

”Inte mitt jobb”

Sjuksköterskors upplevda hinder i samband med kommunikation med patienter om sexualitet.

**Christine Korsgård
Fanny Kårelind
Annica Mathson Berg**

Examensarbete, 15 hp, kandidatuppsats
Omvårdnad
Jönköping, januari 2012

”Not my job”

**Nurses perceived barriers related to
communication with patients about sexuality.**

**Christine Korsgård
Fanny Kårelind
Annica Mathson Berg**

Examination paper, 15 hp, bachelor thesis
Nursing science
Jönköping, January 2012

Sammanfattning

Den teoretiska utgångspunkten för denna litteraturöversikt var Joyce Travelbees omvårdnadsteorier med fokus på kommunikation. Travelbee menar att det är sjuksköterskans ansvar att lyfta kommunikation om hälsa med patienten. I litteraturen framkom att det är sjuksköterskors ansvar att kommunicera om sexualitet med patienter men att denna uppgift inte alltid utförs. Syftet var att kartlägga hinder för sjuksköterskor att kommunicera med patienter om sexualitet. Uppsatsen har skrivits som en litteraturöversikt, vilken ger en överblick över den aktuella kunskapen inom området. Databaserna Cinahl och PubMed användes för att söka fram artiklar. De framkomna artiklarna hade både kvalitativ och kvantitativ ansats. Dessa artiklar analyserades med hjälp av Fribergs analysmetod och resulterade i fyra teman: organisatoriska hinder, professionens hinder, kommunikativa hinder och personliga hinder. Resultatet visade att de organisatoriska hindren främst innefattade hinder som kunde kopplas till yttre faktorer medan personliga hinder var känslomässigt relaterade. Hinder inom professionen kunde kopplas till sjuksköterskors okunskap och nonchalans inom yrkesområdet och kommunikativa hinder belyste svårigheten med att samtala med patienter om sexualitet. Slutsatsen av resultatet blev att den mänskliga faktorn i form av känslor, värderingar och kunskap hos den enskilda sjuksköterskan var den största bidragande faktorn till att kommunikation om sexualitet uteblir.

Nyckelord: kommunikation, hinder, sexualitet, sjuksköterska

Summary

The theoretical basis for this literature review was Joyce Travelbee's nursing theories with focus on communication. Travelbee believes that it's a nursing responsibility to promote communication about health with the patient. In the literature it appears that it's the nurses' responsibility to communicate about sexuality with patients, but that this task is not always performed. The purpose was to identify barriers for nurses to communicate with patients about sexuality. The essay was written as a literature review which provides an overview of current knowledge in the field. The databases Cinahl and PubMed were used to search for articles. The chosen articles had both qualitative and quantitative approaches. The articles were analyzed with the help of Friberg's method and resulted in four themes: organizational barriers, professional barriers, communication barriers and personal barriers. The result showed that the organizational barrier primarily includes barriers that may be linked to external factors while personal barriers are emotionally related. It also shows that the professional barriers describe nurses' ignorance and neglect within the profession and communicative barriers highlight the difficulty of talking to patients about sexuality. The conclusion of the result shows that the human factor in the form of feelings, values and knowledge of the individual nurse was the biggest contributor to the absence of communication about sexuality.

Keywords: communication, barriers, sexuality, nurse

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund.....	1
Syfte	3
Metod	3
Design	3
Datainsamlingsmetod	3
Analys	5
Etiska överväganden	5
Resultat.....	6
Organisatoriska hinder.....	6
Professionens hinder	6
Kommunikativa hinder	7
Personliga hinder	8
Diskussion	10
Metoddiskussion	10
Resultatdiskussion	11
Kliniska implikationer samt förslag till vidare forskning	13
Slutsatser	14
Referenser.....	15
Bilagor	18
Bilaga 1: Protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod.....	18
Bilaga 2: Protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvantitativ metod	20
Bilaga 3: Matris för resultatartiklar	22

Inledning

Vi är tre studenter som går femte terminen på sjuksköterskeprogrammet på Högskolan i Jönköping. Under vår omvårdnadsutbildning har kommunikation om sexualitet påpekats vara något som är viktigt för oss som blivande sjuksköterskor att kunna utföra. Detta känns svårt men har ändå uppmuntrats från lärare i våra omvårdnadskurser. När vi sedan har varit på verksamhetsförlagd utbildning har kommunikationen om sexualitet uteblivit från våra handledare samt andra sjuksköterskor i vår närhet. Trots att vi lär oss att det är viktigt att lyfta patienters sexualitet, kommer även vi att ignorera denna som färdiga sjuksköterskor? Hur kan vi undvika att detta sker? Med andra ord vill vi veta *varför* sjuksköterskor inte kommunicerar med patienter om sexualitet.

Bakgrund

Denna litteraturöversikt har sin utgångspunkt i Joyce Travelbees omvårdnadsteori och främst hennes synpunkter om kommunikation. Travelbee definierar omvårdnad som något som sjuksköterskan bistår individer, familjer eller samhället med för att förebygga eller hantera upplevelser av sjukdom eller lidande och vid behov finna en mening i dessa upplevelser. Med grund i detta lyfter Travelbee hälsa som ett av sjuksköterskans viktigaste områden där målet för sjuksköterskan blir att hjälpa individen/familjen/samhället till att uppnå största möjliga nivå av subjektiv och objektiv hälsa (Travelbee, 1971).

Vidare lyfts sjuksköterskans roll i patientundervisning som något enskilt och inte alltid kopplat till läkares diagnoser eller medicinska uppgifter. Sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder är något enskilt och innefattar kommunikation med patienten om hälsoupplevelsen snarare än sjukdomen/ohälsan i sig. Det är även främst sjuksköterskans ansvar att lyfta kommunikation om hälsa med patienten (Travelbee, 1971).

Varje interaktion mellan en sjuksköterska och en patient ger sjuksköterskan en möjlighet att lära känna individen för att fastställa individens omvårdnadsbehov. Information som framkommer genom en interaktion ska vara till nytta för patienten. Sjuksköterskan ska även inge förtroende inför patienten så att denne känner att den informationen som han/hon förmedlar till sjuksköterskan kommer att accepteras och inte förslöjas (Travelbee, 1971). Sjuksköterskor har även i sin profession ett stort ansvar för andra människors hälsa (Socialstyrelsen, 2005).

I arbetet som sjuksköterska är kommunikation med patienter ett av de centrala verktygen för att bygga mellanmänniska relationer. Kommunikation mellan sjuksköterska och patient kan vara både verbal och icke-verbal (Travelbee, 1971). Kommunikation definieras enklast som "utbyte av meningsfulla tecken mellan två eller flera parter". I litteraturen skiljs det på vardaglig kommunikation och professionell kommunikation. Sjuksköterskans professionella kommunikation ska vara omvårdnadsorienterad och inriktad på att hjälpa patienter (Eide & Eide, 2009). En förutsättning för att en sådan kommunikation ska vara meningsfull är att sjuksköterskan själv ska ha insikt i sina egna värderingar angående det aktuella omvårdnadsbehovet (Travelbee, 1971).

International Council of Nurses antog 1953 den etiska koden för sjuksköterskor som innebär att varje sjuksköterska har ett moraliskt och etiskt ansvar för sina bedömningar och sina beslut. Sjuksköterskan har fyra grundläggande ansvarsområden som innebär att främja hälsa, att förebygga sjukdom, att återställa hälsa samt att lindra lidande (Svensk sjuksköterskeförening, 2007).

