd i denna studie var att sjuksköterskor fann det extra svårt att samtala om sexualitet och sexuell hälsa med vissa patientgrupper. Dessa patientgrupper inkluderade främst homosexuella, etniska minoritetsgrupper och patienter med olika religiösa hemvister som muslimer och katoliker. Detta fynd fanns främst i den amerikanska studien gjord av Gott et al. (2004) där det var sjuksköterskornas allmänna uppfattning att den rådande religionen och kulturen inte tillät samtal om detta. Det faktum att det inte finns någon vetenskaplig grund för denna uppfattning pekar dock på att det är sjuksköterskornas egna förförståelse som hindrar dem från samtal om sexualitet och sexuell hälsa med dessa patientgrupper. Det finns en stor risk med att ha sådana förutfattade meningar om patienter då detta kan leda till att den holistiska vården brister. Varför dessa föreställningar förekom finns inte förklarad i forskningen men om sjuksköterskan ska kunna vara professionell i sin yrkesroll så får hon inte låta sig påverkas av sin egen förförståelse.

Resultatet visade också att andra förutfattade meningar och stereotypa föreställningar som hämmade sjuksköterskorna gällde patientens ålder, kön, relationsstatus och hälsostatus. Dessa föreställningar om patienten kunde dock inte bekräftas av patienten själv (Hordern & Street, 2007). Hordern och Currow (2003) menade att patienter skulle välkomna ett samtal om sexualitet och sexuell hälsa samt att sex och intimitet ofta är det som får patienten att orka med livet när de drabbas av livsbegränsande sjukdomar. Även Southard & Keller (2009) fann i sin studie att patienter ville ha ett samtal med sin sjuksköterska angående sexualitet och sexuell hälsa och att detta var en viktig del av den totala

omvårdnaden. Bergström- Walan (2002) tar även upp ämnet i förhållande till ålder och menar att ålder inte kan relateras till att en person får ett minskat sexuellt intresse och att det därför är viktigt att ämnet berörs även vid omvårdnad av äldre patienter.

Det är av stor vikt att sjuksköterskor är medvetna om sina värderingar och attityder inför ämnet. Om de upplever det genant och obekvämt att samtala om sexualitet så är det svårt att dölja den känslan. Eide och Eide (2009) menar att känslor av sådan art är svåra att dölja då kroppsspråket ger en tydlig bild av sjuksköterskans faktiska egna känslor. Den icke verbala kommunikationen ger då patienten uppfattning om att det inte är accepterat att tala högt om sin sexualitet och sexuella hälsa. Orlando (1940) grundar sin omvårdnadsteori på sjuksköterskans interaktioner med patienterna och menar att hon i ett samtal med patienten måste fråga sig själv; Vad ser jag? Vad tänker jag? Vad känner jag? Hur handlar jag? Sjuksköterskans egna reflektioner är essentiella för att skapa en medveten omvårdnadsprocess. Orlando's omvårdnadsteori kräver en hög grad av uppmärksamhet och skicklighet från sjuksköterskan i att föra ett samtal med patienten för att kunna bedöma vilka insatser som behövs i en specifik situation. Vidare menar Orlando att detta är kunskaper som sjuksköterskan ständigt behöver utveckla och träna på. Även Travelbee (1971) betonar vikten av samtal och menar att det är samtal och kommunikation som är sjuksköterskans främsta verktyg för att kunna ge god omvårdnad utifrån ett helhetsperspektiv. Vidare menar Travelbee att samtal och kommunikation syftar till att skapa en mellanmänsklig relation samtidigt som den ska användas till att ta reda på patientens behov av omvårdnad (a.a).

I kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (Socialstyrelsen, 2005) finns skrivet att en helhetssyn samt ett etiskt förhållningssätt ska genomsyra sjuksköterskans yrkesutövning. Fynden från föreliggande studie visar dock att olika fördomar hindrar sjuksköterskans initiativ till samtal om sexualitet och sexuell hälsa. Hulter (2009) menar att sexologi som ämne behöver ingå i alla legitimeringsgrundande vårdutbildningar i Sverige och att det är kunskap som vi alla behöver ha. Under författarnas grundutbildning vid Högskolan i Skövde har ämnet sexologi knappt berörts så när som på ett fåtal tillfällen under utbildningen. Datillo och Brewer (2005) menar att om ämnet sexologi inte ingår som en del i sjuksköterskeutbildningen så riskerar lärosätena att ge studenterna uppfattningen om att sexuell hälsa inte är en essentiell del av omvårdnad. Utbildningsansvariga behöver inse vikten av att implementera sexologi i utbildningen av sjuksköterskor då forskningen upprepade gånger pekat på vikten av att ha denna kunskap och utbildning i ett steg att lindra och förebygga lidande. Om utbildningen inte betonar vikten av sexuell hälsa i tillräckligt hög grad så är det inte förvånande om kompetensen inom ämnet brister i den kliniska omvårdnaden. Att arbetsgivare erbjuder utbildningar inom ämnet skulle också bidra till en ökad komfort och självsäkerhet hos sjuksköterskorna och leda till att samtal om sexualitet och sexuell hälsa med patienter underlättas samt ökar.

I resultatet framkom att vissa hinder förekommer mer frekvent än andra. Dessa hinder kunde därmed tolkas som betydande för sjuksköterskor inom hälso- och sjukvården i samband med att samtala med patienter om sexualitet och sexuell hälsa. Ett hinder för sjuksköterskan behövde dock inte betyda att arbetsuppgiften aldrig utfördes.

Att sexualitet och sexuell hälsa är en central del av att vara människa har framkommit tydligt i litteraturen. Det är dock viktigt att komma ihåg att alla patienter inte vill och inte är redo att samtala om sin sexualitet och sexuella hälsa med sjuksköterskan (Hulter, 2009).

Johannisson (2010) menar att ämnet sexualitet under en lång tid varit tabubelagt, något som även det fynden från föreliggande studie styrker. Forskning pekar på att det är en tungrodd utveckling som sker (Steinke, Mosack, Barnason & Wright, 2011). Steinke et al. (2011) undersökning visar att den utveckling som skett hos kardiologisjuksköterskor mellan 1994 till 2009 har varit marginell. Den tabubelagda synen på sexualitet är fortfarande ett stort hinder även om tabugränserna börjat suddas ut vilket talar för en positiv framtid.

Slutsats

De största hindren som framkom i föreliggande studie kunde relateras till sjuksköterskan själv och hennes/hans föreställningar och attityder om patienten och ämnet i stort. Den allmänna uppfattningen var att samtal om sexualitet och sexuell hälsa är en betydande del av vården samt att ansvaret ligger hos vårdgivaren att ta upp ämnet. Denna studie visar också att sjuksköterskors attityder, känslor och förförståelse verkar ha en stor inverkan på deras samtal om sexualitet och sexuell hälsa. Även vissa hinder relaterade till organisationens struktur så som upplevelsen av tidsbrist och arbetsbelastning kan ha varit påverkade av sjuksköterskornas subjektiva upplevelse av stress och arbetstyngd. Därför kan slutsatsen dras att det är både sjuksköterskan själv och sjuksköterskors arbetsmiljö som hindrar samtalet om sexualitet och sexuell hälsa.

Sexualitet och sexuell hälsa spelar en viktig roll för livskvaliteten och sjuksköterskor bör därför inte ignorera ämnet. Detta av den anledning att patienterna som vårdas har rätt att bli vårdade ur ett helhetsperspektiv. Det är sjuksköterskans skyldighet att vårda hela människan och inte bara se till det behov som är synligt för stunden. Genom att adressera patientens sexualitet och sexuella hälsa bidrar sjuksköterskan till minskat lidande hos patienten samtidigt som det bidrar till att synliggöra ämnet och därmed göra det mer naturligt och tillåtande att prata om.

Kliniska implikationer

Resultatet av denna litteraturbaserade studie kan vara till nytta för den kliniska verksamheten då resultatet av denna studie synliggör uppfattningar hos sjuksköterskan som hindrar från att samtala med patienter om sexualitet och sexuell hälsa bidrar till att den kliniska verksamheten kan utvecklas för att underlätta och möjliggöra samtalet. Genom att öppna upp för en diskussion kring ämnet kan en reflektion startas vilket även kan bidra till att den enskilda sjuksköterskan blir mer medveten om sin egen inställning och attityder och det är ett bra första steg för att låta sexualitet bli en del av den praktiska omvårdnaden.

