

EXAMENSARBETE - KANDIDATNIVÅ

I VÅRDVETENSKAP MED INRIKTNING MOT OMVÅRDNAD
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
2012:86

Sexuell ohälsa - ett känsligt ämne för sjuksköterskor att
tala med patienter om?
En litteraturöversikt

Sara Hedback
Anna Kasenova



HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

| | |
|------------------------|--|
| Examensarbetets titel: | Sexuell ohälsa - ett känsligt ämne att tala om för sjuksköterskor med patienter? En litteraturöversikt |
| Författare: | Sara Hedback, Anna Kasenova |
| Huvudområde: | Vårdvetenskap med inriktning mot omvårdnad |
| Nivå och poäng: | Kandidatnivå, 15 högskolepoäng |
| Kurs: | SSK06 |
| Handledare: | Marianne Johansson |
| Examinator: | Elisabeth Jangsten |

Sammanfattning

Eftersom sexualitet anses vara en del av människans basala behov innebär det att sjuksköterskor bör se sexuell hälsa och ohälsa som en del av sitt ansvarsområde. Tidigare studier har visat ur ett patientperspektiv att sjuksköterskor inte gör detta i tillräckligt stor utsträckning, och under sökordet sexualitet/reproduktion dokumenteras det väldigt sällan. Ur ett sjuksköterskeperspektiv är det därför viktigt att undersöka vad detta beror på. Syftet är att med hjälp av en litteraturöversikt undersöka om sjuksköterskor talar om sexuell ohälsa med sina patienter, och om de inte gör det vilka är då de upplevda bakomliggande hindren till detta. Metoden som användes var en litteraturöversikt som baserades på åtta vårdvetenskapliga artiklar med både kvantitativ och kvalitativ ansats där sjuksköterskornas upplevelser stod i fokus. Samtliga artiklar är publicerade mellan år 2004-2012. Genom analysen identifierades olika huvudkategorier och subkategorier. I resultatet framgår det att sjuksköterskor inte talar om sexuell ohälsa i särskilt stor utsträckning samt att det finns flera upplevda bakomliggande hinder till detta. Hindren identifierades och kunde delas in i fyra huvudkategorier och 14 subkategorier, och de mest framträdande hindren berodde på sjuksköterskans professionella och personliga aspekter samt de föreställningar som fanns om patienten. I diskussionen lyftes dessa två mest framträdande hindren upp och ett resonemang fördes kring vikten av sjuksköterskans tidigare yrkeserfarenhet samt utbildning och dess påverkan på den vård man ger patienter i samband med sexuell ohälsa. Slutsatsen är att majoriteten av sjuksköterskor inte talar om sexuell ohälsa med sina patienter samt att det finns ett flertal olika hinder till detta.

Nyckelord: Sexuality, Sexual Health, Barriers, Nursing, Attitudes, Sexual Dysfunction, Communication, Patient.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

| | |
|--|-----------|
| INLEDNING | 1 |
| BAKGRUND | 1 |
| Sexualitet | 2 |
| Sexuell hälsa | 2 |
| Sexuell ohälsa ur ett historiskt perspektiv | 3 |
| Olika typer av sexuella dysfunktioner | 3 |
| Vårdvetenskapliga begrepp | 5 |
| Vårdrelation | 5 |
| Kommunikation | 5 |
| Lidande | 5 |
| Patientens upplevelse av sjuksköterskans bemötande vid sexuell dysfunktion | 6 |
| Sexuell hälsa och ohälsa ur ett vårdvetenskapligt perspektiv | 7 |
| PROBLEMFÖRMULERING | 8 |
| SYFTE | 8 |
| METOD | 8 |
| Litteratursökning | 8 |
| Urval och datainsamling | 9 |
| Dataanalys | 10 |
| RESULTAT | 11 |
| Tabell I. Översikt över huvudkategorier och subkategorier | 12 |
| Organisatoriska faktorer | 12 |
| Upplevelse av tidsbrist | 12 |
| Brist på riktlinjer | 13 |
| Fysiska miljön | 13 |
| Bristen av kontinuitet i vårdrelationen | 13 |
| Osäkerhet kring sjuksköterskans ansvarsområde inom sexuell hälsa och ohälsa | 14 |
| Sexuell ohälsa - en del av det holistiska vårdandet | 14 |
| Sjuksköterskor upplever att samtal om sexuell ohälsa med patienter inte ingår i deras arbete | 15 |
| Sjuksköterskans professionella och personliga aspekter | 15 |
| Brist på kunskap | 15 |
| Brist på yrkeserfarenhet och träning | 16 |
| Sjuksköterskans personliga inställning till sexuell ohälsa | 16 |
| Sjuksköterskans föreställningar om patienten | 17 |
| Patienten anser att ämnet är för privat | 17 |
| Patienten förväntar sig inte att det ingår i sjuksköterskans arbete att tala om sexuell ohälsa | 17 |
| Patienten upplevs vara för sjuk | 18 |
| Patientens ålder, kön och sexuella läggning | 18 |
| Patientens etnicitet | 18 |
| DISKUSSION | 19 |
| Metoddiskussion: | 19 |
| Resultatdiskussion: | 20 |
| Praktiska implikationer | 21 |
| Förslag till vidare forskning | 22 |

| | |
|-------------------------------------|-----------|
| SLUTSATSER | 22 |
| REFERENSER | 23 |
| BILAGOR | 26 |
| Bilaga I. Sökhistorik | 26 |
| Bilaga II. Artikelgranskning | 27 |

INLEDNING

Eftersom sexualitet är en viktig del av människans grundläggande behov (Hulter, 2004) är den sexuella ohälsan lika angeläget att bemöta och samtala om för sjuksköterskor med patienter som alla andra aspekter av hälsobegreppet. Detta motiveras av att sjuksköterskor inom vården ska använda en helhetssyn på människan där såväl kroppsliga, själsliga som andliga aspekter ska tas i akt vid vårdandet (Eriksson, 2002). Den sexuella hälsan kan av olika anledningar påverkas negativt, exempelvis på grund av olika fysiologiska och psykologiska sjukdomar och dess behandlingar (Fugl Meyer, K. & Fugl Meyer, A., 2010). I detta examensarbete kommer den sexuella ohälsan beskrivas som olika typer av sexuella dysfunktioner.

Författarnas intresse för ämnet väcktes dels under sjuksköterskeutbildningen men även av personligt intresse då målet är att vidareutbilda sig till barnmorskor i framtiden. I den teoretiska delen av sjuksköterskeutbildningen uppmärksammades att ämnet sexuell hälsa och ohälsa inte får tillräckligt med utrymme varken i studentlitteraturen eller i form av lektionsmaterial. På grund utav detta uppstår kunskapsluckor hos sjuksköterskestudenterna kring ämnet sexuell hälsa och hur den kan påverkas både negativt eller positivt av olika orsaker. Vidare uppstår även en kunskapslucka kring vilken inverkan en upplevd sexuell ohälsa kan ha på individen samt vilket samtalsbehov det kan tänkas finnas hos patienten. Även i den verksamhetsförlagda utbildningen observerades att fliken "sexualitet/reproduktion" ofta stod tom i de aktuella dokumentationsprogrammen, vilket författarna upplevde anmärkningsvärt.

Kan det vara så att dagens sjuksköterskor upplever sexuell ohälsa som ett känsligt ämne att tala med patienter om? Vad beror i så fall detta på? Förhoppningen är att denna litteraturöversikt bidrar till en ökad medvetenhet och ökad kunskap om ovanstående område hos både framtida och verksamma sjuksköterskor.

BAKGRUND

Enligt Hulter (2004) förknippas sexualitet med livslust och existentiella frågor, meningen med livet och möjligheter att uppleva känslomässiga möten med andra individer. Då sexuell ohälsa uppstår på grund av funktionshinder, sjukdom eller skada kan det väcka starka känslor av skuld, skam, ilska och sorg hos individen. Socialstyrelsen beskriver i sin *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska* (2005) att det är viktigt att sjuksköterskan ser människan ur ett helhetsperspektiv och ej riktar in sina insatser på enbart sjukdomstillståndet. Eriksson (2002) förklarar att vårdandets idé utgår ifrån en helhetssyn på människan, det vill säga ett holistiskt synsätt. Detta innebär att vi ser människan utifrån tre dimensioner; kropp, själ och ande. På så vis förstår vi helheten i tanke och handling, och vi är öppna för att påverka patientens tillstånd som helhet. Sjuksköterskan bör därmed kunna se till alla de mänskliga behoven, det vill säga såväl fysiska som psykiska samt sociala och andliga.

Eftersom sexualitet anses vara en del av människans basala behov innebär det att sjuksköterskan måste se sexuell hälsa och ohälsa som en del av sitt ansvarsområde (Hulter, 2004). I *Hälso- och sjukvårdslagen* (SFS 1982:763), 2 § och 3 § beskrivs bland

annat att vårdpersonal ska arbeta för att förebygga ohälsa och att patienten har rätt till individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd. Dessutom ska vården främja goda kontakter mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal.

I följande del av bakgrunden kommer sexuell hälsa, sexuell ohälsa samt relevanta vårdvetenskapliga begrepp att förtydligas. Avslutningsvis kommer författarna att beskriva patientens upplevelse av sjuksköterskans bemötande vid sexuell dysfunktion samt sjuksköterskans ansvar i samband med sexuell hälsa och ohälsa.

Sexualitet

Sexuell hälsa

Sexuell hälsa beskrivs av Världshälsoorganisationen (WHO, 2012) som ett tillstånd av emotionellt, mentalt och socialt välbefinnande relaterat till sexualitet. Frånvaro av sjukdom, dysfunktion eller svaghet är inget krav för att kunna uppnå detta. En av förutsättningarna för att uppnå och behålla den sexuella hälsan är att respektera och ta hänsyn till de sexuella rättigheter som finns beskrivna i nationella lagar och internationella dokument för mänskliga rättigheter. Det omfattar exempelvis rätten till att ha sexuella erfarenheter fria från förtryck, våld och diskriminering, ha fritt val av partner och ha högsta möjliga hälsa i relation till sexualitet. Att ha tillgång till sexuell och reproduktiv hälsa samt att kunna söka och tillägna sig information i samband med sexualitet ingår också i de sexuella rättigheterna.

Betydelsen av sexualiteten hos människan beskrivs som stor. Den anses vara en integrerad del av personligheten och en drivande kraft som får oss att söka kärlek, kontakt, värme, närhet och beröring med andra människor. Den kan uttryckas på olika sätt genom våra sinnen, det vill säga hur vi känner, tänker och interagerar med andra vilket exempelvis kan göras fysiskt genom beröring och socialt genom tal (Statens folkhälsoinstitut, 2012). Sexualitet anses också vara en väsentlig del av att vara människa genom hela livet och detta innebär därför att sexualitet inte är åldersbegränsat. Beckman, Waern, Gustafson och Skoog (2008) beskriver i sin studie att svenskar runt 70-årsåldern har under de senaste 30 åren fått en mer positiv attityd gällande sexualitet vilket visar sig i bland annat ett ökat antal äldre som är sexuellt aktiva. Statens folkhälsoinstitut (2012) har även påvisat i sin rapport om *Sex, hälsa och välbefinnande* att dagens äldre har en mer positiv inställning till sin sexualitet i jämförelse med tidigare generationer.

I en annan undersökning genomförd av Statens folkhälsoinstitut (1996), *Sex i Sverige*, kartlades svenskars sexualliv och sexuella vanor. I den ingick 5200 individer i åldrarna 18-74 år. Intervjuerna som låg till grund för undersökningen bestod av 2810 intervjuer som visade bland annat att över 75 % av svenska män och kvinnor anser att sexualiteten är ganska eller mycket viktig. Var 5:e man och var 4:e kvinna angav att de led av någon långvarig sjukdom som lett till besvär eller vård under det senaste året. Två procent av männen uppgav att deras sexualitet påverkats negativt på grund av sjukdom och att de därför känt ett stort behov av information och råd i anslutning till detta.

Sexuell ohälsa ur ett historiskt perspektiv

Det sexuella sociala mönstret präglas av det samhälle och den tid vi lever i. Sexuella värderingar, normer och beteenden kan se olika ut beroende på vilken plats och tidsperiod som undersöks. Den sjukdomsförklarande sexualiteten började ta form från och med 1800-talets andra hälft då läkarvetenskapen bidrog till att sexualiteten integrerades i vetenskapen till skillnad från tidigare då det var kyrkan, domstolarna eller lokalsamhällets patriarkaliska struktur som kontrollerade den. I och med att sexualiteten bands ihop med vetenskapliga förklaringsmodeller ansågs de slutsatser som läkarna kom fram till som absoluta och värdeneutrala till skillnad från tidigare. Under den här tiden låg fokus på normal och inte normal sexualitet där exempelvis onani och hög sexuell aktivitet ansågs som onormalt (Johannisson, 2002).