Hälsa är något som alla människor eftersträvar och begreppet har genom tiderna haft olika innebörd beroende på vem som uttryckt det. En av de första som beskrev begreppet var Platon som

menade att hälsa är ett moraliskt och naturligt ideal som omfattar alla dimensioner hos människan (Jahren Kristoffersen, 2008). Den vanligaste definitionen av hälsa som används idag är den som WHO lade fram 1948 vilken lyder: *"Hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, och icke enbart frånvaro av sjukdom eller svaghet"* (World health organization, 2011). WHO har även en specifik definition av sexuell hälsa där de lyfter fram sexualiteten som ett grundläggande behov för människor och något som är integrerat i personligheten och överlag påverkar vår psykiska och fysiska hälsa. Definitionen påpekar särskilt att sexualitet inte nödvändigtvis är kopplat till samlag och erotik utan har lika mycket med viljan att söka kärlek, kontakt, värme och närhet att göra (World Health Organization, 2006).

Enligt VIPS (Ehnfors, Ehrenberg, & Thorell-Ekstrand, 2000) ska sjuksköterskan identifiera ett behov, problem eller risk för patienten genom att observera patienten och/eller genom insamlad information från patient eller närstående. Ett av sökorden i VIPS är sexualitet/reproduktion. Vårdpersonal bekräftar vikten av patienternas sexuella hälsa, men pratar inte så ofta med patienter om sexuella problem. De erkänner att de inte ger tillräcklig uppmärksamhet eller aldrig har inlett en diskussion om sexuella frågor med patienter (Cil Akinci, Yildiz, & Zengin, 2011).

Flera studier visar att sjukdomar kan ha en negativ inverkan på patientens sexualitet. I en studie gjord av Jensen et al (2003) deltog kvinnor som drabbats av livmoderhalscancer och som behandlades med strålning. Studien visade att kvinnorna upplevde en förändrad sexualitet och ett missnöje med sitt sexliv och lust. En annan studie gjord på män behandlade för prostatacancer visar att nästan alla deltagare upplevde negativa förändringar gällande sexualiteten (Letts, Tamlyn, & Byers, 2010).

Vårdpersonal upplever ibland att de inte vet vad de ska säga till patienterna. De är rädda för att ge fel information och anser det vara oprofessionellt att uppmuntra patienter till att ställa frågor som de kanske inte kan svara på. De ställer sig också frågande till om patienterna verkligen har ett behov av att prata om sexualitet. Dock framkommer under intervjuer med patienter att de förstår att det är problematiskt, men att de ändå vill att vårdpersonal frågar och tar upp eventuella hinder för sexualitet i samband med deras aktuella sjukdom (Rubin, 2005). Sjuksköterskan har en viktig roll när det gäller att hjälpa patienten att komma över sin oro och genans. Sjuksköterskan har möjlighet, om hon själv inte kan svara på frågor, att hjälpa patienten få kontakt med en specialist såsom gynekolog eller sexolog (Bor & Watts, 1993).

Det framkommer i vetenskaplig litteratur att endast en av tio sjuksköterskor frekvent bedömer patienters sexuella hälsa, undervisar om olika läkemedels effekt på den sexuella funktionen, ofta svarar på frågor om sexualitet och lyssnar på patienters bekymmer kring sexualitet. Patienter känner sig ofta obekväma med att fråga. När de väl tar upp frågor har det visat sig att sjuksköterskor undviker ämnet (Araujo, Durante, Feldman, Goldstein, & McKinlay, 1998; Jaarsma et al., 2010). Sjuksköterskor tycker dock själva att det är deras ansvar att diskutera sexuella angelägenheter med patienter. Däremot anser de flesta sjuksköterskor att det är patienten som skall initiera samtalet, och inte sjuksköterskan. Anledningar till varför sjuksköterskor inte initierar samtalet är bland annat en osäkerhet om den egna kunskapen i ämnet och en rädsla för att kränka patientens integritet (Jaarsma et al., 2010).

Eftersom patienter inte alltid är medvetna om att sexualitet är något som kan diskuteras med sjuksköterskan är det främst sjuksköterskans ansvar att lyfta frågan. Detta ska inte göras med frågor av typen: "har du fler frågor?" eller "är det något mer du vill fråga?" utan vara mer specifik och tillåtande gentemot patientens sexualitet. (Taylor & Davis, 2006).

Syfte

Att kartlägga hinder för sjuksköterskor att kommunicera med patienter om sexualitet.

Metod

Design

En litteraturöversikt har valts då syftet har både kvalitativa och kvantitativa utgångspunkter. Litteraturöversikten ger en beskrivning av den aktuella kunskap som finns inom området (DePoy & Gitlin, 1999). En litteraturöversikt sammanställs för att göra en jämförelse och tolkning av ett specifikt ämne. Det är viktigt att sammanställa den aktuella och mest relevanta forskningen inom ett område för att göra den tillgänglig för personer som kan ha nytta av den, i detta fall hälso- och sjukvårdspersonal. Detta gör att läsaren av en litteraturöversikt inte behöver lägga tid på varje enskild artikel utan enkelt kan få en överblick av aktuell forskning. En litteraturöversikt kan höja reliabiliteten i artiklar genom att redovisa andra artiklar som har liknande resultat (Aveyard, 2010). Både artiklar med kvalitativ och kvantitativ ansats har använts i denna litteraturöversikt. På grund av detta granskades artiklar med respektive ansats var för sig. Redovisningen av artiklarna sammanställdes under samma rubriker men hänsyn har tagits till att de presenteras på olika sätt och att en jämförelse inte kan vara helt exakt (Friberg, 2006).

Datansamlingsmetod

Databaserna Cinahl och PubMed användes för sökning av vetenskapliga artiklar då dessa innehåller relevant information för syftet samt är åtkomliga via Högskolan i Jönköpings bibliotek. En fördel med dessa databaser är valet av sökkriterier som kan göras, vilket leder till att artiklar som svarar på syftet lättare kan sökas fram. Cinahl är främst inriktad på omvårdnad medan PubMed har en biomedicinsk inriktning (Forsberg & Wengström, 2008).

Sökningen gjordes på Cinahl *basic search* med sökkriterierna *boolean/phrase, abstract available, peer reviewed* samt *publicerade från januari 2001 till september 2011*. Alternativet: *alla* valdes under rubrikerna *journal subset, sex* och *publication type*. PubMeds sökkriterier ligger under *limits*, där *artiklar publicerade de senaste 10 åren* samt *abstracts* under *text options* valdes som sökkriterier. Inget specifikt språk valdes i någon av databaserna, detta för att ett större antal artiklar skulle komma fram vid sökningen. Inklusionskriterierna för artiklarna var att sjuksköterskor skulle ingå samt ha majoritet i undersöknings- eller intervjugruppen samt undersöka hinder i samband med kommunikation om sexualitet. Exklusionskriterier var artiklar som utgick från ett patientperspektiv eller där sjuksköterskor var i minoritet samt de artiklar som var skrivna som litteraturöversikter.

För att komma fram till sökorden upprättades en mindmap vilken resulterade i ett antal övergripande begrepp som i sin tur utkristalliserades till relevanta sökord (Aveyard, 2010). Sökorden som framkom var: *patient, communication, sexuality, nurse, nursing, attitude, discussing, raising, addressing* och *sexual health*. För att få en större bredd på sökresultaten användes även sökorden *patients* och *attitudes*, som lades till efter att mindmapen var klar. Sökorden användes i olika kombinationer med hjälp av den grundläggande operatören AND i båda databaserna för att därmed hitta tänkbara titlar på artiklar. Sökord, antal träffar och urval presenteras i figur 1. Då icke publicerad forskning eller artiklar som är äldre än 10 år ej inkluderats i sökningarna, kan inte denna litteratursökning och därmed litteraturöversikt anses som heltäckande (Forsberg & Wengström, 2008).

Databas	Sökord	Antal träffar	Antal lästa abstrakt	Artiklar i uppsats
Cinahl	Sexuality AND raising	25	1	1
	Nursing AND secuality and attitudes	135	15	4
	Nursing AND sexuality AND communication	54	8	3
	Addressing AND sexuality	167	10	3
	Nurse AND sexual health	173	3	2
PubMed	Attitude AND communication AND patients AND sexuality	89	4	1
	Nurse AND attitudes AND sexuality AND communication	6	1	1

Figur 1: utförda sökningar och antal träffar.