För att erhålla ökad förståelse kring sjuksköterskors uppfattningar om att samtala med patienter om sexualitet och sexuell hälsa så är det viktigt med en kvalitativ inriktning i forskningen. Kvalitativ forskning inom området skulle kunna ge en mer djupgående förståelse för varför sjuksköterskorna känner som de gör och även hur patienterna skulle känna inför samtalet om sexualitet och sexuell hälsa. Genom att undersöka hur patienterna ser på samtal om sexualitet och sexuell hälsa skulle forskningen kunna användas för att förändra den kliniska verksamheten både på individ- och organisationsnivå.

REFERENSER

Referenser markerade med * är använda i föreliggande studies resultat

- *Akinci, A., Yildiz, H. & Zengin, N. (2011). The level of comfort among nursing students during sexual counseling to patients who have chronic medical conditions. *Sexuality & Disability*, 29(1), 11-20.
- Attree, M. (2001). Patients and relatives experiences and perspectives of “good” and “not so good” quality care. *Journal of Advanced Nursing*, 33(4), 456-66.
- Bergström-Walan, M. (2002). Sexualundervisning. I P.O. Lundberg (Red). *Sexologi* (2:a uppl.) (s.417-423). Stockholm: Liber AB.
- Crumlish, B. (2004). Sexual counseling by cardiac nurses for patients following an MI. *British Journal of Nursing*, 13, 710–713.
- Dahlgren, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Dattilo, J, Brewer K. (2005). Assessing clients sexual health as a component of holistic nursing practice: Senior nursing students share their experiences. *Journal of Holistic Nursing*, 23(2), 208-219.
- *Doherty, S., Byrne, M., Murphy, A. W. & McGee, H. M. (2011). Cardiac rehabilitation staff views about discussing sexual issues with coronary heart disease patients: A national survey in Ireland. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10, 101-107.
- Ehnfors, M., Ehrenberg, A. & Thorell-Ekstrand, I. (2000) *VIPS- boken – Om en forskningsbaserad modell för dokumentation och omvårdnad i patientjournalen*. Stockholm: Vårdförbundet
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Friberg, F. (2006) Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.). *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s. 121-132). Lund: Studentlitteratur.
- Fugl-Meyer, K. & Sandström, E. (2010). Samtalsbehandling vid sexuell dysfunktion. I P-O. Lundberg & L. Löfgren-Mårtenson (Red.). *Sexologi*. Stockholm: Liber.
- Gagliardi, B. A. (2003). The experience of sexuality for individuals living with multiple sclerosis. *Journal of Clinical Nursing*, 12(4), 571–578.
- *Goossens, E., Norekvål, T. M., Faerch, J., Hody, L., Olsen, S. S., Darmer, M. R., Jaarsma, T. & Moons, P. (2011). Sexual counseling of cardiac patients in Europe: culture matters. *Journal of Clinical Practice*, 65(10), 1092-1099.