Fram till 1970-talet användes framförallt två begrepp för att karakterisera sexuella funktionsrubbnings, nämligen impotens hos mannen och frigiditet hos kvinnan. Dessa ordval gav uppfattning om att mannen alltid ville men ibland inte var kapabel att genomföra sexuella aktiviteter, och att kvinnan alltid kunde men ibland inte ville. Idag försöker man istället att klassificera sexuell ohälsa i form av olika sexuella dysfunktioner som antingen kan vara primära, det vill säga att de alltid har funnits, eller sekundära, det vill säga att de har uppkommit hos en person som tidigare fungerat normalt. Diabetes, depression, arterioskleros, rökning och vissa läkemedel är exempel på orsaker som kan ge upphov till sekundära sexuella problem (Lundberg, 2010). Merleau-Ponty (1999) talar om kroppen som ett subjekt, och att det är genom vår kropp och våra sinnen som vi upplever omvärlden. När vi blir sjuka och vår kropp förändras, förändras även vår upplevelse av oss själva och vår omvärld. Identiteten blir hotad, och detta kan leda till att vi får svårigheter att uttrycka vår sexualitet. Ett sexuellt problem uppstår inte per automatik, utan det uppstår först när personen i fråga *upplever* ett problem, med andra ord upplever sexuell ohälsa (Hulter, 2004).

Olika typer av sexuella dysfunktioner

Fugl Meyer, K. och Fugl Meyer, A. (2010) beskriver att det är problematiskt att mäta incidens och prevalens av sexuella dysfunktioner hos människor på grund av problem med olika metodval i samband med undersökningar. Det är svårt att veta hur många individer i ett samhälle som har någon typ av sexuell dysfunktion och om den är primär, sekundär samt tillfällig eller livslång. Olika aspekter vid undersökningar av den sexuella ohälsan gör det svårt att jämföra studier med varandra. Exempelvis påverkar det om studiens deltagare har fått svara genom självrapportering, om man studerat olika åldersintervall eller använt sig av olika skattningsskalor. På grund utav att sexuella dysfunktioner kan ha olika durationer komplicerar även detta jämförelser mellan olika studier. Olikheter i design och metod resulterar i att litteraturen ofta visar stora olikheter vad gäller sexuella dysfunktioners incidens och prevalens. De definitioner som man använder sig av idag utgår oftast utifrån de två diagnosystemen ICD-10 och DSM-IV. Några av de sexuella dysfunktioner som beskrivs av American Psychiatric Association (2000) är hämmad/nedsatt lust, hämmad/nedsatt förmåga till sexuell upphetsning, impotens, fördröjd ejakulation, dyspareuni och substansbetingad sexuell funktionsstörning. Undersökningen *Sex i Sverige* (Statens folkhälsoinstitut, 1996) visade att de vanligaste sexuella dysfunktionerna bland svenskar var lustproblematik (där det fanns en betydande skillnad mellan könens upplevelse av sexuell lust), att kvinnor har

svårt att bli våta vid sexuell stimulering, problem med erektionen, problem med att uppnå orgasm/utlösning och slidkramp. Samma undersökning visade också att samlagsaktiviteten avtar med stigande ålder men att den egentligen aldrig upphör. Hälften av de som var äldre än 70 år hade haft samlag under det senaste året.

En del äldre upplever dock problem med sin sexuella hälsa exempelvis på grund utav läkemedel som påverkar den sexuella hälsan negativt (Socialstyrelsen, 2009). Åldern är även något som påverkar den sexuella hälsan vilket beskrivs i studien av Nappi och Lachowsky (2009) där man studerat kvinnor som hamnat i menopausen. De fann att den vanligaste sexuella dysfunktionen som kvinnor i menopausen klagade på var minskad lust, vaginal torrhet, svag upphetsningsförmåga samt svag respons vid sexuell aktivitet. Dessa symptom tros hänga ihop med minskande östradiolnivåer. För män är den vanligaste orsaken till erektil dysfunktion och impotens orsakad av kärleksjukdom vilket ökar i frekvens hos män över 60 år. Andra faktorer som påverkar erektionen i samband med åldrandet hos män är att de elastiska svällkropparna drabbas av allmän fibros. Detta påverkar vävnadens elasticitet samtidigt som venernas förmåga att förändra sin diameter påverkas, vilket i sin tur leder till att de inte kan minska det venösa återflödet som behövs vid en erektion (Olsson, 2010).

Kummer, Cardoso och Teixeira (2009) genomförde en undersökning på 90 män och kvinnor som har diagnostiserats med Parkinsons sjukdom och hur detta i sin tur påverkade deras libido. 65,5% av de som deltog i studien rapporterade en förlust av libidon och 42,6% av männen klagade även på erektil dysfunktion. Forskarna misstänkte att det fanns en koppling till förekomsten av depression hos denna patientgrupp och dess negativa påverkan på den sexuella hälsan. Att depression har en påverkan på den sexuella hälsan är något som tidigare forskning visat. En av de vanligaste antidepressiva medicinerna som skrivs ut idag är så kallade selektiva serotoninåterupptagshämmare, SSRI-preparat, och biverkningen av dessa mediciner är bland annat nedsatt sexuell lust hos både män och kvinnor, problem med att uppnå orgasm för kvinnor och problem med erektil dysfunktion och fördröjd ejakulation hos män. En studie baserad på 1022 öppenvårdspatienter (610 kvinnor och 412 män) visade att SSRI-preparat gav upphov till hög frekvens av sexuella dysfunktioner i form av nedsatt lust och fördröjd orgasm- och ejakulationsproblematik. Frekvenserna av biverkningarna varierade mellan olika SSRI-preparat där den högsta frekvensen fanns i samband med användning av Citalopram® (Montejo, Llorca, Izquierdo & Rico-Villademoros, 2001). Andra läkemedel som påverkar sexualiteten är alla typer av antihypersiva läkemedel som exempelvis vilka främst orsakar erektionsproblem och störd sexuell lust (Lundberg, 2010).

Cytostatika som ges vid cancervård är ett annat läkemedel som har många olika biverkningar på sexualiteten. Slemhinnorna i vagina och vulva blir lätt torra och irriterade och mer känsliga för svampinfektioner. Håravfall är en vanlig biverkning som kan leda till sämre självbild hos den drabbade och detta i sin tur kan då leda till negativa effekter på sexualiteten. Trötthet, illamående och anemi är andra orsaker som ger upphov till att den cytostatikabehandlade varken känner lust eller ork till att tillfredsställa sina sexuella behov (Bergmark, 2007).

Vårdvetenskapliga begrepp

Vårdrelation

Eriksson (2002) beskriver vårdrelationen som den mellanmänskliga relationen mellan patient och vårdare, där vårdaren skall ge patienten möjlighet att uttrycka sina begär, behov och problem. Det är i relationen till andra människor som vi själva växer och utvecklas som människor, och ömsesidighet är en väsentlig del, det vill säga såväl patient som vårdare bör kunna både ge och ta emot i relationen. Vidare belyser Eriksson att vårdandets grundläggande kärna består av att ansa, leka och lära. Ansningen innebär själva omvårdnaden i vårdandet, att ge föda, skydd, närhet och värme samt att påverka olika kroppsfunktioner. Leken ger uttryck för lust och är central för att uppnå hälsa. Att leka innebär att öva, pröva, skapa och önska. Det är genom leken vi utvecklas och formas som människor, och leken är speciellt viktig i barnåren men även vuxna har behov av att leka. Lärandet innebär inläring och utveckling, och målet är självförverkligande. Lärandet hör ihop med leken eftersom det är genom leken vi lär oss, och vårdarens uppgift är att möjliggöra och underlätta lärandet för patienten. Eriksson framhäver fortsättningsvis att vårdandet innefattar delande, det vill säga vårdare och patient upplever en gemensam helhet. Delandet kan vara av en djup eller ytlig dimension. En hel livssituation eller bara fragment av tankar, känslor och upplevelser kan omfatta delandet, beroende på hur den aktuella situationen ser ut. Det är viktigt att som vårdare vara lyhörd så att patienten känner sig lyssnad på, och man bör ej forcera relationen då detta kan leda till att patientens integritet hotas.

Kommunikation

Kommunikation är ett begrepp som används i många olika sammanhang i den vårdvetenskapliga litteraturen. Fokus i detta examensarbete ligger i kommunikationsbegreppets kliniska drag, det vill säga den kommunikation som tar form i ett samtal mellan vårdare och patient. Samtal och kommunikation har ett kontextuellt samband vilket innebär att du genom samtal försöker att nå kommunikation. Det gemensamma målet för det vårdande samtalet är att uppnå ett minskat lidande och där ses kommunikation som ett hjälpmedel (Fredriksson, 2012).

Fossum (2009) menar att kommunikation är ett viktigt verktyg i vården, och att vi människor använder kommunikationen för att överleva, samarbeta och tillfredsställa våra behov. Den ligger till grund för att vårdare och patient ska få ett effektivt möte och kan definieras som ett ömsesidigt utbyte eller något som går att dela. Vidare refererar Fossum till en Cochrane rapport som beskriver att många kommunikationsproblem inom vården kan bero på att fokus ligger på sjukdomar och behandlingar istället för att fokusera på patientens livssituation och hälsoproblem. Dessutom ifrågasätter han ifall studenter inom hälso- och sjukvård verkligen lär sig att kommunicera på ett effektivt sätt och om det viktiga helhetstänkandet försummas inom vissa delar av utbildningen.

Lidande

Ordet patient kommer från latinets ord *patiens* som betyder "den lidande". Ett lidande är en subjektiv upplevelse som kan uppkomma i tre olika former enligt Eriksson (1994);

sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande. Ett sjukdomslidande uppstår i samband med sjukdom där kroppslig smärta kan vara ett exempel på detta, även om sjukdom inte per definition innebär smärta. I ett sjukdomslidande kan även själsligt och andligt lidande uppstå, i form av skam, skuld och förnedring. Vårdlidandet är det lidande som uppstår vid utebliven eller otillräcklig vård. Upplevelsen av vårdlidandet är subjektiv, men några exempel på vårdlidande kan vara kränkning av patientens värdighet, fördömlighet och straff, maktutövning samt utebliven vård. Livslidande är ett komplext begrepp som berör hela människans livssituation. Livslidandet kan uppstå vid sjukdom och ohälsa eller vid olika kriser i livet. En känsla av förintelse är ett oerhört lidande, detta kan till exempel vara vetskapen om att man ska dö men inte veta när, och även känslan av att inte bli sedd. Den djupaste formen av livslidande är dock kärlekslösheten. Känslan av att inte orka och att ge upp är ett outhärdligt lidande som kan uppkomma vid hopplösa situationer och detta är ett annat exempel på livslidande. Vidare beskriver Eriksson lidandet som en känsla av hopplöshet, och för att lindra patientens lidande bör sjuksköterskan försöka inge hopp i patientens tillvaro. Att trösta och lindra lidandet är något vi alltid kan göra, och detta väcker ofta tillit och förtroende hos patienten och inger mod och hopp. Ibland kan det räcka med en blick, ett ord eller en smekning för att ge intrycket av att ärligt känna medlidande för patienten.

Patientens upplevelse av sjuksköterskans bemötande vid sexuell dysfunktion

Ur patienternas perspektiv finns det många studier baserade på olika patientgrupper som styrker att sjuksköterskan brister i frågor gällande sexuella dysfunktioner, både beträffande bemötande och kunskap. McMurray och Davis (2006) undersökte män med erektionsproblem orsakad av diabetes typ I eller II. De upplevde att sjukvården kunde förbättra sig inom tre fält i samband med att deras problem uppstod: förbättra kommunikationen och informationen kring erektil dysfunktion, öka det emotionella och psykologiska stödet samt att förbättra och utöka de behandlingar och hjälpmedel som finns att tillhandahålla. Farell och Belza (2012) har undersökt vad sexualitet betyder i samband med hälsa hos vuxna mellan 62-96 år ($n=119$) och vad deras inställning är till samtal om sexualitet från sjukvårdens sida vid en vanlig hälsokontroll. Undersökningen visade att 47,1% ($n=41$) önskade att bli tillfrågade om sexualitet vid deras besök och 86% ($n=78$) rapporterade att de inte skulle bli stötta eller skämmas vid förfrågan. Manliga deltagare föredrog att bli tillfrågade om deras sexualitet av en läkare istället för av sjuksköterskor medan det för de kvinnliga deltagarna inte spelade någon roll. Southard och Keller (2009) genomförde en undersökning på 52 män och kvinnor i åldrarna 23-84 år diagnostiserade med cancer, där 42 % upplevde att sexuell hälsa och ohälsa var nödvändigt att tala om med sjuksköterskan. Många av deltagarna i studien önskade att de hade blivit tillfrågade av sjuksköterskan om deras sexuella hälsa eller ohälsa eftersom detta var ett tydligt problem för många relaterat till deras sjukdom och behandlingarnas biverkningar.