Efter överenskommelse valdes i första hand artiklar där titeln stämde överens med syftet. Dessa artiklar granskades vidare genom att abstrakten lästes. De artiklar som inte svarade på syftet baserat på abstraktet förkastades, då de inte hade någon relevans för resultatet. Efter detta steg kontrollerades artiklarna mot inklusions- och exklusionskriterier. För att bredda resultatdelen togs beslutet att ha både artiklar med kvantitativ och kvalitativ ansats med. De artiklar som valdes ut sorterades efter ansats för att kunna granskas efter respektive granskningsmall. En granskningsmall för kvalitativ ansats och en för kvantitativ ansats har använts, tillhandahållna av Högskolan i Jönköping. Det är viktigt att granska materialet för att kunna säkerställa att det som väljs ut stämmer överens med den egna undersökningens syfte (Aveyard, 2010). Därefter granskades artiklarna enligt de fyra första punkterna i granskningsmallarna då dessa är gemensamma (bilaga 1 & 2). För att vidare granskning skulle vara aktuell var ett krav från högskolan att de fyra första punkterna i mallarna var uppfyllda i varje artikel i sin helhet. Den främsta orsaken till att artiklar förkastades i den första delen i granskningsmallen var att urvalet ej var beskrivet. Vidare granskning åtföljdes av resterande punkter och frågor i mallen där kvalitativa och kvantitativa kvalitetskriterier skiljer sig åt. Valda resultatartiklar presenteras i bifogad matris (bilaga 3).

Analys

Analysen gjordes med hjälp av Fribergs (2006) analysmodell för litteraturöversikt som innefattar tre steg. De artiklar som granskades och godkändes lästes igenom av alla i gruppen ett flertal gånger för att få ett helhetsbegrepp om artiklarnas resultat. Vidare i analysen valdes att fokusera på författarnas resultat innehåll och metodologiska tillvägagångssätt. I artiklarnas metoddel har främst dess informanter granskats och kontrollerats mot de förutbestämde exklusions- och inklusionskriterierna. I de kvalitativa artiklarna valdes meningsbärande enheter ut och i de kvantitativa artiklarna sorterades information ur statistiska tabeller ut. Den relevanta informationen som svarade på syftet, olika typer av hinder, plockades ut och sorterades i grupper utifrån likheter och skillnader. Grupper med liknande hinder slogs ihop tills det fanns fyra övergripande teman kvar. Dessa teman namngavs efter sitt innehåll och kom i resultatet att representeras som underrubriker (Forsberg & Wengström, 2008; Friberg, 2006).

Etiska överväganden

Trots att några artiklar inte redovisar någon etisk granskning har dessa ändå tagits med i litteraturöversikten då egna etiska överväganden gjorts genom att granska anonymiteten och metoden. Därefter har nyttan av artiklarnas resultat vägts mot detta och artiklarna har ansetts vara så relevanta för litteraturöversiktens syfte så att de har tagits med.

Resultat

Organisatoriska hinder

Detta tema behandlar hinder som kan kopplas till organisationen som sjuksköterskan arbetar i, så kallade yttre faktorer. Dessa hinder är relaterade till arbetsmiljö, organisationskultur, resurser och ledarskap.

Brist på avskildhet framkommer som ett hinder till varför vårdgivare inte diskuterar sexualitet med patienterna (Hautamaki, Miettinen, Kellokumpu-Lehtinen, Aalto, & Lehto, 2007; Stead, Brown, Followfield, & Selby, 2003). Många sjuksköterskor instämmer i påståendet att avsaknad av en avskild miljö är ett hinder för att ta en sexuell anamnes (Nakopoulou, Papaharitou, & Hatzichristou, 2009; Tsai, 2004; Tsai & Hsiung, 2003). Det faktum att patienterna ligger nära varandra i sjukhussalen upplevs även som en hämmande faktor (Lavin & Hyde, 2006). Att bli avbruten i samtalet med patienter upplevs som hindrande för att ta upp sexuellt relaterade frågor (Maes & Louis, 2011).

Tidsbrist anses av sjuksköterskor utgöra ett hinder för att lyfta patienters sexuella problem (Nakopoulou et al., 2009; Quinn, Happell, & Browne, 2011; Stead et al., 2003). Sjuksköterskor beskriver själva detta som ett av de största hindren för att kommunicera om sexualitet (Hautamaki et al., 2007; Maes & Louis, 2011). Utöver tidsbrist nämner sjuksköterskor också den höga arbetsbelastningen som en hindrande faktor (Lavin & Hyde, 2006; Nakopoulou et al., 2009). Att inte ha tid för patienterna kan ha ett samband med en hög belastning på arbetsplatsen (Tsai, 2004; Tsai & Hsiung, 2003).

Sexualitet beskrivs som ett ämne som ofta får lägre prioritet då sjuksköterskan måste sälla bland sina arbetsuppgifter (Nakopoulou et al., 2009). Andra arbetsuppgifter kan ha högre prioritet vilket medför att sexualitet får stå åt sidan (Quinn et al., 2011). Exempelvis har diagnostisering och behandling högre prioritet (Stead et al., 2003) och sjukdomsbehandlingen och dess biverkningar är viktigare att fokusera på än att prata med patienten om sex (Lavin & Hyde, 2006).

Att inte ha några förebilder vad gäller kommunikation om sexualitet upplevs ibland som ett hinder för att diskutera ämnet med patienten (Stead et al., 2003). Många sjuksköterskor saknar en förebild att ta lärdom av. De upplever även att sjukhusen saknar utarbetade rutiner för att ta en sexuell anamnes och att det inte finns stöd i organisationen för att diskutera sexualitet. Vissa sjuksköterskor nämner att ledningen inte uppmuntrar till, och i vissa fall, avråder från att diskutera sexualitet därför att dessa frågor är opassande att ställa till patienter (Tsai, 2004; Tsai & Hsiung, 2003). Chefen upplevs som någon som inte uppmuntrar sjuksköterskor att ta initiativ som kan störa den befintliga strukturen på arbetsplatsen. Detta blir ett hinder när sjuksköterskan vill initiera en diskussion om sexuella problem med patienten (Nakopoulou et al., 2009). Avsaknad av kompetent personal inom området sexualitet att hänvisa till är något som upplevs som ett hinder (Tsai, 2004) och sjuksköterskor ställer inte frågor till patienter om sexualitet av rädsla för att inte ha de resurser som krävs för att kunna ge stöd ifall ett problem identifieras (Stead et al., 2003).

Professionens hinder

Inom detta tema behandlas hinder som rör sjuksköterskans profession. Hinder som presenteras har att göra med omvårdnads kunskap, professionell prioritering och ansvarsfördelning. Dessa hinder är ofta relaterade till okunskap om vad sjuksköterskans profession innefattar.

Att inte ha kunskap, erfarenhet och/eller färdigheter inom ämnet sexualitet är ett hinder för att initiera samtal med patienter (Stead et al., 2003) Sjuksköterskor upplever oro över att inte kunna

lösa problemet på grund av brist på erfarenhet (Özdemir & Akdemir, 2008; Stead et al., 2003; Tsai, 2004; Tsai & Hsiung, 2003), adekvat kunskap (Nakopoulou et al., 2009; Stead et al., 2003; Tsai, 2004; Tsai & Hsiung, 2003) och otillräcklig utbildning (Nakopoulou et al., 2009; Özdemir & Akdemir, 2008). Sjuksköterskor känner sig inte förberedda inför att ta en sexuell anamnes och känner sig osäkra på hur de ska hantera de frågor som kan komma upp (Maes & Louis, 2011). De uppger att de kan ha svårt att prata med patienter beroende på hur sjuksköterskornas utbildning inom ämnet sexualitet har sett ut (Quinn et al., 2011) och anser även att deras grundutbildning inte har innehållit adekvat mängd, om någon alls, kunskap om sexualitet (Hautamaki et al., 2007; Lavin & Hyde, 2006). En del sjuksköterskor känner sig osäkra i sin förmåga att ta upp sexuella problem samt förstår eller vet inte hur patienters sjukdom eller behandling påverkar sexualitet (Julien, Thom, & Kline, 2010; Saunamäki, Andersson, & Engström, 2010).

