

# Utbildning saknas

## Sjuksköterskors barriärer och hinder inför att samtala med patienter om sexualitet

FÖRFATTARE	Lisa Maria Fransson
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet 180 Högskolepoäng Examensarbete i omvårdnad OM5250 VT 2012
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Kristin Falk
EXAMINATOR	Helen Elden

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel (svensk):	Utbildning saknas - Sjuksköterskors barriärer och hinder inför att samtala med patienter om sexualitet
Titel (engelsk):	Lack of education - Nurses' barriers and obstacles to address patients sexuality
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng Examensarbete i omvårdnad /OM5250
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	18 sidor
Författare:	Lisa Maria Fransson
Handledare:	Kristin Falk
Examinator:	Helen Elden

## SAMMANFATTNING

**Bakgrund:** Sexualitet är en källa till både njutning, nöje och livskvalitet. Behovet av sexualitet och intimitet kvarstår vid sjukdom och även i ett palliativt skede. Patienter önskar att sjuksköterskor ska samtala om sexualitet med dem. De vill bli bemötta utifrån att holistiskt synsätt, och få individuellt anpassad information om vilka konsekvenser sjukdomen och behandlingen kan ha på sexualiteten. Många sjuksköterskor tycker att sexualitet det ingår i deras ansvarsområde, men i praktiken samtalar sjuksköterskor sällan om sexualitet med patienter. **Syfte:** Syftet var att genom en litteraturstudie beskriva vad befintlig forskning kommit fram till angående vilka barriärer och hinder som gör att sjuksköterskor avhåller sig från att samtala om sexualitet med patienter. **Metod:** En litteraturstudie genomfördes, baserad på sex kvantitativa och tre kvalitativa artiklar, publicerade mellan 2002 och 2012. **Resultat:** Fyra huvudteman identifierades: *Kunskap, utbildning och erfarenhet, Rädsla för att överskrida gränser, Professionellt ansvar och handlande* och *Yttre begränsningar*. Sjuksköterskor ansåg att deras utbildning om sexualitet var otillräcklig och att det gjorde dem dåligt förberedda för att kunna samtala med patienter om deras sexualitet. Många kände sig osäkra och saknade självförtroende för att samtala om sexualitet. Somliga ansåg att det inte var deras ansvar eller var osäkra på vem som hade ansvaret. Antaganden att patienter inte förväntar sig att sjuksköterskor ska samtala om sexualitet eller att de var för sjuka förekom också. De ville heller inte riskera att förolämpa patienter på ett eller annat vis, eller t.ex. göra dem generade. Behandling av sjukdomar och biverkningar hade högre prioritet. Avsaknad av enskildhet utgjorde ett av hindrena, likaså påverkades det av arbetsbelastningen och andra uppgifter som ingick i arbetet. Det saknades också stöd från omgivningen. Det finns behov av att se över hur sexualitet tas upp och vilken kunskap som lärs ut vid utbildningar. Sexualitet behöver också lyftas fram inom verksamheter, t. ex. upprätta riktlinjer och en tydligare ansvarsfördelning.



## INNEHÅLL

	Sid
<b>INTRODUKTION</b>	1
<b>INLEDNING</b>	1
<b>BAKGRUND</b>	1
Sexualitet	1
<i>Intimitet</i>	1
<i>Sexuell hälsa</i>	2
Sexualitet vid cancersjukdomar	2
Cancerpatienters behov önskningar och behov	3
<i>Patienters inställning till att sjuksköterskor samtalar om sexualitet</i>	3
Sjuksköterskors förhållningssätt och ansvar	4
<i>Förhållningssätt</i>	4
<i>Ansvarsområde</i>	4
<b>PROBLEMFÖRMULERING</b>	5
<b>SYFTE</b>	5
<b>METOD</b>	5
<b>LITTERATURSÖKNING</b>	5
<b>ANALYS</b>	7
<b>RESULTAT</b>	
<b>KUNSKAP, UTBILDNING OCH ERFARENHET</b>	7
Erfarenhet och ålder	8
Ogrundade föreställningar	8
<i>Patienters förväntningar</i>	9
<i>Sjuksköterskan tror att patienten är fokuserad på att övervinna sin sjukdom</i>	9
<b>RÄDSLOR FÖR ATT ÖVERSKRIDA GRÄNSER</b>	9
Patienters gränser	9
De egna gränserna	10
<i>Obekväma och avsaknad av tilltro till den egna förmågan</i>	10
Tabun	10
<i>Sexualitet: En privat angelägenhet</i>	10
<b>PROFESSIONELLT ANSVAR OCH HANDLANDE</b>	11
<b>YTRE BEGRÄNSNINGAR</b>	11
<b>DISKUSSION</b>	12
<b>METODDISKUSSION</b>	12
<b>RESULTATDISKUSSION</b>	13
<b>SLUTSATS</b>	16
<b>REFERENSER</b>	17
<b>BILAGA</b>	
Tabell 1 - Litteratursökning	