Sexuell hälsa och ohälsa ur ett vårdvetenskapligt perspektiv

Enligt Socialstyrelsen (2005) skall sjuksköterskan erhålla förmågan att kommunicera med patienter på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt samt att uppmärksamma de patienter som inte själva uttrycker ett informationsbehov och följaktligen informera dessa. Vidare ska sjuksköterskan kunna identifiera och tillgodose patientens basala och specifika omvårdnadsbehov vilket omfattar såväl fysiska, psykiska som sociala, kulturella och andliga aspekter. Detta innefattar givetvis även de sexuella aspekterna.

Sexualiteten utgör en stor del av människans välbefinnande, men trots detta visar tidigare forskning ur ett patientperspektiv (Farell & Belza, 2012; McMurray & Davis, 2006; Southard & Keller, 2009) att de sexuella frågorna inte prioriteras inom vården. Många sjukdomar och behandlingar kan påverka den sexuella hälsan negativt och ett flertal patienter upplever bristande information angående detta (Southard & Keller, 2009). Detta kan då leda till att patienterna upplever att de inte får den vård de eftersträvar, och därför känner av ett vårdlidande. Patienter med en sjukdom som påverkar den sexuella hälsan negativt kan uppfatta såväl ett sjukdomslidande som ett livslidande. Vårdlidandet är dock något som uppkommer på grund av den vård som ges, och är därför ett lidande som inte bör uppstå. Sjuksköterskan har ett stort ansvar att förhindra detta lidande, och detta kan göras genom att ha förmåga att se och bedöma patientens behov (Eriksson, 1994). Vidare tydliggör Eriksson att det är i vårdrelationen som vårdaren bör ge patienten utrymme att uttrycka sina begär, behov och problem. Att kommunicera kring sexuell hälsa och ohälsa kan ibland upplevas svårt, och patienten kan känna att det inte är lämpligt att ta upp sexuella problem med sjuksköterskan. Ansvar för detta ligger därför på sjuksköterskan att bjuda in patienten i en dialog gällande dessa frågor. Att sedan visa lyhördhet för patienten är betydelsefullt för att inte kränka patienten och hota dess integritet.

Dokumentation är en viktig del av sjuksköterskans arbetsuppgifter och i patientjournalagen (SFS 1985:562) § 9 framkommer den skyldighet som sjuksköterskan har att dokumentera omvårdnadsåtgärder. Enligt Socialstyrelsens *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska* (2005) skall sjuksköterskan dokumentera enligt gällande författningar och dessutom kritiskt granska egen dokumentation. För att lättare kunna urskilja olika områden i dokumentationen finns olika sökord. Ehnfors, Ehrenberg och Thorell-Ekstrand (2000) beskriver sökordet *Sexualitet/Reproduktion* enligt VIPS-modellen med olika ord att ta hjälp av för att förstå vad ämnet kan handla om. Några av dessa är: samlevnad, störningar, krav, förväntningar, biverkan av läkemedel och vaginala besvär. Vidare uttrycker samma författare att dokumentation under detta sökord kan vara relevant dels vid fysiologiska funktionshinder dels vid psykologiska dimensioner som innefattar attityder, kunskap, sexuell erfarenhet och även relationer, krav och förväntningar. I dokumentationssystemet *Melior* som är ett elektroniskt journalsystem som används på många svenska sjukhus och kliniker finns vissa termer från VIPS-modellen (Siemens, 2012). Termen *Sexualitet/reproduktion* upplevs ofta vara tom enligt författarnas egen erfarenhet. Detta ger då signaler om att sexualiteten hos patienter är ett ämne som sjuksköterskor inte prioriterar och därför heller inte dokumenterar.

PROBLEMFORMULERING

Trots att kunskapen har ökat kring vad sexuell ohälsa och innebörden av det innebär har tidigare forskning visat ur ett patientperspektiv att sjuksköterskan inte talar om detta med sina patienter i tillräckligt stor utsträckning (Farell & Belza, 2012; McMurray & Davis, 2006; Southard & Keller, 2009).

Sexualitet anses vara en del av hälsobegreppet och är en viktig aspekt som påverkar människans välbefinnande och hälsa i helhet (Hulter, 2004). Därför är sexuell hälsa och ohälsa ett ämne som ingår i sjuksköterskans ansvarsområde, och kommunikation och omvårdnad inom detta område borde därför vara en självklar del av sjuksköterskans vardagliga arbete.

Är det så att sjuksköterskor i allmänhet har svårt att tala om sexuell ohälsa med sina patienter? Vad kan detta i så fall bero på? Beror det på att ämnet anses för privat, irrelevant och tabubelagt för sjuksköterskan att ta upp? Eller kan det handla om bristande kunskap kring ämnet?

I denna uppsats vill författarna med hjälp av en litteraturöversikt undersöka ur ett sjuksköterskeperspektiv om sjuksköterskor talar om sexuell ohälsa med patienter, och ifall det finns olika hinder som kan påverka förekomsten av detta samtalsämne.

SYFTE

Syftet är att med hjälp av en litteraturöversikt undersöka om sjuksköterskor talar om sexuell ohälsa med sina patienter och om de inte gör det, vilka är de bakomliggande hindren till detta?

METOD

Författarna har valt att göra en litteraturöversikt enligt Friberg (2006a) där både kvalitativa och kvantitativa vårdvetenskapliga artiklar granskades. Målet med en litteraturöversikt är att skapa en överblick över ett avgränsat område genom att sammanställa tidigare publicerad forskning inom området för att i slutändan skapa en utgångspunkt för fortsatt forskning.

De 8 artiklar som valdes ut till analysen presenteras i bilaga II i en tabell enligt *Institutionen för vårdvetenskaps riktlinjer* gällande examensarbete på kandidatnivå. Till skillnad från tabellen som Friberg (2006a) använder sig av finns ej kolumnen "vårdvetenskapliga eller andra perspektiv" med. Författarna har istället valt att skriva om vårdvetenskapliga perspektiv eller andra perspektiv i metod-kolumnen.

Litteratursökning

Inklusionskriterier: Vårdvetenskapliga peer reviewed granskade artiklar publicerade i databaserna Cinahl och PubMed mellan år 2002-2012 som utgår ifrån ett

sjuksköterskeperspektiv och svarar på författarnas syfte. Både kvalitativa och kvantitativa artiklar inkluderades. Sökningen var inte begränsad till specifika patientgrupper.

Exklusionskriterier: Artiklar som fokuserade på patientens upplevelse av hur sjuksköterskan talar om sexuell ohälsa med dem. Artiklar där patienter <18 år ingick samt artiklar där fokus låg på förebyggandet av sexuellt överförbara sjukdomar och preventivmedelsrådgivning samt aborter. Även artiklar som inte gick att tillgå i fulltext via Högskolan i Borås bibliotek exkluderades.

Urval och datainsamling

Vid litteratursökningen följdes Fribergs (2006b) *tankeprocessen under examensarbetet*. Den beskrivs som en spiralrörelse som innefattar ett antal olika faser som är beroende av varandra på så sätt att om en fas längre fram i arbetet ändras måste även de föregående faserna ändras. Faserna beskrivs också som rörliga och ej linjära eftersom en fas inte måste vara avslutad för att kunna påbörja nästa fas, det vill säga det är tillåtet att kunna arbeta med olika delar av arbetet samtidigt. Det första steget innefattar att identifiera vad som ska studeras för att därefter genomföra en inledande litteratursökning med hjälp av primära sökord. Syftet med den inledande sökningen är att ta reda på vad som finns publicerat inom det valda området, ta reda på om problemet är genuint, det vill säga om det inte redan är besvarat i befintlig litteratur samt att få hjälp med framtida avgränsningar av forskningsproblemet.

Författarna har valt att söka i databaserna Cinahl och PubMed. Cinahl främst på grund av utbudet av vårdvetenskapliga peer reviewed artiklar och PubMed för att få en variation och bredda utbudet av sökresultat. Den preliminära litteratursökningen gjordes i databasen Cinahl med hjälp av sökorden *Sexual Health*, *Sexuality* och *Nursing*. Vid den inledande litteratursökningen visade det sig att det fanns forskning inom författarnas valda område i form av publicerade vårdvetenskapliga peer reviewed artiklar och därmed kunde forskningsprocessen fortsätta till nästa fas, problemformuleringen. Enligt Friberg (2006b) skiljer sig problemformuleringen i ett litteraturbaserat arbete från exempelvis en empirisk studie genom att fokus inte ligger i ett problem i verkligheten utan istället på användandet av litteratur. Problemformuleringen blir på så sätt mer styrande än i en empirisk studie eftersom forskningsproblemet ska i högsta möjliga mån kunna studeras med hjälp av litteratur. Med andra ord ska den beskriva vilken kunskap som redan finns och vilken kunskap som tycks saknas.

De sökord som användes i den preliminära litteratursökningen, *Sexual Health*, *Sexuality* och *Nursing* i databasen Cinahl gav i olika kombinationer mellan ca 600-900 sökträffar. För att precisera sökningen i den egentliga litteratursökningen lades ordet *Barriers* till vilket minskade sökresultatet till ca 10-50 träffar per sökning i olika kombinationer. De primära sökorden skiljde sig alltså inte särskilt mycket från de slutliga, men de var mer specificerade på författarnas syfte som var att undersöka ifall sjuksköterskor talar om sexuell ohälsa och om de inte gör det, vilka är i sådana fall de mest framträdande hindren till detta? Där fyllde sökordet *Barriers* det behovet genom att minska antalet träffar per sökning.

I databasen PubMed användes Mesh-termerna *Nurse-Patient-Relations*, *Barriers*, *Attitude* och *Sexual dysfunction* vilket gav ett litet sökresultat på endast två artiklar, där en av

dessa valdes att ta med. Valet gjordes då att göra ytterligare en sökning med sökorden *Sexuality, Nursing, Communication, Nurses Attitudes* och *Patient*, vilket resulterade i ett bredare sökresultat där två artiklar valdes ut som tycktes passande för syftet.

Med hjälp av olika kombinationer av dessa ovan skrivna sökord framkom totalt 87 sökträffar. Genom att läsa titlarna på dessa 87 artiklar exkluderades de studier vars titel inte ansågs passa in på examensarbetets inklusionskriterier. På så sätt valdes 18 artiklar ut för en noggrannare genomgång i form av genomläsning av deras abstract. Här togs hänsyn till studiernas syfte, problemformulering, metod och designval, antal deltagare i studien samt dess resultat. Slutligen valdes 8 artiklar ut för analysen. Dessa 8 artiklar ansågs svara på examensarbetets problemformulering samt syfte och därför valdes just dessa ut. Fyra av artiklarna var kvalitativa och baserade på intervjuer där deltagarna varierar mellan 10-44 stycken. Resterande artiklar var kvantitativa och antalet deltagare i dessa studier varierade mellan 88-576 deltagare. För mer information se artikelmatris i bilaga II. Den egentliga litteratursökningen påbörjades den 1 november 2012 och avslutades den 9 november 2012. Endast artiklar som var tillgängliga i fulltext via biblioteket vid Högskolan i Borås användes.

Dataanalys

De utvalda artiklarna lästes igenom övergripande av båda författarna för att få en bild av helheten och var tyngden i de utvalda studiernas resultat låg. Därefter granskades studierna enligt Friberg (2006a) för att konstatera att de höll hög kvalitet. Frågor som användes för granskningen var exempelvis ifall det fanns ett tydligt problem formulerat? Hur var det i sådana fall avgränsat? Vad var studiens syfte? Är metoden väl beskriven? Hur analyserades data? Vad visar resultatet? Granskningsfrågorna skiljer sig en aning mellan kvantitativa och kvalitativa studier.

Vid analysfasen valde författarna i första hand att analysera datan individuellt för att sedan jämföra varandras tankar och skapa ett gemensamt resultat. Huvudkategorierna och subkategorierna kom fram genom att olika mönster och samband identifierades i de utvalda artiklarnas resultat. Även likheter och olikheter mellan studierna kunde urskiljas och integreras i de olika kategorierna.