Sjuksköterskor upplever att frågan om sexualitet inte ska ges företräde hos patienter som har svåra sjukdomar, livshotande tillstånd (Nakopoulou et al., 2009) eller kroniska sjukdomar (Rana, Kanik, Ozcan, & Yuzer, 2007). Vidare upplever sjuksköterskor att patienter inte är intresserade av att diskutera ämnet då de är för sjuka (Julien et al., 2010; Magnan & Reynolds, 2006; Magnan, Reynolds, & Galvin, 2005; Saunamäki et al., 2010; Zeng, Li, Wang, Ching, & Loke, 2011) och att det inte är patientens främsta problem (Lavin & Hyde, 2006; Rana et al., 2007; Tsai & Hsiung, 2003). Det anses inte viktigt för patienters hälsotillstånd att diskutera sexualitet (Julien et al., 2010; Saunamäki et al., 2010) och det betraktas av många sjuksköterskor som opassande så länge patienter är inskrivna på en vårdavdelning (Rana et al., 2007).

Sjuksköterskor tycker inte att det är deras ansvar att tala om sexualitet (Julien et al., 2010; Özdemir & Akdemir, 2008; Rana et al., 2007; Saunamäki et al., 2010; Stead et al., 2003) och att det inte är passande att patienter talar med dem om ämnet (Özdemir & Akdemir, 2008; Rana et al., 2007; Stead et al., 2003). En del sjuksköterskor uttrycker att det inte är deras jobb att svara på sexuellt relaterade frågor (Quinn et al., 2011) och att det inte heller ingår i deras arbetsuppgifter (Nakopoulou et al., 2009). Många sjuksköterskor anser att det är bättre att hänvisa patienter till någon med mer kunskap inom området (Julien et al., 2010; Nakopoulou et al., 2009; Quinn et al., 2011; Rana et al., 2007; Zeng et al., 2011) exempelvis läkaren som de upplever har expertis inom ämnet (Özdemir & Akdemir, 2008). Detta visar sig genom att sjuksköterskor ofta hänvisar till läkaren när de får sexuellt relaterade frågor av patienter (Magnan & Reynolds, 2006; Magnan et al., 2005; Saunamäki et al., 2010).

Sjuksköterskor upplever att ämnet sexualitet inte är en integrerad del av vården (Rana et al., 2007) och att det är medicinsk tradition att inte tala om det (Stead et al., 2003). Ämnet ses som tabubelagt inom själva professionen (Quinn et al., 2011) och sjuksköterskor undviker att ta upp ämnet eftersom de är osäkra på om andra sjuksköterskor gör det (Stead et al., 2003).

Kommunikativa hinder

Hindren som rör kommunikationen är kopplade till sjuksköterskors uppfattning om deras förmåga att kommunicera och vem som har ansvaret för att initiera kommunikation.

Att ha begränsad kommunikationsförmåga för att initiera en diskussion om sexualitet upplevs som ett stort hinder (Maes & Louis, 2011; Nakopoulou et al., 2009). Vidare upplevs en oro för att inte ha förmåga att använda passande ord när man pratar med patienter (Tsai, 2004; Tsai & Hsiung, 2003) och att sexualitet är ett ämne som överlag är svårt att diskutera (Hautamaki et al., 2007).

Sjuksköterskor anser att det är patienters ansvar att ta upp sexuellt relaterade frågor (Stead et al., 2003) och de engagerar sig inte i sexuella problem förrän patienter indikerar en vilja att diskutera

sexualitet eller ställer frågor kring ämnet (Quinn et al., 2011). Om inte patienter frågar anser inte sjuksköterskor att det är ett problem och därför inte något som behöver diskuteras (Lavin & Hyde, 2006). En del sjuksköterskor tycker till och med att ämnet inte bör tas upp om inte patienter gör det själva (Julien et al., 2010; Magnan & Reynolds, 2006; Magnan et al., 2005; Saunamäki et al., 2010; Zeng et al., 2011).

Personliga hinder

Under detta tema belyses hinder som kan kopplas till sjuksköterskors känslomässiga upplevelser. Dessa hinder kan lika väl vara kopplade till patientens reaktion men upplevs av sjuksköterskan. Beskrivna hinder innefattar en upplevelse från sjuksköterskan om vad patienten vill/inte vill diskutera och genanspekten från bådadas håll. Patientens integritet belyses och åldersrelaterade hinder framkommer.

Sjuksköterskor känner oro för att inte kunna bygga upp en bra relation med patienten om hon ställer sexuellt relaterade frågor och det visar sig att patienten inte vill tala om det. Denna oro hindrar dem i att utföra uppgiften. Det finns även en oro över att deras frågor kan komma att förvirra patienter och att dessa medvetet undanhåller information av sexuell karaktär vilket kan försvåra kommunikationen (Tsai, 2004; Tsai & Hsiung, 2003).

Sjuksköterskor uttrycker att det känns obekvämt att fråga patienter om deras sexualitet (Julien et al., 2010; Lavin & Hyde, 2006; Magnan & Reynolds, 2006; Magnan et al., 2005; Quinn et al., 2011) och de känner sig överlag obekväma och osäkra i ämnet (Zeng et al., 2011). Överhuvudtaget kan det kännas främmande för sjuksköterskor att patienter har ett sexliv (Quinn et al., 2011). Sjuksköterskor uttrycker också att de känner sig obekväma i att initiera samtalet då patienter är tillsammans med anhöriga på salen (Rana et al., 2007).

Att kommunicera med patienter om sexualitet är något som upplevs som pinsamt för sjuksköterskor (Lavin & Hyde, 2006; Maes & Louis, 2011; Stead et al., 2003; Tsai, 2004; Tsai & Hsiung, 2003) och de har ett bristande självförtroende samt en låg känsla av trygghet i uppgiften vilket blir ett ytterligare hinder i kommunikationen (Julien et al., 2010; Maes & Louis, 2011; Magnan & Reynolds, 2006; Magnan et al., 2005; Quinn et al., 2011; Saunamäki et al., 2010; Tsai, 2004). Ett hinder till att frågor av sexuell karaktär uteblir är att sjuksköterskor tror att patienter kommer skämmas och inte veta hur de ska svara på frågorna (Tsai, 2004; Tsai & Hsiung, 2003).

Sjuksköterskor tycker att patienters sexualitet är något som är privat och intimt och därför ska inte frågor ställas kring det ämnet (Özdemir & Akdemir, 2008; Zeng et al., 2011). Utöver att sexualitet är för privat att tala om är de också oroliga för att kränka patientens integritet (Magnan & Reynolds, 2006; Magnan et al., 2005; Tsai, 2004). På grund av rädsla för att uppröra patienter med orsak av ämnets känsliga natur kan den sexuella aspekten av kommunikationen komma att utebli (Lavin & Hyde, 2006). De sjuksköterskor som är obekväma med att prata om sex i allmänhet, tycker också att sex är för personligt att prata med patienter om (Saunamäki et al., 2010).

Det finns en uttalad oro bland sjuksköterskor för att åldersskillnad och könsskillnad ska inverka negativt på kommunikationen. Kvinnliga sjuksköterskor som talar med manliga patienter är rädda för att uppfattas som trakasserande (Nakopoulou et al., 2009). En rädsla finns bland sjuksköterskor att patienter ska känna sig förförda eller komma med sexuella anspelningar (Tsai, 2004; Tsai & Hsiung, 2003). Det känns i allmänhet obekvämt att tala med det motsatta könet om sexualitet (Maes & Louis, 2011) och sjuksköterskor vet inte heller hur de ska gå tillväga. Att patientens familj och egna kollegor ska motsätta sig att ämnet diskuteras kan även vara en hindrande faktor (Tsai, 2004; Tsai & Hsiung, 2003).