## **Tabell 2 – De kvantitativa studiernas resultat**

### **Artikelsammanställning**

# INTRODUKTION

## INLEDNING

Vid ett tillfälle under en verksamhetsförlagd utbildning (VFU) började jag fundera över sökordet "Sexualitet". Jag har aldrig under mitt arbete inom vården eller under någon placering vid VFU stött på någon dokumentation under sökordet eller hört att det förts på tal, varken inom personalgrupper eller med patienter. Det ledde till att jag frågade en sjuksköterska om hon någon gång hade pratat med någon patient om sexualitet, eller om hon visste om kollegor som hade gjort det. Hon svarade att det hade hon aldrig gjort och hon visste heller inte om någon annan som hade gjort det. Sedan lade hon till lite undvikande att "*jag vet egentligen inte om det är vår [sjuksköterskors] uppgift att göra det*". När jag sedan berättade det för en sexrådgivare på SU/Sahlgrenska sade hon att *det* var en vanlig inställning bland sjuksköterskor. Det väckte min nyfikenhet att granska sjuksköterskor och deras relation till sexualitet i yrkesutövandet närmare.

## BAKGRUND

### Sexualitet

Människoblivande sker i ett socialt sammanhang. Det äkta mötet sker mellan två subjekt och är identitetsskapande och bidrar till mognad och växt. Utan ömsesidighet och gensvar uteblir subjektiviteten vilket leder till främlingskap. Sexualitet handlar om reproduktion, lust och intimitet. Längtan finns hos homo-, bi- och heterosexuella, unga och gamla, vid sjukdom och funktionsnedsättning etc. Sexualitet i bemärkelsen av positiv kraft är ytterst förknippat med individens identitet och skapande av identitet. Det genomförs inte enbart i praktiken utan det inbegriper tankar, fantasier, värderingar och relationer. Människor har rätt till lustfyllt och positivt sex som bidrar till välbefinnande. Det är en rättighet som bör respekteras, försvaras och uppfyllas (1).

Sexuell hälsa är något som Världshälsoorganisation (WHO) arbetar aktivt med och har formulerat följande definition om sexualitet:

*"Sexuality is a central aspect of being human throughout life and encompasses sex, gender identities and roles, sexual orientation, eroticism, pleasure, intimacy and reproduction. Sexuality is experienced and expressed in thoughts, fantasies, desires, beliefs, attitudes, values, behaviors, practices, roles and relationships. While sexuality can include all of these dimensions, not all of them are always experienced or expressed. Sexuality is influenced by the interaction of biological, psychological, social, economic, political, cultural, ethical, legal, historical, religious and spiritual factors."* (2).

### Intimitet

Sexualitet inrymmer mer än bara det fysiska som t.ex. samlag. Även om WHO's formulering av sexualitet inte uttryckligen använder sig av begreppet intimitet, så är ingår intimitet som en viktig del av sexualitet. Gayle Timmerman har gjort en begreppsanalys och en teoretisk definition av begreppet (3). Enligt Timmerman är

intimitet betydelsefullt för utveckling, välbefinnande och socialt stöd och kan ses som ett mått på en relations kvalitet. Det ger en möjlighet för individen att i en relation känna sig accepterad och värdefull. Relationer med frånvaro av intimitet eller bristfälligt medför i högre grad känslomässig illafinnande (3).

Timmerman menar vidare att intimitet är en nära och ömsesidig relation tillsammans med en annan människa, som inte nödvändigtvis behöver inbegripa fysisk intimitet. Inte heller är intimitet ett statiskt tillstånd, utan intensiteten kan variera över tid. Intimitetens beståndsdelar består av tillit, att kunna vara sig själv och våga vara självutelämnande och samtidigt känna sig trygg i att dela tankar och känslor med varandra och veta med sig att man blir accepterad för den man är. Det finns inslag av ömsesidigt beroende och engagemang och ansvaret för relationen delas av båda parter (3).