För att underlätta för läsaren valde författarna att göra om bråktal till procenttal för att förmedla resultatet av de artiklar som använde sig av detta. Procenttalen avrundades sedan till närmsta heltal. De kvantitativa artiklarna använde sig av olika test för att hitta korrelationer. Detta innebär att resultatet i artiklarna inte kunde beskrivas procentuellt, utan texten formulerades för att läsaren lätt kunde förstå att det handlade om kvantitativa artiklar som fokuserade på korrelationer.

När granskningen hade utförts lästes artiklarna igenom återigen av båda författarna var för sig. Nu analyserades studierna för att kunna identifiera övergripande områden i resultatdelen.

Slutligen genomfördes en gemensam analys av de utvalda studiernas resultat vilka sammanfattades och skrevs ned i en artikelmatris (se bilaga II). Likheter och skillnader i studiernas resultatdel analyserades grundligt och sorterades utifrån detta i form av

huvudkategorier och subkategorier vilka presenteras i examensarbetets resultatdel. Vid sorteringen av datan togs hänsyn till kvalitativa respektive kvantitativa studier genom att olika språk användes vid presenterandet av respektive resultat.

RESULTAT

Samtliga studier visar att majoriteten av sjuksköterskor generellt inte talar om sexuell ohälsa med sina patienter eller att de gör det i väldigt låg utsträckning. Studien av Quinn, Happell och Browne (2011) visade detta tydligast där 71% av de deltagande sjuksköterskorna inom psykiatri medgav att de aldrig hade initierat ett samtal kring den sexuella hälsan och ohälsan med sina patienter. I Hoekstra, Lesman-Leegte, Couperus, Sanderman och Jaarsma's (2012) studie uppgav 53 % av sjuksköterskorna att de sällan tog upp sexuell ohälsa med sina patienter. Huvudkategorin i studien av Olsson, Berglund, Larsson och Athlin (2012) var "Vi borde prata om sexualitet - men vi gör det vanligtvis inte.". Detta visar att sjuksköterskorna inte talar om sexualitet men ändå anser att sexuell ohälsa är ett ämne som ingår i deras profession.

Under analysen av samtliga artiklar kunde olika hinder som sjuksköterskor upplevde identifieras vilka påverkade deras villighet och motivation till att tala om sexuell ohälsa med sina patienter. Fyra huvudkategorier kunde urskiljas vilka i sig delades in i subkategorier.

Tabell I. Översikt över huvudkategorier och subkategorier

| Subkategorier | Huvudkategorier |
|---|--|
| Upplevelse av tidsbrist Brist på riktlinjer Fysiska miljö Bristen av kontinuitet i vårdrelationen | → Organisatoriska faktorer |
| Sexuell ohälsa - en del av det holistiska vårdandet Sjuksköterskor upplever att samtal om sexuell ohälsa med patienter inte ingår i deras arbete | → Osäkerhet kring sjuksköterskans ansvarsområde inom sexuell hälsa och ohälsa |
| Brist på kunskap Brist på erfarenhet och träning Sjuksköterskans personliga inställning till sexuell ohälsa | → Sjuksköterskans professionella och personliga aspekter |
| Patienten anser att ämnet är för privat Patienten förväntar sig inte att sexuell ohälsa ingår i sjuksköterskans arbete Patienten upplevs vara för sjuk Patientens ålder, kön och sexuella läggning Patientens etnicitet | → Sjuksköterskans föreställningar om patienten |

Organisatoriska faktorer

Omständigheter som sjuksköterskan själv inte kan påverka, såsom tidsbrist, brist på riktlinjer, miljö samt kontinuitet har författarna valt att kalla organisatoriska faktorer. Dessa är hinder som påverkar sjuksköterskans förutsättningar att diskutera sexuell ohälsa med sina patienter. Hoekstra et al. (2012) visar att 67 % av dessa hinder beror på organisatoriska faktorer.

Upplevelse av tidsbrist

Sjuksköterskor upplever att tidsbristen påverkar deras möjlighet och motivation till att ta upp sexuell ohälsa med sina patienter då andra sjukdomstillstånd prioriteras högre. De upplever även att deras möjlighet till att öka sina teoretiska och praktiska kunskaper inom området påverkas av tidsbrist samt deras möjlighet att hålla sig uppdaterade inom den senaste forskningen (Gott, Galena, Hinchliff & Elford, 2004). I samma studie beskrivs även tid som något kritiskt avgörande för initiering av samtal med patienter kring sexuell ohälsa. När det inte finns tillräckligt med tid för att diskutera sexuell ohälsa upplever sjuksköterskor att det är bättre att undvika samtalsämnet. Vidare beskrivs också att fokus inom sexuell hälsa och ohälsa inom primärvården ligger på förebyggande av sexuellt

överförbara sjukdomar, preventivmedelsrådgivning och cellprover snarare än sexuella dysfunktioner, och detta är något som sjuksköterskorna och resten av personalen inte kan påverka eftersom det styrs av politiska beslut.

En annan studie inom psykiatrin visar också att sjuksköterskor tenderar att underprioritera sexuella dysfunktioner på grund av tidsbrist, eftersom de tvingas att prioritera akut sjuka patienter och deras symtom framför icke akuta problem (Quinn et al., 2011). Även sjuksköterskorna i studien av Nakopoulou, Papaharitou och Hatzichristou (2009) beskriver tidsbrist och hög arbetsbelastning som anledningar till att dessa problem inte tas upp med patienter.

Brist på riktlinjer

Sjuksköterskorna påverkas av bristande riktlinjer på så sätt att de känner sig osäkra på av vem, var och hur ett samtal om sexuell ohälsa ska genomföras med en patient (Olsson et al. 2012). Quinn et al. (2001) beskriver i sin studie att sjuksköterskor inom psykiatrin inte tar upp sexuell ohälsa vid ett bedömningsamtal bland annat på grund av att sexuell ohälsa inte står med i det bedömningsdokument som de använder sig av. Sjuksköterskorna i samma studie upplevde också att de inte blev uppmuntrade att tala om sexuell ohälsa med patienter i samband med bedömningsamtal eller behandlingar då detta inte var prioriterat enligt riktlinjerna.

Fysiska miljön

Olsson et al. (2012) tar upp avdelningsmiljön som ett hinder för sjuksköterskornas förutsättning att tala om sexuell ohälsa med sina patienter. Hur avdelningen och vården är organiserad upplevdes väsentligt för om en förtroendeingivande relation mellan sjuksköterska och patient kunde skapas. Sjuksköterskorna upplevde att det var svårt att hitta en lämplig plats att ta upp en sådan diskussion på, och de ansåg att detta inte är en lämplig diskussion att föra i en korridor eller på ett flerbäddsrum då integriteten hos patienten riskerar att hotas.

Bristen av kontinuitet i vårdrelationen

Kontinuiteten i kontakten mellan sjuksköterska och patient var ett hinder som togs upp i flera studier. Nakopoulou et al. (2009) visar att sjuksköterskor upplever det lättare att tala om sexuell ohälsa med patienter som de känner och har ett nästintill familjärt förhållande med. För att uppnå en förtroendeingivande relation ansåg sjuksköterskorna att det krävdes en kontinuitet i vårdrelationen. Olsson et al. (2012) visade i sin studie inom onkologi att de många och korta inläggningsperioderna som förekommer hos patienter inom cancersjukvård påverkade kontinuiteten i kontakten mellan sjuksköterska och patient negativt. Det vill säga att låg kontinuitet i vårdrelationen leder till att sjuksköterskor upplever det svårare att genomföra samtal om sexuell ohälsa med sina patienter.

Vid ett första möte med en patient upplever sjuksköterskorna att de föredrar att ta upp eventuella sexuella dysfunktioner i slutet av ett samtal när ett förtroende är uppbyggt snarare än i början av ett samtal. Dock föredrar de flesta att ta upp sexuella problem vid

ett uppföljande möte (Quinn et al., 2011). Studien av Hoekstra et al. (2012) visar också att majoriteten av sjuksköterskor (74%) anser att samtal om sexuell ohälsa borde tas upp vid ett återbesök eller i samband med diskussioner om läkemedel. Gott et al. (2004) påvisar även i deras studie att det krävs tid för att få en fullständig sjukdomsbild, bygga upp ett bra förtroende mellan patient och sjuksköterska samt kunna ge konsultationer, speciellt när det gäller ett sådant känsligt och komplext ämne som sexuell dysfunktion. Enligt samma studie erfar sjuksköterskorna att den möjligheten inte finns idag av olika orsaker.

Osäkerhet kring sjuksköterskans ansvarsområde inom sexuell hälsa och ohälsa

Samtliga artiklar tar upp frågan om sjuksköterskor anser att sexuell ohälsa är en del av deras ansvarsområde. Sexuell ohälsa och därmed sexuell dysfunktion anses av vissa sjuksköterskor vara en del av deras ansvarsområde, medan det av andra inte gör det

Sexuell ohälsa - en del av det holistiska vårdandet

Gott et al. (2004) visar i sin studie inom primärvården att de flesta av deltagarna anser att det ligger inom primärvårdens ansvar att hantera en rad olika uppgifter inom sexuell hälsa och ohälsa. Till exempel att diagnostisera och behandla sexuella problem, tala om allmänna sexuella hälsoproblem samt att arbeta förebyggande mot sexuellt överförbara sjukdomar och oönskade graviditeter. Vidare visar samma studie att primärvården anses vara den del av sjukvården som de flesta människor först kommer i kontakt med i samband med någon form av sexuell dysfunktion.

De flesta av studierna (Gott et al., 2004; Julien, Thom & Kline, 2010; Mangan & Reynolds, 2006; Nakopoulou et al., 2009; Olsson et al., 2012; Saunamäki et al., 2009) visade att sjuksköterskor är medvetna om att sexualitet bör ingå som en aspekt av människors hälsa och på så sätt även ses som en del av det holistiska vårdandet. Dock var det väldigt få sjuksköterskor som diskuterade sexuell ohälsa med sina patienter i verkligheten. I studien av Hoekstra et al. (2012) ansåg 75% av sjuksköterskorna att det var en del av deras ansvar att diskutera sexuell ohälsa med sina patienter och i studien av Saunamäki et al. (2009) medgav 66% av sjuksköterskorna att det även var sjuksköterskans ansvar att uppmuntra patienten till att tala om sexuella dysfunktioner med dem. Gott et al. (2004) kunde i sin studie visa att sjuksköterskor som arbetar inom obstetrik/gynekologi kände i större utsträckning än sjuksköterskor inom kirurgi att det var sjuksköterskans ansvar att fråga om patienternas oro i samband med sexuell ohälsa. Samma studie visade även att sjuksköterskor inom onkologi var mer positiva till att samtala om sexuell ohälsa och ansåg detta i större grad vara avgörande för patientens hälsa än sjuksköterskor inom medicin och kirurgi.

Sjuksköterskor upplever att samtal om sexuell ohälsa med patienter inte ingår i deras arbete

I studien av Nakopoulou et al. (2009) ansåg deltagarna att sexuell hälsa inte ingick i deras yrkesuppgifter och hänvisade därför till andra professioner när ämnet kom på tal. Detta är även något som majoriteten av psykiatrisjuksköterskorna enligt Quinn et al. (2011) hävdar, och hänvisar därför ofta till läkare som anses mer kompetenta att kunna möta dessa problem. De sexuella dysfunktionerna hos dessa patienter är ofta kopplade till läkemedel, varpå läkare anses ha mer kunskap gällande dessa frågor. Gott et al. (2004) visar att sjuksköterskorna anser att deras motivation till att tala om sexuella dysfunktioner påverkas negativt av att de inte har samma möjligheter som läkare att skriva ut läkemedel eller remittera vidare patienter till specialistkliniker inom området. Många av sjuksköterskorna inom onkologi i studien av Olsson et al. (2012) funderar över om sexuell ohälsa verkligen är en del av deras ansvarsområde, och anser att det snarare är en läkares eller en vidareutbildad sjuksköterskas ansvar. I studien utförd av Magnan och Reynolds (2006) jämfördes sjuksköterskor som arbetade inom onkologi, medicin, kirurgi, rehabilitering och obstetrik/gynekologi och fann att de som arbetar inom obstetrik/gynekologi var de som i minst utsträckning hänvisade till en läkare när frågor kring sexuell ohälsa kom på tal.