- *Gott, M., Galena, E., Hinchliff, S. & Elford, H. (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.
- *Haboubi, J. & Lincoln, N. (2003). Views of health professionals on discussing sexual issues with patients. *Disability and rehabilitation*, 25(6), 291-296.
- Higgins, A., Barker, P. & Begley, C. M. (2005). Neuroleptic medication and sexuality: the forgotten aspect of education and care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 439-446.
- Higgins, A., Barker, P. & Begley, C. M. (2006). Sexuality: The challenge to espoused holistic care. *International Journal of Nursing Practice*, 12, 345-351.
- *Hoekstra, T., Lesman-Leegte, I., Couperus, M. F., Sanderman, P. & Jaarsma, T. (2012). What keeps nurses from the sexual counseling of patients with heart failure?. *Heart & Lung*, 41(5), 492-499.
- Hordern, A. J. & Currow, D. C. (2003). A patient-centred approach to sexuality in the face of life-limiting illness. *Medical Journal of Australia*, 179(6), 8-11
- Hordern, A. J. & Street, A. F. (2007). Let's talk about sex: Risky business for cancer and palliative care clinicians. *Contemporary Nurse*, 27, 59-60.
- *Horden, A.J. & Street, A.F. (2007). Communicating about patient sexuality and intimacy after cancer: mismatched expectations and unmet needs. *Medical Journal of Australia*, 186(5), 224-227.
- Hulter, B. (2004). *Sexualitet och hälsa – begränsningar och möjligheter*. Lund: Studentlitteratur.
- Hulter, B. (2009). Sexualitet. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red). *Omvårdnadens grunder, hälsa och ohälsa* (s. 677-709). Lund: Studentlitteratur.
- International Council of Nurses, ICN. (2006). *ICN:s etisk kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- *Jaarsma, T., Strömberg, A., Fridlund, B., De Geest, S., Mårtensson, J., Moons, P., Norekval, T. M., Smith, K., Steinke, E. & Thompson, D. R. (2010). Sexual counseling of cardiac patients: Nurses' perception of practice, responsibility and confidence. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 9, 24-29.
- Johannisson, K. (2010). Sexualiteten i historien. I P.O. Lundberg & L. Löfgren-Mårtensson (Red.) *Sexologi* (3e uppl.) (s. 172-182). Stockholm: Liber AB.
- *Julien, J. O., Thom, B. & Kline, N. E. (2010). Identification of barriers to sexual health assessment in oncology nursing practice. *Oncology Nursing Forum*, 37(3), 186-190.

- Larsson, M. (2002). *Den moraliska kroppen* (Doktorsavhandling). Uppsala universitet.
- *Lavin, M & Hyde, A. (2006). Sexuality as an aspect of nursing care for women receiving chemotherapy for breast cancer in an Irish context. *European Journal of Oncology Nursing*, 10(1), 10-18.
- Lennerhed, L. (2002). *Sex i folkhemmet: RFSUs tidiga historia*. Uppsala: Gidlunds förlag.
- Löfgren-Mårtensson, L. & Fugl-Meyer, K. (2010). Utbildningar och professionalisering av sexologer. I P.O. Lundberg & L. Löfgren-Mårtensson (Red.). *Sexologi* (s. 450-455). Stockholm: Liber AB.
- Macdowall, W., Parker, R., Nanchahal, K., Ford, C., Lowbury, R., Robinson, A., Sherrard, J., Martins, H., Fasey, N. & Wellings, K. (2010). 'Talking of sex': Developing and piloting a sexual health communication tool for use in primary care. *Patient Education and Counseling*, 81, 332-337.
- *Magnan, M. A., Reynolds, K. E. & Galvin, E. A. (2005). Barriers to addressing patient sexuality in nursing practice. *Medsurg Nursing*, 14(5), 282-290.
- Maslow, A. H. (1943). A Theory of Human Motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370-396.
- Medicinska forskningsrådet. (2003). MFR-rapport 2. *Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.
- *Nakopoulou, E., Papaharitou, S. & Hatzichristou, D. (2009). Patient's sexual health: A qualitative research approach on Greek nurse's perceptions. *Journal of Sexual Medicine*, 6(2), 124-2132.
- 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.
- Orlando, I. J. (1990). *The dynamic nurse-patient relationship, function, process and principles*. National League for Nursing. New York.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2011). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Povlsen, L. & Borup, I. K. (2011). Holism in nursing and health promotion: 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.