Sjuksköterskor kan undvika att tala om sexualitet på grund av att de anser att patienterna är för gamla (Stead et al., 2003). Det kan ibland anses som opassande att ställa frågor av sexuell karaktär till patienter över 50 år och överlag obekvämt ta upp sexuell hälsa med patienter som är äldre än dem själva (Maes & Louis, 2011). Om det finns en åldersskillnad åt något håll tror sjuksköterskor att varken patienter eller sjuksköterskor skulle vara bekväma med att initiera en konversation om sex vilket ger begränsade möjligheter till kommunikation (Nakopoulou et al., 2009). Att patienter anser att sjuksköterskor är för unga för att förstå dem upplevs även som ett hinder (Tsai, 2004; Tsai & Hsiung, 2003).

Det finns en oro för att patienter skulle bli förvånade ifall de blev tillfrågade om sex (Stead et al., 2003). Sjuksköterskor tror inte att patienter förväntar sig att få frågor om sexualitet, och därför ställs heller inga sådana frågor (Julien et al., 2010; Magnan et al., 2005; Saunamäki et al., 2010). Sjuksköterskor upplever att deras religion påverkar hur de pratar med sina patienter om sex (Lavin & Hyde, 2006; Tsai, 2004; Tsai & Hsiung, 2003) och att öppna samtal kring sexualitet är något som inte ingår i den egna kulturen (Lavin & Hyde, 2006).

Diskussion

Metoddiskussion

Litteraturöversikt som vald metod för examensarbetet var relevant på grund av att den gav en effektiv överblick av vilka hinder som fanns beskrivna i aktuell vetenskaplig litteratur. Jämförelsen i denna litteraturöversikt bestod i att påvisa samma sorts hinders förekomst i flera artiklar. Artiklarna som användes var skrivna på engelska och författarnas modersmål är svenska vilket kan ha medfört en viss feltolkning som eventuellt har påverkat resultatet. Med hjälp av Fribergs analysmetod har det resultat som eftersträvades framkommit, vilket höjer validiteten (Friberg, 2006). I några av artiklarna kunde hindren ses som ospecifika. Exempelvis så har det engelska ordet *resources* kategoriserats som en yttre faktor då det i artikeln inte gavs någon specifik förklaring av detta begrepp. Denna kategorisering och liknande gjordes med grund i artiklarnas diskussion och/eller slutsats.

Inget intresse lades vid de beskrivna hindrens orsaker eller betydelser då de inte hade något värde för denna litteraturöversikts syfte. Detta gör att validiteten i översikten blir hög då inget annat än det som avsågs undersökas presenterades. Om tiden och/eller resurserna hade varit mindre begränsade kunde flera artiklar granskats och fler hinder som inte redovisas i abstraktet kunnat framkomma. Om alla artiklar granskats och lästs i sin helhet innan de förkastades kunde eventuella bifynd framkommit som svarade på syftet (Olsson & Sörensen, 2007). På grund av att ett stort antal artiklar beskrev samma eller liknande hinder kan reliabiliteten hos respektive artikel stärkas och då även stärka detta i litteraturöversikten. Genom att både kvalitativa och kvantitativa artiklar användes gjordes en så kallad triangulering då ett fenomen undersöks på olika sätt eller ur olika synvinklar. Detta gör att reliabiliteten i denna litteraturöversikt styrks och förbättras (Forsberg & Wengström, 2008). Det slutgiltiga steget i analysen var att tematisera de olika hindren och artiklar med olika ansats behandlades som likvärdiga. Trots att artiklarna hade olika ansats kunde ändå deras resultat jämföras på grund av syftets specificitet (Axelsson, 2008).

Möjligtvis kunde relevanta artiklar ha förbisetts då inga andra databaser än Cinahl och PubMed användes. Dessa databaser valdes främst för att den mest relevanta forskningen finns publicerad i där (Thorén-Jönsson, 2008). Att använda fler databaser kunde ha genererat fler relevanta träffar och därmed ytterligare höjt denna litteraturöversikts reliabilitet och validitet. Inga artiklar på andra språk än engelska valdes ut trots möjligheten att göra detta i databaserna. Inga litteraturöversikter togs med då dessa inte hade något värde för resultatet på grund av andrahandskällor vilka ska undvikas i en litteraturöversikt (Aveyard, 2010). På grund av tidsbegränsning valdes inga andra sökmetoder än databassökning. Då flertalet artiklar återkom under de flesta sökorden, oavsett kombination, ansågs dessa vara relativt heltäckande. På grund av att några av artiklarna inte uppfyllde samtliga punkter i granskningsmallarna kan kvaliteten ifrågasättas. Dock ansågs artiklarna ändå hålla god kvalitet samt vara till nytta för resultatet och svara på syftet.

I resultatet togs ingen hänsyn till majoritet i svaren om de tillfrågade hindren och inte heller till om författarna själva ansåg att deras resultat var relevant eller statistiskt signifikant. Hinder som togs upp av en minoritet av sjuksköterskor i artiklarna togs med i resultatet eftersom syftet med denna litteraturöversikt var att kartlägga de hinder som existerar, och inte att redovisa antalet sjuksköterskor som upplevde de olika hindren. Om endast en sjuksköterska beskrev eller uppgav ett hinder visar det ändå på att hindret existerar. Dock har ett fåtal hinder som endast förekommit i en artikel valts bort i ett försök att behålla reliabiliteten. I analysmodellens tredje steg, då sorteringen av hinder gjordes, ansågs att dessa hinder inte hade något gemensamt med övriga och kunde därför inte placeras in under något tema.

Det framkom inte i alla artiklar att de hade genomgått en etisk granskning men på grund av begränsad mängd relevanta artiklar inkluderades dessa likväl. Rimligt var att anta att artiklarna som inte redovisade en etisk granskning ändå genomgått en sådan och godkänts av en etisk kommitté. Detta eftersom artiklarna var peer reviewed och vid en sådan är etisk granskning ett steg i att godkänna en artikel för publicering (Benos et al., 2007). Endast publicerad forskning har använts och Helsingforsdeklarationen säger att all publicerad forskning ska vara etiskt granskad av både författaren och av den som publicerar (World Medical Association, 2008).

Trots att ett par artiklar inte specificerade sjuksköterskors svar valdes dessa ändå att tas med då majoriteten av de tillfrågade var sjuksköterskor, vilket var ett inklusionskriterie. Detta medförde att resultatet får en lägre validitet eftersom författarna inte med säkerhet kan säga att det är sjuksköterskor som har uppgett hindren. Däremot var det högst troligt att minst en sjuksköterska i dessa artiklar beskrev redovisade hinder på grund av majoriteten i undersökningsgruppen.

I två av artiklarna som tog en stor plats i resultatet var undersökningarna gjorda i Taiwan. Samma person fanns med som författare i båda artiklarna. Dessa båda faktorer påverkade resultatet genom att de genomgående verifierade varandras resultat - ett hinder som fanns upptaget i den ena fanns även upptaget i den andra. Två övriga artiklar använde sig också av samma sorts frågeformulär och verifierade därför varandra genomgående på samma sätt. Detta gjorde att artiklarna ej refererades fristående. Önskvärt hade varit att alla artiklar använt sig av olika sorters frågeformulär så att fler hinder kunde framkommit i resultatet. Alternativt hade fler artiklar med kvalitativ ansats kunnat visa på fler hinder eftersom de intervjuade då inte är styrda av frågorna.