Heberlein beskriver intimitet som att det är något man inte delar med någon annan. När man lämnar en bit av sig själv i varandras händer är det något som man inte delar med någon utomstående. Delandet och ömsesidigheten gör att relationen blir unik och exklusiv (1).

### ***Sexuell hälsa***

Sexualitet är en källa till både reproduktion och rekreation. Den reproduktiva delen har länge uppmärksammats inom hälso- och sjukvård. Den rekreerande delen av sexualitet innebär njutning och avkoppling, vilket också kan bidra till läkning och återhämtning (4).

Vad som kan anses som god sexuell hälsa är omtvistat och det har varit svårt att nå konsensus i frågan. Definitionen om vad som är god sexuell hälsa är högst individuellt och det finns en mångfald av behov och önskningar (5). Även i den här frågan har WHO formulerat om vad som kan anses som sexuell hälsa:

*”Sexual health is the integration of somatic, emotional, intellectual and social aspect of sexual being, in ways that are positive enriching and that enhance personality, communication, and love.” (6).*

### **Sexualitet vid cancersjukdomar**

Ofta ser vi på våra medmänniskor utifrån vad vi tror och inte vilka de verkligen är. Det finns fördomar och förutfattade meningar om hur t. ex sjukdom, i varierande grad, påverkar människor. En missuppfattning är att sjukdom förskjuter fokus från andra delar av livet, till de fysiska och medicinska problem som är aktuella. Men då riskerar man att bortse från betydelsefulla tankar, känslor och psykosociala omständigheter. Sexualitetens och intimitetens hälsobringande krafter som utgör viktiga delar av livkvaliteten hamnar i skymundan. För även vid sjukdom kan sexualiteten fortsätta vara ett värdefullt inslag i människors liv (7).

Sexualitet och intimitet vid cancersjukdomar är ett väl utforskat område. Därför får sexualitet i samband med cancer utgöra ett exempel för att illustrera sexualitetens position och betydelse vid sjukdom här. I inledningsskedet av en sjukdom kanske tanken på hur sexualiteten kommer påverkas inte finns, kommer den att uppstå (8).

Kvinnor som hade behandlats för bröstcancer hade svårt för att skapa sig en ny identitet när de inte längre kände igen sina kroppar (9). Liknande problem hade män som hade behandlats för prostatacancer, deras manliga identitet hade förändrats och även de upplevde svårigheter med att finna sig en ny identitet (9). Sexlivet hade också påverkats, erotiken var inte längre vad den en gång hade varit. Regelbundna samlag och sexuella behov undertrycktes. När intresset för sex återkom hade kvinnorna svårigheter med att bli upphetsade, besvär med av nedsatt lubrikation och samlagssmärter. Männen som led av nedsatt libido och/eller erektionsstörningar kunde ha svårt för att använda hjälpmedel, som ofta krävde en del förberedelser före sexakten vilket kunde förta lusten. Det innebar att finna nya vägar till närhet och intimitet eller så blev de mindre sexuellt aktiva. En bieffekt av cancerbehandlingen var urininkontinens, som gjorde att männen inte kände sig attraktiva (9). Även vid livets slut kan sexualitetens betydelse för livskvalitet kvarstå, om än att dess uttryck kanske förändras. För vissa kunde intresset för samlag finnas kvar men för andra fick det minskad betydelse, och istället blev intimiteten viktigare som ett sätt att komma sin partner nära (8).

### **Cancerpatienters önsknings och behov**

De flesta palliativa patienter uttryckte i en studie av Lemieux et al att vårdpersonal skulle ge dem utrymme att prata om hur sjukdomen påverkade deras sexualitet och sexliv (8.) En annan studie (10) visade att patienter saknade information som gjorde dem förberedda inför eventuella konsekvenser av behandlingen och hur det skulle kunna påverka sexualiteten och den sexuella funktionen. Av 56 deltagare var det bara två som hade fått muntlig information och ingen hade fått skriftlig information (10). Patienterna sökte inte nödvändigtvis omfattande samtal om sexualitet, men de ville veta vad som orsakade problemen, om det var förväntade, helt normala och vanliga problem. Likaså ville de veta om problemen var övergående eller om det kunde bli kvarstående. De var också intresserade av att få veta hur andra patienter hade haft det och påverkats av det. Många kände sig överrumplade och utelämnade åt sig själva att se vilken effekt behandlingen och dess bieffekter skulle ha på sexlivet (10).