Sjuksköterskans professionella och personliga aspekter

I samtliga av de 8 analyserade artiklarna kommer frågan om sjuksköterskans professionella och personliga aspekter upp som ett hinder för att kommunicera om sexuell ohälsa med patienter. Sjuksköterskans yrkeserfarenhet, ålder samt utbildning var faktorer som påverkade i vilken grad sexuell ohälsa togs upp. Även sjuksköterskans personlighet inverkade på detta.

Brist på kunskap

Majoriteten av de granskade artiklarna tar upp oron hos sjuksköterskor över att de tror att det krävs specialistkunskap inom ämnet sexuell hälsa och ohälsa för att kunna samtala om det med en patient. De upplever även enligt samma studie ofta att de inte har det som krävs av dem i kunskapsväg vid ett samtal. Hoekstra et al. (2012) menar att 42% av de hinder som får till följd att sjuksköterskor inte tar sig an sexuell ohälsa beror på bristande utbildning. I studien av Gott et al. (2004) tvivlar sjuksköterskorna på om det överhuvudtaget är rättvist att samtala om ett ämne med en patient som de inte känner sig tillräckligt rustade inom. Nakopoulou et al. (2009) identifierar utbildningsbehov som ett huvudtema i deras studie. Alla deltagande sjuksköterskor uttryckte ett behov av specialiserad utbildning inom området sexuell hälsa och ohälsa, dels beträffande fysiologisk kunskap men även i kommunikativa färdigheter. Några av sjuksköterskorna i studien ansåg att utbildning inom sexuell hälsa och ohälsa borde förekomma redan i grundutbildningen, medan andra menade att utbildning inom detta område är lämpligare efter avslutad examen eftersom sjuksköterskor är mer förberedda på samtal om sexuell ohälsa efter en viss tids arbetserfarenhet.

Saunamäki et al. (2009) visar i deras studie att de sjuksköterskor med vidareutbildning var mer positiva till att tala om sexuell ohälsa med sina patienter. En del av de tillfrågade sjuksköterskorna (66%) medgav dock att de inte kände sig säkra på deras förmåga att

gripa sig an patienters sexuella dysfunktioner trots vidareutbildning. Även sjuksköterskorna i Olsson et al. (2012) uttrycker en bristande kunskap och kompetens i hur man ger råd och stöd åt patienter med sexuella dysfunktioner, vilket ledde till att de istället undvek ämnet. Julien et al. (2010) påvisar i deras studie att de amerikanska sjuksköterskorna som enligt USA's utbildningsprogram inte var certifierade uppvisade fler hinder än de som var certifierade. Det fanns också en viss skillnad mellan olika sektioner inom hälso- och sjukvården. Sjuksköterskorna som arbetade inom öppenvården påvisade mindre hinder än de sjuksköterskor som arbetade inom akut vård.

Brist på yrkeserfarenhet och träning

Saunamäki et al. (2009) menar att de sjuksköterskor med mer yrkeserfarenhet upplever sig mer bekväma med att tala om frågor som rör sexuell ohälsa med sina patienter. Mer yrkeserfarenhet innebär också att sjuksköterskan fått mer träning i att initiera och genomföra samtal om sexuell ohälsa med sina patienter. För att uppnå detta krävs det att sexuell ohälsa tas upp rutinmässigt av sjuksköterskan, men Olsson et al. (2012) visar i sin studie att detta inte görs och därför känner sig sjuksköterskorna osäkra på att samtala om detta med sina patienter. I studien av Quinn et al. (2011) beskriver sjuksköterskorna att deras ålder, träning och nivå av yrkeserfarenhet är något som bidrar till deras självsäkerhet i frågan och på så sätt även påverkar förekomsten av samtal med patienten kring sexuell ohälsa. Julien et al. (2010) har funnit en positiv korrelation mellan år av yrkeserfarenhet och antal upplevda hinder i samband med att tala om sexuell ohälsa. De sjuksköterskor som hade mindre än 10 års yrkeserfarenhet upplevde fler hinder än de som hade mer än 10 års yrkeserfarenhet.

Åldern hos sjuksköterskan är en faktor som också påverkar bekvämlighetsgraden och förekomsten av samtal om sexuell ohälsa med patienter. Saunamäki et al. (2009) visar att äldre sjuksköterskor upplever sig mer bekväma i att diskutera sexuell ohälsa med patienter. Ju äldre sjuksköterskan var desto mer positiv attityd till sexualitet uppvisades i samma studie. Julien et al. (2010) fann att sjuksköterskor som var yngre än 40 år upplevde fler hinder som hindrade dem från att ta upp sexuella problem än sjuksköterskor som var över 40 år.

Sjuksköterskans personliga inställning till sexuell ohälsa

Många av studierna tar upp sjuksköterskans personlighet och inställning till sexuell ohälsa som avgörande för om detta ämne ges tillräckligt utrymme eller inte. Olsson et al. (2012) visar att personlig mognad och att känna sig bekväm med sin egen sexualitet är förutsättningar för att samtala om ämnet. Quinn et al. (2011) visade även i deras studie att sjuksköterskornas personliga sexuella identitet och åsikter kring sexualitet påverkade deras grad av bekvämlighet inför att tala med patienter om deras sexuella ohälsa. De sjuksköterskor som själva led av någon form av sexuell ohälsa ville i mindre utsträckning beblanda sig i patientens sexuella problem. Samma studie visade även att en del sjuksköterskor inom psykiatri tenderade att se sina patienter som asexuella för att på så sätt kunna undvika att tala om sexuell ohälsa med denna patientgrupp. Nakopoulou et al. (2009) framhäver att personliga egenskaper är en bidragande faktor för om man väljer att initiera eller undvika diskussioner om sexuell ohälsa. Samma studie visade också att sjuksköterskorna har en uppfattning om att en sjuksköterska som är mer social och

skicklig i kommunikation även tros vara bättre på att ge råd och stöd i frågor gällande sexuell ohälsa.

I studien av Quinn et al. (2011) beskriver sjuksköterskorna att om patienterna själva inte indikerar att de lider av någon sexuell dysfunktion så väljer sjuksköterskorna att inte ta upp ämnet. Detta är en personlig inställning hos en del sjuksköterskor som även påvisats i studien av Julien et al. (2010). Denna studie visade att de sjuksköterskor som ansåg att sexuell ohälsa var för privat att tala om, även kände att ämnet endast skulle tas upp ifall patienten initierade konversationen själv. Detta indikerar att det finns ett starkt samband mellan sjuksköterskornas attityd gentemot sexuell hälsa och ohälsa och på vilket sätt de förhåller sig till ämnet i praxis. Saunamäki et al. (2009) fann också positiva korrelationer mellan sjuksköterskans attityd till sexuell ohälsa och grad av bekvämlighet och självsäkerhet gällande att diskutera sexuella dysfunktioner med patienter. De sjuksköterskor som kände sig mindre bekväma att samtala om sexuell ohälsa upplevde att deras förutsättningar var sämre i jämförelse med sjuksköterskor som kände sig självsäkra i frågor rörande sexuell ohälsa. Samma studie visade också att sjuksköterskor som kände sig mer självsäkra inom ämnet hade en större förståelse för hur sjukdomar och olika läkemedel kan påverka patientens sexuella hälsa, och de tog sig mer tid att diskutera ämnet.

Sjuksköterskans föreställningar om patienten

Många av studierna visar att det finns föreställningar om patienten som gör det extra svårt för sjuksköterskor att ta upp sexuell ohälsa med dem.

Patienten anser att ämnet är för privat

Gemensamt i många studier är att sjuksköterskan tror att patienten anser ämnet sexuell hälsa och ohälsa är privat och känsligt samt att de skulle bli generade vid frågor kring detta. I studien av Gott et al. (2004) framkom att sjuksköterskor upplevde frågor kring sexuell ohälsa som en slags "pandoras ask". Denna analogi karakteriserar sjuksköterskornas beskrivning av ifall de väljer att fråga patienten om sexuell ohälsa bör svaret även kunna hanteras och tid bör finnas till att lyssna. Eftersom ämnet enligt samma studie anses vara känsligt och komplext upplevde sjuksköterskorna att de inte kunde avrunda och säga att tiden var slut och boka ett nytt möte för att fortsätta samtalet.

Patienten förväntar sig inte att det ingår i sjuksköterskans arbete att tala om sexuell ohälsa

Det största hindret som identifierades av Julien et al. (2010) var att deltagarna ansåg att patienten inte förväntar sig att sjuksköterskorna ska diskutera sexuell ohälsa med dem. Studien av Magnan och Reynolds (2006) visade också att det största hindret för sjuksköterskor som arbetar inom obstetrik/gynekologi, kirurgi, medicin, rehabilitering och onkologi var att sjuksköterskorna hade en föreställning om att patienten inte förväntade sig att sjuksköterskan skulle initiera samtal om deras sexuella bekymmer.

Patienten upplevs vara för sjuk

Studien av Quinn et al. (2011) visar att många av sjuksköterskorna inom psykiatri ser sina patienter som asexuella. De har en föreställning om att patienter som lider av någon form av psykisk ohälsa inte har ett sexualliv och därav inte behöver prata om eventuell sexuell dysfunktion.

Olsson et al. (2012) nämner i deras studie att patientens typ av problem ligger till grund för om sjuksköterskorna anser det passande att samtala om sexuell ohälsa med patienten. Könsspecifika cancersjukdomar och behandlingar som direkt kunde påverka den sexuella förmågan ansågs vara den största anledningen till att samtala om detta. Nakopoulou et al. (2009) visar att sexuella dysfunktioner ansågs vara viktiga att ta upp främst för patienter med cancer. Sjuksköterskor som arbetar inom medicin och kirurgi var mer benägna att tro att patienten var för sjuk för att vilja tala om eventuell sexuell ohälsa än sjuksköterskor inom onkologi och obstetrik/gynekologi enligt Magnan och Reynolds (2006).

Patientens ålder, kön och sexuella läggning

Flera studier visar att patientens ålder, kön och sexuella läggning påverkar sjuksköterskors vilja och bekvämlighet i att samtala med patienter om sexuell ohälsa. Hoekstra et al. (2012) visar att 39 % av de hinder som sjuksköterskor upplever hindrar dem från att tala om sexuell ohälsa har med patientens ålder att göra. Olsson et al. (2012) visar även i sin studie att ålder och kön är något som sjuksköterskorna har med i sin avvägning över ifall de väljer att ta upp sexuell ohälsa med sina patienter eller inte. Om patienten är äldre upplevs en högre risk för att patienten ska ta illa upp eller känna sig generad än om man pratar med en yngre patient. Nakopoulou et al. (2009) menar att skillnader i ålder och kön mellan patient och sjuksköterska påverkar om ett samtal om sexuell ohälsa anses lämpligt eller ej. Deltagarna i studien upplever att om kön och ålder skiljer sig åt mellan patient och sjuksköterska, anses det inte passande att samtala om sexualitet, då både sjuksköterska och patient skulle känna sig obekväma med detta. I studien av Gott et al. (2004) förmodar sjuksköterskorna att äldre patienter över 40 år i högre grad anser att sexualitet är ett personligt och känsligt ämne samt att de lättare skulle bli stötta vid förfrågan om sexuella dysfunktioner. Samma studie visade också att sjuksköterskor föredrog att tala med patienter av samma kön eftersom de då upplevde sig kunna svara bättre vid frågor kring sexuell dysfunktion. Patientens sexuella läggning nämns också i samma studie genom att sjuksköterskornas kunskapsbrist om icke-heterosexuell syn på sexuell hälsa och ohälsa påverkar deras osäkerhet kring att samtala om detta ämne med dessa patienter.

Patientens etnicitet

Studien av Hoekstra et al. (2012) har visat att 40% av de hinder som gör att sjuksköterskor har svårt att tala om sexuell ohälsa med sina patienter beror på problem relaterade till kultur och religion. Studien utförd av Gott et al. (2004) inom primärvården visar att sjuksköterskor upplevde det svårare att initiera samtal kring sexuell ohälsa med patienter med ursprung från andra kulturer och religioner såsom exempelvis individer med muslimsk bakgrund. De menar att dessa patienter kan ha växt upp i ett samhälle med en annan syn på frågor kring sexualitet och därför anses vara för privata. Även eventuella

språkbarriärer anses vara ett hinder för att inte ta upp dessa frågor. Dock visade samma studie att dessa uttalanden från sjuksköterskorna snarare var baserade på personliga föreställningar och åsikter än erfarenhet, eftersom relativt få hade talat om sexuella dysfunktioner med patienter med ursprung från andra kulturer och religioner i verkligheten.