- Rockliffe-Fidler, C. & Kiemle, G. (2003). Sexual function in diabetic women: a psychological perspective. *Sexual and Relationship Therapy*, 18(2), 143-159.
- *Saunamäki, N., Andersson, M. & Engström, M. (2010). Discussing sexuality with patients: nurses' attitudes and beliefs. *Journal of Advanced Nursing*, 66(6), 1308-1316.
- Southard, N. & Keller, J. (2009). The Importance of Assessing Sexuality: A patient perspective. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12(2), 213-217.
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- *Stead, M. L., Brown, J. M., Fallowfield, L. & Selby, P. (2003). Lack of communication between healthcare professionals and woman with ovarian cancer about sexual issues. *British Journal of Cancer*, 88, 666-671.
- Steinke, E. E., Mosack, V., Barnason, S. & Wright, D. W. (2011). Progress in sexual counseling by cardiac nurses, 1994 to 2009. *Heart & Lung*, 40(3), 15-24.
- Thurén, T. (2009). *Vetenskapsteori för nybörjare*. (2a. Uppl.). Malmö: Liber AB.
- Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphia: F.A. Davis.
- *Vassiliadou, A., Stamatopoulou, E., Triantafyllou, G., Gerodimou, E., Toulia, G. & Pistolas, D. (2008). The role of nurses in the sexual counseling of patients after myocardial infarction. *Health Science Journal*, 2(2), 111-118.
- Vetenskapsrådet. (2001). *Riktlinjer för god medicinsk forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.
- Wiklund, L. (2008). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Willman, A., Stoltz, P. & Bhatsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad- En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. (2a uppl.) Lund: Studentlitteratur
- World Health Organization. (2013). *Sexual and reproductive health*. Hämtad från WWW 2013-02-06;
http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/sexual_health/en/

Granskningsmall för kvalitetsbedömning av kvantitativa studier

Mallen är en modifierad version av Willman, Stoltz & Bhatsevani (2006)

	Fråga	Ja/1p	Nej/0p
1.	Motsvarar titeln studiens innehåll?		
2.	Återger abstraktet studiens innehåll?		
3.	Ger introduktionen en adekvat beskrivning av vald problematik?		
4.	Leder introduktionen logiskt fram till studiens syfte?		
5.	Är studiens syfte tydligt formulerat?		
6.	Är frågeställningarna tydligt formulerade?		
7.	Är designen relevant utifrån syftet?		
8.	Finns inklusionskriterier för urvalet?		
9.	Är inklusionskriterierna relevanta?		
10.	Finns exklusionskriterier för urvalet?		
11.	Är exklusionskriterierna relevanta?		
12.	Är urvalsmetoden beskriven?		
13.	Är urvalsmetoden relevant för studiens syfte?		
14.	Är populationen tydligt beskriven?		
15.	Är populationen representativ för studiens syfte?		
16.	Anges bortfallets storlek?		
17.	Kan bortfallet accepteras?		
18.	Anges var studien genomfördes?		
19.	Anges när studien genomfördes?		
20.	Anges hur datainsamlingen genomfördes?		
21.	Anges vilka mätmetoder som användes?		
22.	Beskrivs studiens huvudresultat?		
23.	Presenteras hur data bearbetats statistiskt och analyserats?		
24.	Besvaras studiens frågeställningar?		
25.	Beskriver författarna vilka slutsatser som kan dras av studieresultatet?		
26.	Diskuterar författarna studiens validitet?		
27.	Diskuterar författarna studiens etiska aspekter?		
28.	Diskuterar författarna studiens kliniska värde?		

Ja = 1p Nej = 0p Maxpoäng = 28p

Grad 1: 80-100 %

Grad 2: 70-79 %

Grad 3: 60-69 %

Erhållen poäng:

Kvalitet: låg medel hög

Granskningsmall för kvalitetsbedömning av kvalitativa studier

Mallen är modifierad version av Willman, Stoltz & Bhatsevani (2006)

	Fråga	Ja/1p	Nej/0p
1.	Motsvarar titeln studiens innehåll?		
2.	Återger abstraktet studiens innehåll?		
3.	Ger introduktionen en adekvat beskrivning av vald problematik?		
4.	Leder introduktionen logiskt fram till studiens syfte?		
5.	Är studiens syfte tydligt formulerat?		
6.	Är den kvalitativa metoden beskriven?		
7.	Är designen relevant utifrån syftet?		
8.	Finns inklusionskriterier för urvalet?		
9.	Är inklusionskriterierna relevanta?		
10.	Finns exklusionskriterier för urvalet?		
11.	Är exklusionskriterierna relevanta?		
12.	Är urvalsmetoden beskriven?		
13.	Är urvalsmetoden relevant för studiens syfte?		
14.	Är undersökningsgruppen beskriven?		
15.	Anges var studien genomfördes?		
16.	Anges när studien genomfördes?		
17.	Anges vald datainsamlingsmetod?		
18.	Är data systematiskt insamlade?		
19.	Presenteras hur data analyserats?		
20.	Är resultaten trovärdigt presenterade?		
21.	Besvaras studiens syfte?		
22.	Beskriver författarna vilka slutsatser som kan dras av studieresultatet?		
23.	Diskuterar författarna studiens trovärdighet?		
24.	Diskuterar författarna studiens etiska aspekter?		
25.	Diskuterar författarna studiens kliniska värde?		