Vissa artiklar hade inte som huvudsyfte att undersöka hinder. Hinder framkom som bifynd och det är dessa som tagits med i litteraturöversiktens resultat. Detta sågs inte som något som sänker litteraturöversiktens reliabilitet eftersom hindren som framkom som bifynd ändå har redovisats under artiklarnas resultatdel.

Resultatdiskussion

I resultatet framkom att några hinder förekom mer frekvent än andra. Dessa hinder kunde därmed tolkas som betydande för sjuksköterskor i vården i samband med att kommunicera om sexualitet. Att något upplevs som ett hinder behöver däremot inte betyda att hon aldrig utför uppgiften.

Ett av de stora hindren var att sjuksköterskor skämdes och/eller trodde att patienter tyckte det var pinsamt att diskutera sex. Sjuksköterskors värderingar om sexualitet, sina egna och patienters, kan ha en inverkan på om ämnet upplevs som pinsamt att diskutera eller inte. Det är viktigt att sjuksköterskor är medvetna om dessa värderingar så att de inte hindrar dem i kommunikationen (Travelbee, 1971). Om sjuksköterskor trotsar sin genans och ändå tar upp frågan kan denna genans uppfattas som besvärande av patienter och därmed försvåra kommunikationen. Travelbee (1971) säger att patienter ska kunna vara säkra på att det de säger inte kommer att förlöjligas. Om sjuksköterskor tycker det är pinsamt att prata om sexualitet och visar det med kroppsspråket, så kallad icke-verbal kommunikation (Eide & Eide, 2009), kan patienter få en uppfattning om att det inte är accepterat att prata om sex.

Istället för att koppla sexualitet till samlag och erotik så skulle sjuksköterskor förmodligen vara hjälpta av att ha WHO's definition av sexuell hälsa i åtanke där även kärlek och närhet har stor betydelse (World Health Organization, 2006). Detta tankesätt skulle kunna göra situationen mindre obekvämt för sjuksköterskor och även för patienter, om det poängteras i en initierande fas av samtalet. Med hjälp av en standardiserad mall kan frågan om sexualitet bli avdramatiserad.

Detta kan även hjälpa sjuksköterskor att se patienters sexualitet som endast en av flera aspekter av patientens hälsa (French, 2010).

I resultatet framkom att brist inom områdena kunskap, utbildning och erfarenhet var ett stort hinder som sjuksköterskor upplevde. Eftersom information som framkommer genom kommunikation ska vara till nytta för patienten (Travelbee, 1971) kan eventuellt sjuksköterskor undvika att ta upp frågor av sexuell karaktär. Detta kan bero på att hon känner att hon inte har adekvat information som kan hjälpa patienten. Trots att sjuksköterskor upplever att de inte har tillräcklig kunskap om ämnet kan information som kommer från patienten vara till nytta för omvårdnaden. Då de upplever avsaknad av kunskap och utbildning är det ändå viktigt att de inte förbiser ämnet. Målet med samtalet behöver inte vara att ett eventuellt problem ska lösas, utan att ge patienten tillåtelse att uttrycka sig. De bör lyfta frågan och ta diskussionen utefter de förutsättningar som uppstår. Sjuksköterskor har ett ansvar i sin profession att hålla sig uppdaterad om den senaste forskningen och även ett ansvar att se till att deras kunskap är tillräcklig inom de områden de verkar i (Socialstyrelsen, 2005; Svensk sjuksköterskeförening, 2007). Därför ska hindret "att inte ha tillräcklig kunskap om ämnet" inte ha någon betydelse i huruvida sjuksköterskor utför uppgiften eller inte eftersom det är deras skyldighet att ta reda på det de inte vet eller kan.

Sjuksköterskor beskrev hur de tyckt att det inte var deras jobb att prata om sexualitet med patienter. De hänvisade hellre till någon med mer kunskap och erfarenhet inom ämnet som exempelvis en gynekolog eller sexolog. För att sjuksköterskor ska kunna ge begränsad information behöver de ha ett tillåtande förhållningssätt gentemot patienter för att därefter avgöra vilken typ av information och hjälp patienter är i behov av. Även om hon inte kan tillgodose patienters behov av rådgivning eller sexualterapi kan hon genom att lyfta frågan hänvisa dem till andra yrkeskategorier (Taylor & Davis, 2006).

Sexualitet ingår i omvårdnad (Gamnes, 2008) och Travelbee (1971) säger att det är sjuksköterskors ansvar att bistå patienter med omvårdnad. En orsak till att sjuksköterskor inte anser att det är deras jobb kan vara att de ser sexualitet som något medicinskt, vilket går helt emot det som WHO anser om sexualitet (World Health Organization, 2006). Trots att omvårdnad är något enskilt och ej alltid beroende av läkares diagnoser (Travelbee, 1971) kan det vara svårt för sjuksköterskor att sortera ut det som anses som omvårdnad. Detta på grund av ansvarsförskjutningen inom sjukvården där sjuksköterskor får ta över mer och mer medicinska uppgifter (Dagens Medicin, 2002). Det är sjuksköterskor som har ansvar för att genomföra ett ankomstsamtal med nyinskrivna patienter (Ehnfors et al., 2000) och i de flesta mallarna som ligger till grund för dokumentation ingår sexualitet. Det kan därför ifrågasättas varför sjuksköterskor inte ser det som sin arbetsuppgift.

Att patienter har svåra sjukdomar och/eller livshotande tillstånd är något som visade sig hindra en kommunikation om sexualitet. Sexuellt relaterade frågor var lågt prioriterade vilket är förståeligt då sjuksköterskor främst värnar om de vitala funktionerna (Araujo, Durante, Feldman, Goldstein, & McKinaly, 1998). Anmärkningsvärt är att kronisk sjukdom uppgavs som ett hinder för att sexualitet skulle tas upp med patienter. Att hjälpa patienter uppnå största möjliga subjektiva och objektiva hälsa är ett av sjuksköterskans ansvarsområden (Travelbee, 1971) vilket blir omöjligt om sjuksköterskor förutsätter att patienter med kronisk sjukdom inte är intresserade av sex. Det är möjligt att sjuksköterskor i dessa fall inte har tillräckligt stor kunskap i sin egen profession och istället förlitar sig på sin känsla om vad som är passande. Enligt Travelbee (1971) bör sjuksköterskor ha insikt i sina egna värderingar för att kunna utföra en hjälpande kommunikation. Kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska (Socialstyrelsen, 2005) säger att hon behöver informera och undervisa patienter även ifall de inte har ett uttalat informationsbehov. Med insikt om vad som är professionens och vad som är egna åsikter bör sjuksköterskor åsidosätta sina egna uppfattningar om patienter och sexualitet.

Kliniska implikationer samt förslag till vidare forskning

Det framkomna resultatet i denna litteraturöversikt kan som förväntat ej endast ha en akademisk förmån utan även vara till nytta för verksamheter inom hälso- och sjukvården. Genom att under verksamhetsförlagd utbildning och på framtida arbetsplatser tillhandahålla denna litteraturöversikt kan frågan uppmärksammas. Den kan leda till diskussioner hos sjuksköterskor och en reflektion över hur de presenterade hindren överensstämmer med självupplevda hinder och hur de har påverkat kommunikation om sexualitet med patienter. Förhoppningsvis kan en ökad uppmärksamhet om ämnet leda till att de patienter som önskar diskutera sexualitet med sjuksköterskan ges en möjlighet att göra det.

Det första steget i att förstå ett problem är att beskriva vilka problemen är. Förslag till vidare forskning är att beskriva orsakerna till dessa hinder, exempelvis med hjälp av kvalitativ forskning för att djupgående förstå bakomliggande orsaker och därmed kunna använda resultatet för en förändring på organisationsnivå.