DISKUSSION

Metoddiskussion:

Orden sexuell ohälsa och sexuell dysfunktion ansågs vara lämpligast för författarnas frågeställning, trots att dessa ord kan betraktas som tolkningsbara uttryck. Av den orsaken var det nödvändigt att förtydliga ordens innebörd i examensarbetets bakgrund. Enligt författarna anses benämningen sexuell ohälsa vara ett generellt begrepp medan sexuell dysfunktion betraktas som ett mer konkret begrepp. Efter noggrann övervägning valdes slutligen båda dessa ord att tas med i examensarbetet. Detta för att både kunna ge en övergripande beskrivning av forskningsområdet men även ha tillgång till konkreta sjukdomstillstånd att kunna utgå ifrån vid kopplingen till vårdvetenskapen. Trots att fokus inte var sexuell hälsa har ändå detta begrepp beskrivits i bakgrunden, eftersom det är nödvändigt att veta vad sexuell hälsa innebär och få en förståelse för sexuell ohälsa.

Både kvalitativa och kvantitativa artiklar valdes att ta med för att få en ökad bredd och variation i resultatet. Sökningen begränsades till att inte ta med artiklar äldre än tio år, eftersom fokus låg på att ta reda på hur det aktuella forskningsområdet såg ut idag. Den äldsta artikeln var från 2004 och den senaste från 2012. Majoriteten av de artiklar som valdes ut för analys var inte äldre än fem år och detta tyder på att det är ett forskningsområde på uppgång. Enbart artiklar som fanns att tillgå i fulltext via biblioteket vid Högskolan i Borås valdes att ta med och detta kan dock ha medfört att vissa relevanta artiklar missades. Författarna anser dock att de utvalda artiklarnas resultat var tillräckligt relevanta för syftet.

De åtta artiklar som valdes ut för analys kan anses vara för få för att få ett så trovärdigt resultat som möjligt, men begränsningen valdes ändå att göras då tillräckligt många typer av specialiteter inom sjuksköterskeyrket ansågs vara inkluderade i dessa artiklar. För att inte ha med för många artiklar inom en sjukvårdsspecialitet (som till exempel cancer- eller hjärtpatienter) valdes vissa artiklar bort som tycktes handla om samma patientgrupp som redan tagits med. Detta för att få ett så brett urval som möjligt. Exempel på de områden som de olika artiklarna fokuserade på är onkologi, psykiatri, kardiologi, primärvård samt sjuksköterskor generellt. En artikel jämförde sjuksköterskor inom fem specialiteter inom hälso- och sjukvården. Vilka artiklar som fokuserade på vilka områden finns beskrivet i bilaga II. Denna variation bland artiklarna bidrar enligt författarna till en bredare bild av forskningsfrågan samt ett bredare resultat. Då författarna till examensarbetet inte haft intentionen att få en överblick över om sjuksköterskor upplever det svårt att tala om sexuell ohälsa med en speciell patientgrupp, ansågs urvalet av de olika artiklarna bidra på ett värdefullt sätt för resultatet. Artiklar som fokuserade på sjuksköterskeperspektivet och inte patientperspektivet var de artiklar som var relevanta för analysen och därför togs enbart dessa med. Många artiklar valdes bort som fokuserade

på förebyggande arbete gentemot sexuellt överförbara sjukdomar och preventivmedelsrådgivning.

Tidsbegränsningen för examensarbetet påverkade valet av metod samt urvalet av antal artiklar för analysen. En intervjustudie hade även kunnat besvara syftet men det anses vara mer passande för ett examensarbete på magisternivå snarare än kandidatnivå. Studier från alla världsdelar hade kunnat inkluderas för att få ett så tillförlitligt globalt resultat som möjligt, alternativt hade resultatet kunnat omfatta enbart studier från Sverige. Dock hade syftet i detta fall behövt formuleras om så att den kulturella aspekten blivit mer central. De utvalda studierna i detta examensarbete är genomförda i Australien, Grekland, Holland, USA, Storbritannien och Sverige. Eftersom fokus inte var de kulturella aspekterna avgjorde slumpen att dessa länder blev representerade. Konsekvenserna kan vara att resultatet inte är ur ett globalt perspektiv eftersom dessa länder enbart är västerländska, och kan då anses som en svaghet.

Resultatdiskussion:

Resultatet anses besvara författarnas syfte. I diskussionen har författarna valt att lyfta följande två huvudkategorier: Sjuksköterskans professionella och personliga aspekter samt sjuksköterskans föreställningar om patienten.

Författarnas studie visar att det finns många bakomliggande hinder till att sjuksköterskor upplever det svårt att tala om sexuell ohälsa med sina patienter. Sjuksköterskornas personlighet och tidigare erfarenhet tycks påverka deras syn på sexuell ohälsa inom vården. Med andra ord kan det finnas ett samband mellan i vilken utsträckning sexuell ohälsa tas upp med patienter och sjuksköterskans inställning till ämnet. De sjuksköterskor som har mer yrkeserfarenhet är betydligt mer positiva till att tala om sexuell ohälsa med patienter samt upplever mindre hinder i frågor gällande detta. Även andra faktorer som hindrar sjuksköterskan från att samtala om sexuell ohälsa har identifierats, som till exempel tidsbristen som ingår i kategorin Organisatoriska faktorer. Tidsbristen är en subkategori som författarna även har tolkat som en prioriteringsfråga, vilket betyder att den skulle kunna ingå under huvudkategorin Sjuksköterskans professionella och personliga aspekter.

Kan det då vara så att sjuksköterskans erfarenhet och utbildning påverkar hans bemötande gentemot frågor som rör sexuell ohälsa? Enligt författarna har detta samband varit mycket intressant att reflektera kring då flera studier visar att sjuksköterskor upplever vissa kunskapsluckor inom detta område.

Akinci, Yildiz och Zengin (2010) har undersökt sjuksköterskestudenters bekvämlighetsgrad i samband med att tala om sexuell ohälsa med patienter som har kroniska medicinska problem. Deras studie visade att 59% ($n=108$) av sjuksköterskestudenterna som deltog i studien ansåg att deras grad av utbildning påverkade deras förmåga att tala om sexuell ohälsa med patienter. Deltagarna som ingick i studien gick sista året på utbildningen och kan därför räknas som nästan färdiga sjuksköterskor. Detta styrker författarnas observation som omnämns i arbetets inledning

där det beskrivs att det i sjuksköterskans grundutbildning inte har förekommit varken några föreläsningar inom ämnet sexuell hälsa och ohälsa eller omnämnts i någon kurslitteratur. Författarnas resultat samt studien av Akinci et al. (2010) visar att kunskapsluckor påverkar sjuksköterskor negativt i form av sämre självförtroende och osäkerhet i dessa frågor.

Författarna har valt att lyfta huvudkategorin Sjuksköterskans föreställningar om patienten då denna anses vara mycket intressant med tanke på att sjuksköterskornas förförståelse om patienten inte stämmer överens med patienternas beskrivning av deras vårdbehov. Detta är något som styrks i de artiklar som refereras till i bakgrunden, där patienter beskriver att de skulle vilja ha mer samtal om sexuella dysfunktioner som de upplever i samband med olika sjukdomstillstånd samt medicinering. De föreställningar som framgick i författarnas resultat tros vara baserade på okunskap samt vara ursäkter för att undvika ämnet. Sjuksköterskornas personliga attityder och känslor verkar få övertaget över det professionella förhållningssätt som en sjuksköterska bör ha när det gäller frågor gällande sexuell ohälsa.

I styrdokument för sjuksköterskans profession som *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska* (Socialstyrelsen, 2005) finns det beskrivet att sjuksköterskan bör ha ett holistiskt synsätt, vilket innebär att se människan ur ett helhetsperspektiv och inte enbart rikta in sina insatser på det aktuella sjukdomstillståndet. Det holistiska vårdandet finns också beskrivet i vårdvetenskapens litteratur av exempelvis Katie Eriksson (2002) som talar om att sjuksköterskan bör vårda patienten utifrån tre dimensioner, nämligen kropp, själ och ande. Varken Eriksson eller det ovannämnda styrdokumentet talar dock inte direkt om sexualitet och hur sjuksköterskan kan integrera sexuella frågor i vårdandet. Detta är något som författarna tror kan vara ännu en bidragande orsak till att sjuksköterskor inte prioriterar dessa frågor. Eftersom ämnet sexuell hälsa och ohälsa inte omnämns i diverse styrdokument finns heller inga riktlinjer för hur sjuksköterskan konkret kan initiera ämnet med patienter. Detta leder till att kommunikationen, som enligt Fossum (2012) ligger till grund för ett vårdande samtal, blir lidande. Med andra ord så finns det även här en kunskapslucka gällande hur sjuksköterskor kan kommunicera med patienter om sexuell ohälsa.

Trots kunskapen om att sjuksköterskor ska ge ett holistiskt vårdande har författarna i denna studie identifierat flera hinder som hindrar sjuksköterskor från att göra detta i frågor som rör sexuell ohälsa. Detta verkar bero på kunskapsluckor vilket även ses som en röd tråd genom majoriteten av de hinder som identifierats. Enligt författarna är det av stor vikt att uppmärksamma dessa frågor hos sjuksköterskor eftersom det i slutändan är patienterna som blir lidande av ett bristfälligt bemötande gällande frågor som rör sexuell ohälsa.

Praktiska implikationer

Resultatet visar behovet av ökad kunskap hos sjuksköterskor gällande frågor som rör sexuell ohälsa och hur man kan samtala om det med olika patientgrupper. Detta kan exempelvis göras genom att införa kurser och seminarier gällande sexuell hälsa och ohälsa i både grundutbildningen men även på arbetsplatser.

Förslag till vidare forskning

Det hade varit intressant att studera både sjuksköterskornas och patienternas perspektiv i en och samma studie för att då kunna jämföra dem och identifiera var kommunikationen brister och varför den gör det. Då kan även vidare forskning göras för att hitta lösningar på problemet, det vill säga identifiera det som behövs göras för att förbättra kommunikationen mellan sjuksköterska och patient i frågor som rör sexuell ohälsa.

SLUTSATSER

Denna litteraturoversikt visar att majoriteten av sjuksköterskorna i de utvalda analyserade studierna känner en osäkerhet inför att tala med patienter om sexuell ohälsa på grund av olika hinder. De två mest framträdande hindren till osäkerheten beror enligt författarna på sjuksköterskans personliga och professionella aspekter samt de föreställningar om patienten som sjuksköterskan har. De faktorer som rör sjuksköterskans personliga och professionella aspekter är utbildning, yrkeserfarenhet, ålder och personlig inställning till sexualitet. De föreställningar sjuksköterskan har om patienten och som påverkar förekomsten av samtal om sexuell ohälsa med en patient är bland annat patientens ålder, kulturbakgrund och sjukdomstillstånd. Att utbildning och yrkeserfarenhet har en stor inverkan på sjuksköterskans inställning gentemot att beröra frågor kring sexuell ohälsa är något som tydligt framkommer i författarnas resultat. De sjuksköterskor med utbildning inom ämnet utöver grundutbildningen eller med erfarenhet av att hantera dessa frågor med sina patienter sedan tidigare, samtalar med sina patienter om detta i större utsträckning än de sjuksköterskor som varken har utbildning eller erfarenhet inom detta ämne. Det behövs enligt författarna mer utbildning och kunskap om sexuell ohälsa till sjuksköterskor både i grundutbildningen men även på arbetsplatser. Detta skulle kunna göras i form av till exempel kurser och seminarier där möjlighet ges att tala om sexuell ohälsa och de hinder som sjuksköterskorna upplever hindrar dem från att tala om sexuell ohälsa med patienter.

REFERENSER

Akinci, C. A., Yildiz, H. & Zenginn, N. (2010). The Level of Comfort Among Nursing Students During Sexual Counseling to Patients Who Have Chronic Medical Conditions. *Sexuality and Disability*, 29 (1), 11-20. doi: 10.1007/s11195-010-9185-1

American Psychiatric Association (2000). *MINI-D IV Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV TR* (Herlofson, J. & Landqvist, M., Övers.). Pilgrim Press: Kristianstad.

Beckman, N., Waern, M., Gustafson, D. & Skoog, I. (2008). Secular Trends in Self Reported Sexual Activity and Satisfaction in Swedish 70 year olds: Cross Sectional Survey of Four Populations, 1971-2001. *British Medical Journal (International Edition)*, 337 (7662), 151-154. doi:10.1136/bmj.a279

Bergmark, K. (2007). Sexualitet och cancer. I M. Carlsson (Red.) *Psykosocial cancervård*. (s.173-197). Lund: Studentlitteratur AB.