Ja = 1p Nej = 0p Maxpoäng = 25p

Grad 1: 80-100 %

Grad 2: 70-79 %

Grad 3: 60-69 %

Erhållen poäng:

Kvalitet: låg medel hög

Artikelmatris

Bilaga 3

Författare/ tidskrift	År	Land	Titel	Syfte	Ansats	Huvudresultat	Kvalitets- bedömning	Kvalitet
Akinci, A.C. Sexuality Disability	2011	Turkiet	The Comfort Levels of Nurses During Clinical Experiences Which Include Sexual Topics	Syftet var att fastställa hur bekväma sjuksköterskor var vid samtal om sexualitet och vilka faktorer som påverkar graden av bekvämlighet vid dessa samtal.	Kvantitativ	Sjuksköterskor är obekväma med att informera manliga patienter om sexualitet, undersöka könsorgan hos manliga patienter, fråga manliga patienter om deras sexliv och besvara frågorna från manliga patienter om sexualitet. Sjuksköterskor bör förberedas bättre för att införliva sexualitet som en dimension av patientvården.	86 %	Hög
Doherty, S., Byrne, M., Murphy, A.W. & McGee, H.M. European Journal of Cardiovascular Nursing	2011	Irland	Cardiac rehabilitation staff views about discussing sexual issues with coronary heart disease patients: A national survey in Ireland	Att dokumentera nuvarande praxis och bedöma behoven hos hjärtrehabiliteringspersonal i Irland när det gäller sexuell bedömning av patienterna.	Kvantitativ	Personal rapporterade en brist på riktlinjer för att hantera patienters sexuella hälsoproblem, med liten eller ingen vidare remiss system tillgängliga. Resultaten visar även att personal inte tror att patienterna förväntar sig att bli frågade om det sexuella. Hinder som rapporterades inkluderade en allmän brist på förtroende, kunskap och utbildning	93 %	Hög
Gott, M., Galena, E., Hinchliff, S. & Elford, H. Family Practice	2004	England	“Opening a can of worms”: GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care	Syftet med studien var att identifiera hinder som läkare och sjuksköterskor uppfattar vid samtal om sexualitet inom primärvården	Kvalitativ	Genom intervjuerna framkom det att det finns olika aspekter som hindrar sjukvårdspersonal att diskutera ämnet sexualitet med patienter.	92%	Hög