Slutsatser

De hinder som framkommer har visat sig vara mer beroende av inre faktorer såsom känslor, attityder och fördomar snarare än yttre faktorer, exempelvis organisationsstruktur och arbetsmiljö. Även hinder som beskrivs inom professionens områden är till stor del färgade av sjuksköterskors personlighet. Slutsatsen blir således att det är den mänskliga faktorn som blir hindrande i slutändan. Dock kan inte organisationen anses vara ansvarsbefriad om inte sjuksköterskor utför kommunikation om sexualitet som arbetsuppgift.

Referenser

- Araujo, A. B., Durante, R., Feldman, H. A., Goldstein, I., & McKinaly, J. B. (1998). The relationship between depressive symptoms and male erectile dysfunction: Cross-sectional results from the Massachusetts male aging study. *Psychosomatic Medicine*, 60(4), 458-465.
- Aveyard, H. (2010). *Doing a literature review in health and social care: a practical guide*. Maidenhead: Open University Press.
- Axelsson, Å. (2008). Litteraturstudie. In M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Eds.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (1:2 ed., pp. 173-188). Lund: Studentlitteratur.
- Benos, D. J., Bashiri, E., Chaves, J. M., Gaggar, A., Kapoor, N., LaFrance, M., . . . McGowan, S. (2007). The ups and downs of peer review. *Advances in Physiology Education*.(31), 145-152. doi: 10.1152/advan.00104.2006
- Bor, R., & Watts, M. (1993). Talking to patients about sexual matters. *British Journal of Nursing (BJN)*, 2(13), 657-661.
- Cil 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. doi: 10.1007/s11195-010-9185-1
- Dagens Medicin. (2002). Sjuksköterskor ska utbildas till att utföra läkaruppgifter. Retrieved 29/12, 2011, from <http://www.dagensmedicin.se/nyheter/sjukskoterskor-ska-utbildas-till-att-utfora-lakaruppgifter/>
- DePoy, E., & Gitlin, L. (1999). *Forskning - en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.
- Ehnfors, M., Ehrenberg, A., & Thorell-Ekstrand, I. (2000). *VIPS-boken*. Stockholm: Vårdförbundet.
- Eide, H., & Eide, T. (2009). *Omvårdnadsorienterad kommunikation*. Lund: Studentlitteratur.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. (1 ed.). Stockholm: Natur och Kultur.
- French, K. (2010). How to improve your sexual health history-taking skills. *Practice Nurse*, 40(2), 27-30.
- Friberg, F. (2006). Att göra en litteraturöversikt. In F. Friberg (Ed.), *Dags för uppsats* (pp. 115-124). Lund: Studentlitteratur.
- Gamnes, S. (2008). Kärlek, närhet och sexualitet. In N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Eds.), *Grundläggande omvårdnad* (Vol. 3, pp. 39-79). Stockholm: Liber AB.
- Hautamaki, K., Miettinen, M., Kellokumpu-Lehtinen, P. L., Aalto, P., & Lehto, J. (2007). Opening communication with cancer patients about sexuality-related issues. *Cancer Nursing*, 30(5), 399-404.

- Jaarsma, T., Stromberg, A., Fridlund, B., De Geest, S., Martensson, J., Moons, P., . . . Thompson, D. R. (2010). Sexual counselling of cardiac patients: nurses' perception of practice, responsibility and confidence. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, *9*(1), 24-29. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2009.11.003
- Jahren Kristoffersen, N. (2008). Hälsa och sjukdom. In N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Eds.), *Grundläggande omvårdnad*. (Vol. 1, pp. 28-77). Stockholm: Liber AB.
- Jensen, P. T., Groenvold, M., Klee, M. C., Thranov, I., Petersen, M. A., & Machin, D. (2003). Longitudinal study of sexual function and vaginal changes after radiotherapy for cervical cancer. *Int. J. Radiation Oncology Biol. Phys.*, *56*(4), 937-949.
- 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), E186-190. doi: 10.1188/10.onf.e186-e190
- 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.
- Letts, C., Tamlyn, K., & Byers, E. S. (2010). Exploring the impact of prostate cancer on men's sexual well-being. *Journal of Psychosocial Oncology*, *28*(5), 490-510. doi: 10.1080/07347332.2010.498457
- Maes, C. A., & Louis, M. (2011). Nurse Practitioners' Sexual History-Taking Practices with Adults 50 and Older. *Journal for Nurse Practitioners*, *7*(3), 216-222. doi: 10.1016/j.nurpra.2010.06.003
- Magnan, M. A., & Reynolds, K. (2006). Barriers to addressing patient sexuality concerns across five areas of specialization. *Clinical Nurse Specialist: The Journal for Advanced Nursing Practice*, *20*(6), 285-292.
- Magnan, M. A., Reynolds, K. E., & Galvin, E. A. (2005). Barriers to addressing patient sexuality in nursing practice. *MEDSURG Nursing*, *14*(5), 282-290.
- Nakopoulou, E., Papaharitou, S., & Hatzichristou, D. (2009). Patients' Sexual Health: A Qualitative Research Approach on Greek Nurses' Perceptions. *J Sex Med*(6), 2124-2132.
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2007). *Forskningsprocessen - kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. (2 ed.). Stockholm: Liber AB.
- 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*(1), 21-28. doi: 10.1111/j.1447-0349.2010.00705.x
- Rana, Y., Kanik, A., Ozcan, A., & Yuzer, S. (2007). Nurses' approaches towards sexuality of adolescent patients in Turkey [corrected] [published erratum appears in J CLIN NURS 2007 Aug;16(8):1397]. *Journal of Clinical Nursing*, *16*(4), 638-645.
- Rubin, R. (2005). Communication about sexual problems in male patients with multiple sclerosis. *Nursing Standard*, *19*(24), 33-37.

- Saunamäki, N., Andersson, M., & Engström, M. (2010). Discussing sexuality with patients: nurses' attitudes and beliefs. *Journal of Advanced Nursing*, 66(6), 1308-1316. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05260.x
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen
- Stead, M., Brown, J., Followfield, L., & Selby, P. (2003). Lack of communication between healthcare professionals and women with ovarian cancer about sexual issues. *British Journal of Cancer*(88), 666-671. doi: 10.1038/sj.bjc.6600799
- Svensk sjuksköterskeförening. (2007). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- Taylor, B., & Davis, S. (2006). Using the Extended PLISSIT model to address sexual healthcare needs. *Nursing Standard*, 21(11), 35-40.
- Thorén-Jönsson, A.-L. (2008). Grounded theory. In M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Eds.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (1:2 ed., pp. 107-123). Lund: Studentlitteratur.
- Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphia: Davis.
- Tsai, Y. (2004). Nurses' facilitators and barriers for taking a sexual history in Taiwan. *Applied Nursing Research*, 17(4), 257-264.
- Tsai, Y., & Hsiung, P. (2003). Aboriginal nurses' perception of facilitators and barriers for taking a sexual history in Taiwan. *Public Health Nursing*, 20(4), 281-286.
- World Health Organization [WHO]. (2006). *Defining sexual health*. Geneva: World Health Organization.
- World health organization [WHO]. (2011). Presentation: "Designing the road to better health and well-being in Europe" at the 14th European Health Forum Gastein. Bad Hofgastein.
- World Medical Association. (2008). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>
- Zeng, Y.-C., Li, Q., Wang, N., Ching, S. S. Y., & Loke, A. Y. (2011). Chinese nurses' attitudes and beliefs toward sexuality care in cancer patients. *Cancer Nursing*, 34(2), E14-20.
- Özdemir, L., & Akdemir, N. (2008). Nurses' knowledge and practice involving patients' resuming sexual activity following myocardial infarction: implications for training. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 26(1), 42-52.

Bilagor

Bilaga I: Protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod

Protokoll för basala kvalitetskriterier för studier med kvalitativ metod

Del I.

Beskrivning av studien

Beskrivs problemet i bakgrunden?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
Kunskapsläget inom det aktuella området är beskrivet?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
Är syftet relevant till ert examensarbete?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
Är urvalet beskrivet?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej

Samtliga frågor ska besvaras med ja för att artikeln ska granskas med hjälp av frågorna i Del II. Vid Nej på någon av frågorna ovan exkluderas artikeln.