Citalopram (2012). I *FASS.se*. Hämtad den 2 januari, 2013 från http://www.fass.se/LIF/produktfakta/artikel_produkt.jsp?NplID=20040514000039&DocTypeID=7&UserID=2

Ehnfors, M., Ehrenberg, A. & Thorell-Ekstrand, I. (2000). - *lbefinnande, kerhet rbundet.*

Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber.

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

Farell, J. & Belza, B. (2012) Are Older Patients Comfortable Discussing Sexual Health With Nurses? *Nursing Resarch* 61(1), 51-57. doi:10.1097/NNR.0b013e31823a8600

Fossum, B. (2009). Modeller och teorier för kommunikation och bemötande. I B. Fossum, (Red.), *Kommunikation - samtal och bemötande i vården*. (s.23-39). Lund: Studentlitteratur AB.

Fredriksson, L. (2012). Vårdande kommunikation. I L.Wiklund Gustin & I. Bergbom, (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*, (s. 321-330). Lund: Studentlitteratur AB.

Friberg (2006a). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg, (Red.), *Dags för uppsats*, (s. 115-124). Lund: Studentlitteratur.

Friberg, F. (2006b). Tankeprocessen under examensarbetet. I F. Friberg, (Red.), *Dags för uppsats*, (s. 27-36). Lund: Studentlitteratur.

- Fugel Meyer, K. & Fugel Meyer, A. (2010). Definitioner och förekomst av sexuella dysfunktioner. I P.O. Lundberg & L. Löfgren-Mårtensson, (Red.), *Sexologi* (3:e uppl.), (s. 265-273). Stockholm: Liber AB.
- *Gott, M., Galena, E., Hinchliff, S. & Elford, H. (2006). Opening a Can of Worms: GP and Practice Nurse Barriers to Talking About Sexual Health in Primary Care. *Family Practice*. 21(5), 528-536. doi: 10.1093/fampra/cmh509
- *Hoekstra, T., Lesman-Leegte, I., Couperus, M-F, Sanderman, R. & Jaarsma, T. (2012). What Keeps Nurses From the Sexual Counseling of Patient with Heart Failure? *Heart & Lung* 41(5), 492-499. doi:10.1016/j.hrtlng.2012.04.009
- Hulter, B. (2004). *Sexualitet och hälsa*. Lund: Studentlitteratur.
- Ivarsson, B., Fridlund, B. & Sjöberg, T. (2009). Information From Health Care Professionals about Sexual Function and Coexistence After Myocardial Infarction: A Swedish National Survey. *Heart & Lung*, 38(4), 330-335. doi: 10.1016/j.hrtlng.2009.01.001
- Johannisson, K. (2002). I P.O. Lundberg (Red.), *Sexologi* (2. uppl.). (s.172-183) Stockholm: Liber AB
- *Julien, J.O., Thom, B. & Kline, N.E. (2010). Identification of Barriers to Sexual Health Assesment in Oncology Nursing Practice. *Oncology Nursing Forum* 37(3), 186-190. doi: 10.1188/10.ONF.E186-E190
- Kummer, A., Cardoso, F. & Teixeira, A-L. (2009). Loss of Libido in Parkinson's Disease. *The Journal of Sexual Medicine* 6(4), 1024-1031. doi: 10.1111/j.1743-6109.2008.01083.x
- Lundberg, P.O. (2010). Förändrad sexuell lust och förmåga. I P.O. Lundberg & L. Löfgren-Mårtensson, (Red.), *Sexologi* (3. uppl.). (s.273-276). Stockholm: Liber AB.
- *Magnan, M.A. & Reynolds, K. (2006). Barriers to Adressing Patient Sexuality Concerns Across Five Areas of Specialization. *Clinical Nurse Specialist*, 20(6), 285-292.
- McMurray, M. & Davies, M. (2006). What do Men with Diabetes and Erectile Dysfunction Think About the Services They Receive? *Practical Diabetes International*, 23(4), 153-156. doi: 10.1002/pdi.931
- Merleau-Ponty, M. (1999). *Kroppens fenomenologi*. Göteborg: Daidalos.
- Montejo, A.L., Llorca, G., Izquierdo, J.A. & Rico-Villademoros, F. (2001). Incidence of Sexual Dysfunction Associated With Antidepressant Agents: A Prospective Multicenter Study of 1022 Outpatients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(3), 10-21.

- *Nakopoulou, E., Papaharitou, S. & Hatzichristou, D. (2009). Patient's Sexual Health: A Qualitative Research Approach on Greek Nurses Perceptions. *International Society for Sexual Medicine*, 6(8), 2124-2132. doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01334.x
- Nappi, E-R. & Lachowsky, M. (2009). Menopause and Sexuality: Prevalence of Symptoms and Impact on Quality of Life . *Maturitas* 63(2), 138-141. doi: 10.1016/j.maturitas.2009.03.021
- *Olsson, C., Berglund, A-L., Larsson, M. & Atliin, E. (2012). Patient's Sexuality – A Neglected Area of Cancer Nursing? *European Journal of Oncology Nursing*. 16(4), 426-431.
- Olsson, M.A. (2010). Erekttil dysfunktion - impotens - orsakad av kärleksjukdomar. I P.O. Lundberg & L. Löfgren-Mårtenson, (Red.), *Sexualitet* (3. uppl.). (s.305-308). Stockholm: Liber AB.
- Quinn, C., Hapell, B. & Browne, G. (2011). Talking or Avoiding? Mental Health Nurses' Views about Discussing Sexual Health with Consumers. *International Journal och Mental Health Nursing*, 20 (1), 21-28. doi: 10.1111/j.1447-0349.2010.00705.x
- Reynolds, K.E. & Magnan, M.A. (2005). Nursing Attitudes and Beliefs Toward Human Sexuality: Collaborative Research Promoting Evidence-Based Practice. *Clinical Nurse Specialist: The Journal for Advanced Nursing Practice*, 19(5), 255-259.
- *Saunamäki, N., Andersson, M. & Engström, M. (2009). 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
- Siemens (2012). *Melior - det marknadsledande journalsystemet för svenska sjukhus*. Hämtad den 25 oktober 2012, från <http://www.nwe.siemens.com/sweden/internet/se/healthcare/it-losningar/melior/pages/melior.aspx>
- SFS 1982:763. - *rds*lag. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad den 19 oktober 2012, från Socialdepartementet, http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/?bet=1982:763
- SFS 1985:562. *Patientjournal*lag. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad den 2 januari 2013 från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/sfs_sfs-1985-562/
- Socialstyrelsen. (2009). *Isorapporten 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad den 2 januari 2012 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-71>
- Socialstyrelsen (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad den 17 oktober från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2005/2005-105-1>

Southard, N.Z. & Keller, J. (2009). The Importance of Assessing Sexuality: A Patient Perspective. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 13(2), 213-217. doi: 10.1188/09.CJON.213-217

Statens folkhälsoinstitut (2012). *Sex, hälsa och välbefinnande*. Hämtad den 27 september 2012 från <http://www.fhi.se/Publikationer/Alla-publikationer/Sex-halsa-och-valbefinnande/>

Statens folkhälsoinstitut (1996). *Sex i Sverige*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

World Health Organisation (2012) *Sexual Health*. Hämtad den 27 oktober 2012 från http://www.who.int/topics/sexual_health/en/

BILAGOR

Bilaga I. Sökhistorik

| Databas: Cinahl, Datum | Sökord | Antal träffar | Genomsökta abstract | Uttagna artiklar | Titel |
|------------------------------|--|---------------------|------------------------|---------------------|--|
| 1/11-2012 | Sexual Health AND Nursing AND Barriers | 19 | 9 | 4 | 1. "Barriers to Addressing Patient Sexuality Concerns Across Five Areas of Specialization" 2. "Discussing sexuality with patients: nurses' attitudes and beliefs" 3. "What keeps nurses from the sexual counseling of patients with heart failure?" 4. "Talking or avoiding? Mental health nurses' views about discussing sexual health with consumers" |
| 6/11-2012 | Nurse Attitudes AND Sexual Health | 34 (4 dubletter) | 3 | 1 | 5. "Identification of Barriers to Sexual Health Assessment in Oncology Nursing Practice" |

| Databas: PubMed, Datum | Sökord Mesh- termer | Antal träffar | Genomsökta abstract | Uttagna artiklar | Titel |
|------------------------------|---|------------------|------------------------|---------------------|--|
| 1/11-2012 | Nurse-Patient Communication AND Barriers AND Attitude AND Sexual | 2 | 2 | 1 | 6. "Opening a can of worms": GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care." |

| | | | | | |
|-----------|---|----|---|---|--|
| | dysfunction | | | | |
| 8/11-2012 | Sexuality AND Nursing AND Communication AND Nurses Attitudes AND patient | 33 | 3 | 2 | 7. "Patient's sexuality – A neglected area of cancer nursing?" 8. "Patients sexual health: a qualitative approach on greek nurses perceptions." |

Bilaga II. Artikelgranskning

| | |
|---|--|
| 1. Författare, årtal, titel & tidskrift. | Magnan, M.A. & Reynolds, K., 2006, " Barriers to Addressing Patient Sexuality Concerns Across Five Areas of Specialization ", <i>Clinical Nurse Specialist</i> |
| Problem/Syfte | Syftet var att undersöka de barriärer som påverkar sjuksköterskan vid frågor angående patientens sexualitet inom 5 av sjuksköterskans specialinområden; onkologi, medicin, kirurgi, obstetrik/gynekologi samt rehabilitering. |
| Metod | Kvantitativ metod, deskriptiv korrelationsstudie med icke slumpmässigt urval. Man har använt sig av "Sexual Attitudes and Beliefs Survey" (SABS). |
| Urval | 302 sjuksköterskor (289 kvinnor, 17 män) mellan åldrarna 24-60 blev rekryterade via ett bekvämlighetsurval från olika medicinska arenor i mellanvästra USA. Arbetslivserfarenheten varierade hos sjuksköterskorna mellan <1 år och >45 år. De flesta sjuksköterskorna, 62 % (n=187) rapporterade att de fått någon undervisning om sexualitet under sjuksköterskeutbildningen medan få, 16,2% (n=46) rapporterade att de hade deltagit i ytterligare utbildning i ämnet i form av workshops och seminarier. |
| Resultat | Den barriär som dominerade inom alla 5 områden var sjuksköterskans föreställning om att patienten ej förväntar sig att sjuksköterskan ska fråga om deras sexuella ohälsa. Den andra vanligaste barriären (med undantag från ob/gyn) var misslyckandet med att skapa tid för att diskutera patienters sexuella dysfunktioner. Barriärer som hade med sjuksköterskans nivå av komfort i samband med frågor kring patientens sexualitet att göra dominerade också genomgående. Skillnader emellan de 5 specialinområdena gällande följande frågor kunde påvisas; benägenheten att tro ifall sexualitet är avgörande/ej avgörande för patientens hälsa, vilja förstå hur patientens sjukdomar och behandlingar kan påverka sexualiteten, se sexuella frågor som en del av sjuksköterskans ansvarsområde, upplevt diskomfort i samband med att ta upp dessa frågor, tro att patienter var för sjuka för att vara intresserade samt att ämnet ansågs som privat. |

| | |
|---|--|
| 2. Författare, årtal, titel & tidskrift. | Saunamäki, N., Andersson, M. & Engström, M., 2009. " Discussing Sexuality with Patients: Nurses' Attitudes and Beliefs " <i>Journal of Advanced Nursing</i> |
| Problem/Syfte | Syftet var att beskriva sjuksköterskors attityder och föreställningar gentemot att diskutera sexualitet med patienter, där enkäten SABS (Sexual Attitudes and Beliefs) användes. Forskningsfrågor: Vilka attityder och föreställningar har sjuksköterskor gentemot att diskutera sexualitet med patienter? Finns det några associationer mellan sjuksköterskors attityder och föreställningar gentemot sexualitet, deras ålder och antal |