Författare/ tidskrift	År	Land	Titel	Syfte	Ansats	Huvudresultat	Kvalitets- bedömning	Kvalitet
Goossens, E., Norekvål, T.M., Faerch, J., Hody, L., Olsen, S.S., Darmer, M.R., Jaarsma, T. & Moons, P. The International Journal of Clinical Practice	2011	Belgien	Sexual counseling of cardiac patients in Europe: culture matters	Syftet var att studera hur kultur påverkar sjuksköterskan att ge sexuell rådgivning till hjärtpatienter.	Kvantitativ	Danska sjuksköterskor rådde patienterna signifikant oftare och rapporterade att de kände mer ansvar och självförtroende vid sexuell rådgivning än vad norska, flamländska och vallonska sjuksköterskor gjorde.	93 %	Hög
Haboubi, N.H.J. & Lincoln, N. Disability and Rehabilitation	2003	England	Views of health professionals on discussing sexual issues with patients	Syftet med studien var att studera synen hos vårdpersonal om att diskutera sexuella problem med patienter.	Kvantitativ	Majoriteten av personalen var överens om att sexuella frågor borde vara en del av holistisk vård av patienterna. De flesta ansåg sig dock inte vara tillräckligt kunniga inom ämnet och olika professioner tog upp frågan olika mycket. Sjuksköterskor och läkare var tex mer bekväma med att samtala om den sexuella hälsan än terapeuter och andra professioner	80 %	Hög
Hoekstra, T., Lesman-Leegte, I., Couperus, M.F., Sanderman, P. & Jaarsma, T. Heart & Lung	2012	Nederlän derna	What keeps nurses from the sexual counseling of patients with heart failure?	Syftet med studien var att undersöka nuvarande praxis att diskutera sexuell hälsa av hjärtsviktssköterskor och att undersöka vilka barriärer som hindrar sjuksköterskan från att samtala med patienter om ämnet.	Kvalitativ	Majoriteten av sjuksköterskorna kände ett ansvar att samtala om den sexuella hälsa men uppgav att det i praktiken sällan eller aldrig gjordes. Hinder som hindrade sjuksköterskor från att initiera samtal om sexuell hälsa var brist på organisatoriska riktlinjer och brist på utbildning och att inte veta hur man initiera samtalet.	89%	Hög

Författare/ tidskrift	År	Land	Titel	Syfte	Ansats	Huvudresultat	Kvalitets- bedömning	Kvalitet
Hordern, A.J. & Street, A.F. Medical Journal of Australia	2007	Australien	Communicating about patient sexuality and intimacy after cancer: mismatched expectations and unmet needs	Syftet var att utforska på vilka sätt patienter och sjukvårdspersonal samtalar om intima och sexuella svårigheter vid cancer och palliativa vårdinrättningar.	Kvalitativ	Det fanns tydliga förväntningar mellan patienter och vårdpersonalen som inte stämde överens med varandra. Många stereotypa antaganden gjordes om patientens sexualitet, baserat på ålder, kön, diagnos, kultur och relationsstatus.	92 %	Hög
Jaarsma, T., Strömberg, A., Fridlund, B., De Geest, S., Mårtensson, J., Moons, P., Norekval, T.M., Smith, K., Steinke, E. & Thompson, D.R. European Journal of Cardiovascular Nursing	2010	Sverige	Sexual counselling of cardiac patients: Nurses' perception of practice, responsibility and confidence	Syftet var att studera praxis, ansvar och självförtroende hos hjärtsjuksköterskor vid sexuell rådgivning till patienter.	Kvantitativ	De kände sig ansvariga för att diskutera sexuella frågor med sina patienter, speciellt när patienterna inledde diskussionen. Men i praktiken ställer de flesta sjuksköterskorna sällan sexuella frågor. Sjuksköterskorna uppskattade att deras patienter skulle bli upprörda, generade eller oroliga om de tillfrågades om sexuella problem. En femtedel av sjuksköterskorna upplevde att de hade otillräcklig kunskap och 40% ibland tvekat att diskutera sexuella frågor med kunder eftersom de kanske inte vet hur man ska svara på frågor.	86 %	Hög
Julien, J.O., Thom, B. & Kline, N.E. Oncology Nursing Forum	2010	USA	Identification of Barriers to Sexual Health Assessment in Oncology Nursing Practice	Syftet med studien var att utforska onkologisjuksköterskors attityder om och kunskap om sexuell hälsa.	Kvantitativ	Skillnader hittades baserat på ålder och omvårdnadserfarenhet, där yngre och mindre erfarna sjuksköterskor indikerade större obehag att diskutera sexuell hälsa med patienter. Statistisk signifikans hittades även i skillnaden mellan utbildning och arbetsplats.	76 %	Medel