Del II

Kvalitetsfrågor

Beskrivs vald kvalitativ metod?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
Hänger metod och syfte ihop? (Kvalitativt syfte – kvalitativ metod)	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
Beskrivs datainsamlingen?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
Beskrivs dataanalysen?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
Förs det några etiska resonemang?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
Diskuteras tillförlitlighet och trovärdighet i metoddiskussionen?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
Diskuteras huvudfynd i resultatdiskussionen?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
Skер återkoppling till teoretisk utgångspunkt i diskussionen?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej

Är resultatet relevant för ert syfte?

Om ja, beskriv:

.....
.....
.....

Om nej, motivera kort varför och exkludera artikeln:

.....
.....
.....

Forskningsmetod (t ex fenomenologi, grounded theory)

.....
.....

Patientkaraktistiska

Antal.....

Ålder.....

Man/Kvinna.....

Granskare sign:

Bilaga 2: Protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvantitativ metod

Protokoll för basala kvalitetskriterier för studier med kvantitativ metod

Del I.

Beskrivning av studien

Beskrivs problemet i bakgrunden?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
Kunskapsläget inom det aktuella området är beskrivet?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
Är syftet relevant till ert examensarbete?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
Är urvalet beskrivet?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej

Samtliga frågor ska besvaras med ja för att artikeln ska inkluderas till fortsatt granskning. Vid Nej på någon av frågorna ovan exkluderas artikeln.

Del II

Kvalitetsfrågor

Hänger metod och syfte ihop? (Kvantitativt syfte – kvantitativ metod)	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
Beskrivs statistiska metoder?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
Beskrivs datainsamlingen?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
Förs det några etiska resonemang?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
Diskuteras validitet och reliabilitet i metoddiskussionen?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
Diskuteras huvudfynd i resultatdiskussionen?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
Sker återkoppling till teoretisk utgångspunkt i diskussionen?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej

Är resultatet relevant för ert syfte?

Om ja, beskriv:

.....
.....
.....

Om nej, motivera kort varför och exkludera artikeln:

.....
.....
.....

Forskningsmetod (t ex RCT, tvärsnittsstudie)

.....
.....

Patientkaraktistiska

Antal.....

Ålder.....

Man/Kvinna.....

Granskare sign:

Bilaga 3: Matris för resultatartiklar

Författare, år och tidskrift	Titel	Ansats	Resultat
Stead, ML., Brown, JM., L Fallowfield, L. & Selby, P. (2003) <i>British Journal of Cancer</i>	Lack of communication between healthcare professionals and women with ovarian cancer about sexual issues.	Kvalitativ	Orsaker till att inte diskutera sexuella problem omfattade: 'inte mitt ansvar', 'painsamhet', 'brist på kunskap och erfarenhet', 'brist på resurser att ge stöd om det behövs'.
Rana, Y., Kanik, A., Ozcan, A. & Yuzer, S. (2007) <i>Journal of Clinical Nursing</i>	Nurses' approaches towards sexuality of adolescent patients in Turkey	Kvalitativ	Hälften av sjuksköterskorna hade svårigheter med att initiera samtal om sexualitet med patienterna.
Quinn, C., Happell, B. & Browne, G. (2011) <i>International Journal of Mental Health Nursing</i>	Talking or avoiding? Mental health nurses' views about discussing sexual health with consumers	Kvalitativ	De flesta deltagarna var motvilliga att fråga om patienternas oro och tenderade att antingen ignorera frågor eller hänvisa till annan medarbetare.
Marie Lavin, M. & Hyde, A. (2006) <i>European Journal of Oncology Nursing</i>	Sexuality as an aspect of nursing care for women receiving chemotherapy for breast cancer in an Irish context	Kvalitativ	Deltagarna uttryckte ilska och frustration när de diskuterade hinder för att införliva sexualitet i sitt arbete.
Hautamäki, K., Mietinen, M., Kellokumpu-Lehtinen, P-L., Aalto, P. & Lehto, J (2007) <i>Cancer Nursing</i>	Opening Communication With Cancer Patients About Sexuality-Related Issues	Kvantitativ	Huvudfyndet var att bristen på utbildning och erfarenhet var den främsta orsaken till att sjuksköterskan inte tog upp sexualitet med patienterna.
Tsai, Y-F. (2004) <i>Applied Nursing Research</i>	Nurses' Facilitators and Barriers for Taking a Sexual History in Taiwan	Kvantitativ	De största upplevda hindren var att patienter kände sig generade eller att sexualitet inte var relevant i deras behandling, och att det inte fanns någon att hänvisa till för vidare konsultation.
Maes, C A. & Louis, M. (2011) <i>The Journal for Nurse Practitioners - JNP</i>	Nurse Practitioners' Sexual History-Taking Practices with Adults 50 and Older	Kvantitativ	De största hindren för att ta en sexuell anamnes var tidsbrist, avbrott och begränsade kommunikationsförmågor.
Julien, J O., Thom,	Identification of Bar-	Kvantitativ	Onkologsjuksköterskor

B. & Kline, N E. (2010) <i>Oncology Nursing Forum</i>	riers to Sexual Health Assessment in Oncology Nursing Practice		och sjuksköterskor i öppenvården identifierade färre attitydmässiga hinder än ickelegitimerade sjuksköterskor samt sjuksköterskor inom slutenvården.
Nina Saunamaäki, N., Andersson, M. & Engström, M. (2010) <i>Journal of Advanced Nursing</i>	Discussing sexuality with patients: nurses' attitudes and beliefs	Kvantitativ	Majoriteten av sjuksköterskorna upplevde sig inte ha tid att diskutera sexuella problem samt kände sig inte heller säkra på sin förmåga att hantera patienternas sexuella.
Nakopoulou, E., Papaharitou, S. & Hatzichristou, D. (2009) <i>J Sex Med</i>	Patients' Sexual Health: A Qualitative Research Approach on Greek Nurses' Perceptions	Kvantitativ	Olika orsakerna som påverkade sjuksköterskornas vilja att prata med patienterna om sexualitet: som kön- och åldersskillnad, uppväxt, tidsbrist och avskildhet, begränsad kunskap om sjuksköterskerollen.
Zeng, Y-C., MMed, Q L., Wang, N., Ching S.Y., S & Yuen Loke, A. (2011) <i>Cancer Nursing</i>	Chinese Nurses' Attitudes and Beliefs Toward Sexuality Care in Cancer Patients	Kvantitativ	De flesta sjuksköterskorna tog sig inte tid att diskutera sexualitet med patienterna och kände sig inte säkra och bekväma med att diskutera patienternas oro kring sexuella problem.
Magnan, M. A., Reynolds, K. E. & Galvin, E. A. (2005) <i>MEDSURG Nursing</i>	Barriers to Addressing Patient Sexuality in Nursing Practice	Kvantitativ	Utbildning behövs för att hjälpa sjuksköterskor att känns sig säkra och trygga i rollen att handskas med patienter och deras sexualitet.
Magnan, M. A. & Reynolds, K. (2006) <i>Clinical Nurse Specialist</i>	Barriers to Addressing Patient Sexuality Concerns Across Five Areas of Specialization	Kvantitativ	Det största upplevda hindret för att ta en sexuell anamnes: patienten förväntar sig inte att sjuksköterskor ska ta upp sexuellt relaterade problem
Yun-Fang Tsai, Y-F. & Hsiung, P-C. (2003) <i>Public Health Nursing</i>	Aboriginal Nurses' Perception of Facilitators and Barriers for Taking a Sexual History in Taiwan	Kvantitativ	De största upplevda hindren var: patienterna kände sig generade var och visste inte hur de skulle svara på frågor, och patienterna undanhöll medvetet information.