| | |
|-----------------|--|
| | är som de har arbetat som sjuksköterskor? Finns det några skillnader mellan sjuksköterskors attityder och föreställningar gentemot sexualitet beroende på om de har vidareutbildning eller ej? |
| Metod | Kvantitativ metod. |
| Urval | Ett bekvämlighetsurval av 88 sjuksköterskor deltog i studien. 100 frågeformulär skickades ut till sjuksköterskor på 5 medicinska (50 frågeformulär) och 5 kirurgiska (50 frågeformulär) avdelningar på ett svenskt sjukhus. 39 sjuksköterskor från de medicinska avdelningarna valde att delta, medan 49 sjuksköterskor från de kirurgiska avdelningarna, alltså 88 %, valde att delta. Majoriteten av deltagarna var kvinnor och deras ålder var mellan 22-64 år. Sjuksköterskeerfarenheten varierade mellan 5 månader och 40 år. |
| Resultat | Över 90 % av deltagarna förstod hur patienters sjukdomar och behandlingar kunde påverka deras sexualitet. Omkring $\frac{2}{3}$ kände sig bekväma med att prata om sexuella problem med patienter och höll med om att det är en sjuksköterskas ansvar att uppmuntra patienter att tala om sexuella problem. De flesta tog sig dock inte tid att diskutera sexuella problem, och omkring $\frac{2}{3}$ kände sig inte säkra på deras förmåga att ta itu med patienters sexuella problem. Man såg ett samband mellan sjuksköterskans ålder och en positiv attityd gentemot att diskutera sexualitet med patienter. Ju äldre sjuksköterskan var desto mer säker kände hon sig på att ta itu med patienters sexuella problem. Man såg även signifikanta skillnader mellan allmänsjuksköterskor och sjuksköterskor med vidareutbildning. De sistnämnda var mer positiva till att ta upp sexuella problem med patienter. |

| | |
|---|--|
| 3. Författare, årtal, titel & tidskrift. | Hoekstra, T., Lesman-Leege, I., Couperus, M.F., Sanderman, R. & Jaarsma, T., 2012, "What Keeps Nurses from the Sexual Counseling of Patients With Heart Failure?" <i>Heart & Lung</i> |
| Problem/Syfte | Syftet var att undersöka den nuvarande situationen kring sjuksköterskors samtal om sexualitet med hjärtsviktpatienter samt att utforska vilka barriärer som hindrar sjuksköterskor från att diskutera sexualitet. |
| Metod | Kvantitativ metod, frågeformulär. Två frågeformulär i tidigare studier har legat till grund för den aktuella enkäten. Dessa inkluderade 2 delskalor av "The Nurses' Survey of Sexual Counseling of Myocardial Infarction Patients" samt en lista över barriärer som använts i tre andra studier (finns i artikelns referenslista). Deltagarna har även fått svara på ytterligare 10 stycken frågor angående socioekonomiska fakta och deras yrkesbakgrund. Vid den statistiska analysen tog man hjälp av SPSS, vers. 16,0 (SPSS, INC, Chicago, IL). Deskriptiv analys användes för att testa urvalet och dess respons till de variabler som skulle studeras. |
| Urval | Det skickades ut introduktionsbrev till alla hjärtkliniker i Nederländerna ($n=122$) som bestod av 3 stycken kopior av ett frågeformulär och 3 fraktfria kuvert. Dessa ombads att fyllas i anonymt inom 2 veckor. Totalt svarade 146 sjuksköterskor, majoriteten var kvinnor (83 %) med en medelålder på 45-8 år (åldersspann 25-61). 67 % av sjuksköterskorna hade en Bachelor-examen och 30% rapporterade att de hade gått ytterligare utbildning i form av seminarier och workshops som handlade om "sexualitet i praktiken" för sjuksköterskor. |
| Resultat | Majoriteten (75 %) av sjuksköterskorna kände ett visst ansvar för att diskutera patientens sexuella hälsa. Men i praktiken var det hela 61 % som sällan eller aldrig tog upp sexualitet. De barriärer som hindrade sjuksköterskor från att ta upp ämnet var organisatoriska otydligheter kring hur man ska hantera ämnet, brist på utbildning och ovisshet om hur man kan initiera ämnet, och dessa skiljde sig mellan de sjuksköterskor som diskuterar ämnet ($n=58$) med patienter och de som inte gör det ($n=88$). |

| | |
|---|--|
| | Sjuksköterskor föredrog att hantera sexualiteten under ett uppföljande besök eller när man diskuterar medicinering. |
| 4. Författare, årtal, titel & tidskrift. | Quinn, C., Hapell, B. & Browne, G., 2011. "Talking or Avoiding? Mental Health Nurses' Views about Discussing Sexual Health with Consumers" <i>International Journal of Mental Health Nursing</i> . |
| Problem/Syfte | Syftet var att få en bredare och djupare förståelse för om sjuksköterskor inom psykiatri talar med sina patienter om sexualitet eller undviker det i praxis. |
| Metod | Kvalitativ metod. Bygger på semistrukturella individuella intervjuer med 14 sjuksköterskor som arbetar inom psykiatri i slutenvård eller andra kommunala vårdinstanser. Intervjuerna spelades in för att sedan transkriberas och analyseras. |
| Urval | 14 stycken sjuksköterskor (8 kvinnor, 6 män) mellan åldrarna 24-60 år inom psykiatri blev rekryterade från tre områden inom psykisk hälsovård i Queensland. De inkluderade var ett kommunalt team inom psykisk hälsa, en sluten psykiatriavdelning och ett rehabiliteringsteam. |
| Resultat | Deltagarna erkände vikten av att tala om sexualitet, men de flesta var motvilliga att fråga om patienternas oro och tenderade att antingen ignorera problemet eller hänvisa till en läkare. 4 teman identifierades: "att tala om/eller undvika sexuellt relaterade problem med patienter", "sexualitet är inte ett prioriterat område", "att tala om sexualitet är inte mitt arbete" och "sexualitet tas inte upp av andra, så varför ska jag göra det?". |
| 5. Författare, årtal, titel & tidskrift. | Julien, J.O., Thom, B. & Kline, N.E., 2010. "Identification of Barriers to Sexual Health Assessment in Oncology Nursing Practice" <i>Oncology Nursing Forum</i> |
| Problem/Syfte | Syftet var att fastställa onkologisjuksköterskors förhållningssätt och kunskap om sexuell hälsa och dess inverkan i deras arbete. |
| Metod | Deskriptiv tvärsnittsstudie. Sexual Attitudes and Beliefs Survey (SABS) användes, vilket är ett bedömningsformulär som består av 12 självskattningsfrågor med gradering från 1-6, där 1=instämmer inte alls och 6=instämmer helt. En demografisk datainsamling användes för att få information om ålder, etnicitet, utbildningsnivå och sjuksköterskeerfarenhet. Datan analyserades med SPSS 15.0 software. |
| Urval | Ett bekvämlighetsurval av 576 sjuksköterskor som jobbade inom akut-, öppenvård och perioperativ vård blev tillfrågade under en årlig obligatorisk utbildningsdag från april till november 2007. 92 % av deltagarna var kvinnor och 8 % var män. |
| Resultat | De flesta sjuksköterskor anser inte att sexualitet är ett för privat ämne att tala om med patienter och har förståelse för hur sjukdomen och dess behandling kan påverka deras sexualitet, men många anser att det är läkarens ansvar att ta upp dessa frågor. Det största hindret för att inte prata om sexualitet med patienter var sjuksköterskornas egen uppfattning om att patienter inte förväntar sig att sjuksköterskor ska prata om sexuella problem. Studien visade att sjuksköterskor under 40 år samt sjuksköterskor med mindre än 10 års erfarenhet identifierade fler hinder än andra. Dessutom visade studien att vidareutbildade sjuksköterskor uppvisade färre hinder än icke vidareutbildade. Sjuksköterskor som jobbade i öppenvården uppvisade färre hinder än akutvårdssjuksköterskor och sjuksköterskor som jobbade natt uppvisade fler hinder än sjuksköterskor som jobbade under dagtid. |
| 6. Författare, årtal, titel & tidskrift. | Gott, M., Galena, E., Hinchliff, S. & Elford, H., 2006. "Opening a Can of Worms": GP and Practice Nurse Barriers to Talking about Sexual Health in Primary Care" <i>Family Practice</i> |

| | |
|----------------------|---|
| Problem/Syfte | Syftet var att identifiera de barriärer som läkare och sjuksköterskor upplever i samband med att initiera ett samtal kring sexuell hälsa inom primärvården samt att undersöka strategier för att förbättra kommunikationen inom detta område. |
| Metod | Semistrukturerade intervjuer gjordes under 45-90 minuter på deltagarnas respektive arbetsplatser och spelades in. Fältanteckningar togs även efter intervjuerna. Studien är godkänd av den lokala etiska kommitén. Vid dataanalysen använde man sig av en kombination av deduktivt och induktivt tänkande och tog hjälp av programmet QSR NUD*IST vid analysprocessen. |
| Urval | 22 läkare mellan 35-57 år och 35 sjuksköterskor mellan 32-60 år blev rekryterade från olika vårdcentraler i Sheffield, Storbritanien. Författarna har använt sig av en form av icke-slumpmässigt urval: typiskt urval, dvs. de har subjektivt valt ut individer passande för deras undersökning. Rekryteringen skedde från en lista över alla anställda läkare och sjuksköterskor i Sheffield. |
| Resultat | Termen "burk med maskar" sammanfattade deltagarnas upplevelser om att frågor som rör sexualitet är svåra och problematiska att tala om inom primärvården på grund utav deras komplexitet, känslighet och behov av tid, kunskap och expertis. De 6 huvudkategorierna var tidsbrist, primärvårdens prioriteringar, rädsla för att beröra känsligt ämne, barriärer i samband med vissa patientgrupper (motsatt kön, icke-heterosexuell, etniska minoritetsgrupper, äldre), kunskapsbrist, tvekan att det tillhörde primärvården. |

| | |
|---|--|
| 7. Författare, årtal, titel & tidskrift. | Olsson, C., Berglund, A-L., Larsson, M. & Athlin, E., 2012. " Patient's Sexuality – A Neglected Area of Cancer Nursing? " <i>European Journal of Oncology Nursing</i> |
| Problem/Syfte | Syftet var att beskriva sjuksköterskors upplevelse av att prata om sexualitet med cancerpatienter. |
| Metod | Fenomenologisk ansats. |
| Urval | 10 sjuksköterskor valdes ut medvetet från ett sjukhus i Västsverige. Inklusionskriterierna var att de skulle ha jobbat som sjuksköterskor i minst 2 år och att alla vårdade cancerpatienter. De arbetade inom olika former av cancervård såsom kirurgisk, gynekologisk-onkologisk, hematologisk, onkologisk och palliativ vård. Deras ålder var mellan 24-54 år och alla var kvinnor. |
| Resultat | En huvudkategori uppkom: "Vi borde prata om sexualitet, men vi gör det vanligtvis inte" och 3 deskriptiva kategorier: 1. Sjuksköterskors förhållningssätt, kunskap och kompetens påverkar, 2. patienters sexuella problem är utgångspunkten för dialoger och 3. avdelningsmiljön påverkar. Huvudkategorin visar att alla sjuksköterskor ansåg att prata om sexualitet är en del av deras ansvarsområde och patienternas sexuella problem relaterat till konsekvenserna av deras sjukdom och behandlingsform är startpunkten för att öppna en dialog. Många ansåg att det snarare var läkare och specialistsjuksköterskors ansvar att ta upp dessa problem. |

| | |
|---|--|
| 8. Författare, årtal, titel & tidskrift. | Nakopoulou, E., Papaharitou, S. & Hatzichristou, D., 2009. " Patient's Sexual Health: A Qualitative Research Approach on Greek Nurses perceptions " <i>International Society for Sexual Medicine</i> . |
| Problem/Syfte | Syftet var att utforska grekiska sjuksköterskors uppfattningar om sexuella problem och hur dessa kan hämma eller förstärka deras förmåga att införliva bedömning av sexuell hälsa i deras vardagsarbete. |
| Metod | En kvalitativ forskningsdesign med fokusgrupper. I fokusgrupperna hölls gruppdiskussioner som varade mellan 60-90 minuter, och dessa bandades med deltagarnas tillåtelse. Sjuksköterskorna tillfrågades med öppna frågor. Vid analysen användes en tematisk analys baserad på Grounded Theory. |

| | |
|-----------------|---|
| Urval | Ett urval av 44 sjuksköterskor 27-45 år som rekryterades under en 1-årig vidareutbildning som leddes av ett sjukhus i Thessaloniki. Majoriteten av dem var kvinnor som arbetade i olika kliniska miljöer. 7 fokusgrupper med 6-8 deltagare i varje valdes ut. |
| Resultat | 3 centrala teman identifierades: 1. subjektiv uppfattning om sexuell hälsa, 2. diskutera sexuella problem och 3. utbildnings- och träningsbehov. Sjuksköterskorna ansåg att sexuell hälsa var en viktig del av den generella hälsan men ändå brukade de inte ta upp dessa problem med sina patienter. Hinder för att inte ta upp dessa problem var t.ex. åldersskillnad samt könsskillnad mellan sjuksköterska och patient som gjorde att det inte kändes tillåtet att diskutera dessa problem. |