Författare/ tidskrift	År	Land	Titel	Syfte	Ansats	Huvudresultat	Kvalitets- bedömning	Kvalitet
Lavin, M. & Hyde, A. European Journal of Oncology Nursing	2006	Irland	Sexuality as an aspect of nursing care for women receiving chemotherapy for breast cancer in an Irish context	Syftet med studien var att undersöka sjuksköterskors uppfattningar och upplevelser av att ta upp sexualiteten som en del av vården hos kvinnor som får cytostatikabehandling vid bröstcancer.	Kvalitativ	Sjuksköterskorna avslöjade att de undviker att ta upp ämnet sexualitet med sina patienter. De saknade en adekvat checklista för att integrera sexualitet som en del av vården.	92 %	Hög
Magnan, A.M., Reynolds, E.K. & Galvin, A.E. Medsurg Nursing	2005	USA	Barriers to Addressing Patient Sexuality in Nursing Practice	Studiens syfte var att få fram information om sjuksköterskans attityd och föreställningar om patientens sexualitet och att relatera de uppgifterna till faktorer som ålder, arbetslivserfarenhet och arbetsområde.	Kvantitativ	De flesta sjuksköterskor förstod hur sjukdomar och behandlingar kan påverka patienter i deras sexuella hälsa men endast hälften av sjuksköterskorna kände sig säkra i sin förmåga att bemöta dessa problem.	90%	Hög
Nakopoulou, E., Papaharitu, S. & Hatzichristou, D. Journal of Sexual Medicine	2009	Grekland	Patients' Sexual Health: A Qualitative Research Approach on Greek Nurses' Perceptions	Syfte var att utforska uppfattningar om problem relaterade till sexuell hälsa och hur dessa kan hindra eller förbättra grekiska sjuksköterskors möjligheter att implementera rådgivning om sexuell hälsa i arbetet.	Kvalitativ	Deltagarnas uppfattningar om sexuell hälsa fokuserade huvudsakligen på den känslomässiga och somatiska dimensionen. Flertalet hinder synliggjordes som hindrade sjuksköterskan från att samtala med sina patienter om den sexuella hälsan så som kön, ålderskillnader, tidsbrist, brist på privata utrymmen och varierande uppfattningar om sjuksköterskans roll.	88 %	Hög

Författare/ tidskrift	År	Land	Titel	Syfte	Ansats	Huvudresultat	Kvalitets- bedömning	Kvalitet
Saunamäki, N., Andersson, M. & Engström, M. Journal of Advanced Nursing	2010	Sverige	Discussing sexuality with patients: nurses' attitudes and beliefs	Studiens syfte var att sammanställa en undersökning legitimerade sjuksköterskors attityder och föreställningar om att samtala med patienter om sexualitet och sexuell hälsa.	Kvantitativ	Majoriteten av sjuksköterskorna förstod hur patienternas sjukdomar och behandling kan påverka sexualiteten. Det ansågs dock inte finnas tid till detta. Äldre sjuksköterskor kände sig mer säkra på detta än yngre och de var även mer positiva till att diskutera sexualitet. Sjuksköterskor med vidareutbildning hade också en mer positiv inställning till samtal om sexualitet.	86 %	Hög
Stead, ML., Brown, JM., Fallowfield, L. & Selby, P. British Journal of Cancer	2003	England	Lack of communication between healthcare professionals and women with ovarian cancer about sexual issues	Syftet var att undersöka attityder och beteende hos vårdpersonal som behandlar kvinnor med ovariecancer i samtal om sexuella problem.	Kvantitativ	Studien visade att det fanns en vetskap hos vårdpersonalen om att sexuella problem kunde uppstå hos kvinnor med ovariecancer men ytterst få initierade ett samtal kring detta med patienten. Orsaker som framkom var ”det är inte mitt ansvar”, ”förlägenhet”, ”bristande kunskap och erfarenhet” och ”brist på resurser”.	89 %	Hög
Vassiliadou, A., Stamatopoulou, E., Triantafyllou, G., Touli, G. & Pistolas, D. Health Science Journal	2008	Grekland	The role of nurses in the sexual counseling of patients after myocardial infarction	Syftet var att undersöka praktikers och grekiska sjuksköterskors kunskap, komfort, ansvar och praktisk tillämpning av sexuell rådgivning till postinfarkts patienter.	Kvantitativ	Fast att majoriteten av deltagarna såg det som en del av sitt arbete att ge sexuell rådgivning till patienter så var det få som faktiskt tillämpade det praktiskt.	86 %	Hög