Det har visat sig att personal var inriktade på att berätta om påverkan av sjukdomen och behandlingen på t.ex. fertilitet, den sexuella funktionen, lusten och preventivmedel. I och med det trodde personalen också att de hade tagit upp ämnet med patienter. Men det visade sig att patienterna önskade individuellt anpassad information som mötte upp individuella behov och syn på sexualitet och intimitet. Som t.ex. praktiska information och känslomässigt stöd för att kunna leva med de förändringar som sjukdomen medförde på intimitet och sexualitet (11).

### ***Patienters inställning till att sjuksköterskor samtalar om sexualitet.***

Sexualitet gör sig påmind även vid sjukdom och många patienter har känt sig svikna av hälso- och sjukvården som inte har efterfrågat hur deras sexliv påverkats av sjukdom, skada och/eller behandling (5). En mindre studie ( $n=52$ ) som undersökte hur önskvärd patienter, i detta fall cancerpatienter, tyckte att det var att sjuksköterskor tog upp frågeställningar och gav information angående sexualitet i samband med sjukdomen (12). Av de som deltog svarade 42 % att det i någon grad var viktigt, men endast 17% av patienterna hade varit med om att sjuksköterskor hade fört det på tal. I



tillägg kan det noteras att endast 23% hade varit med om att läkare hade initierat samtal om sexualitet. Denna studie visade att en stor del av patienterna inte hade bemötts av samtal och information rörande sexualitet. Patienterna tyckte att samtal runt sexualitet skulle föras enskilt, i förtroende och utan fördomande. Och sjuksköterskorna skulle besitta kunskap och empati (12).

I en annan studie (13) hade friska tillfrågats vad de tyckte om att sjuksköterskor tar upp frågeställningar runt sexualitet. I jämförelse med studien med cancerpatienter var andelen positivt inställda högre. Andelen som svarade att det i någon grad var lämpligt för sjuksköterskor att göra det, var 67 stycken av 88 deltagare. Deltagarna ansåg också att sjuksköterskor skulle besitta förmågan att samtala om sexuella frågeställningar och inte förutsätta att patienter inte ville det (13).

## **Sjuksköterskors förhållningssätt och ansvar**

### ***Förhållningssätt***

Enligt Stead et al fanns det ganska stor medvetenhet bland sjukvårdspersonal om hur sjukdomar och behandlingar kan påverka sexualiteten, och de ansåg att det var viktigt att diskutera det med patienter men i praktiken skedde det inte. När sexualitet väl kom på tal handlade samtalen om t.ex. när det var lämpligt att återuppta sexlivet efter en operation eller om infertilitet (10).

Många sjuksköterskor anser att det är en del av ansvarsområdet, men i praktiken tar de sällan det ansvaret att möta upp patienternas behov av samtal om sexualitet, ge information eller föra dokumentation om det. Och de som gör det är i minoritet. Sjuksköterskor är villiga att lyssna och svara på frågor men de tar inte själva initiativet, istället väntar de på att patienter ska göra det (14).

### ***Ansvarsområde.***

Enligt International Council of Nurses (ICN) etiska kod för sjuksköterskor är sjuksköterskornas ansvarsområde att arbeta för att främja hälsa, återställa hälsa, förebygga sjukdom och lindra lidande (15). I Socialstyrelsens Kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor ska sjuksköterskor med hjälp av kunskaper i omvårdnad, medicin, habilitering/rehabilitering, samhälls- och beteendevetenskap tillgodose patienters basala behov, inkluderat psykiska, sociala, kulturella och andliga behov. I kompetensen ingår också att vara lyhörd och ha ett respektfullt, empatiskt bemötande, och uppmärksamma de som själva inte uttrycker sitt informationsbehov (16).

VIPS (Förkortning av Välbefinnande, Integritet, Prevention och Säkerhet) har utvecklats för att ge omvårdnadsdokumentationen enhetlig och systematisk struktur (17). I VIPS finns ”Sexualitet/Reproduktion” med som ett av sökorden. Dokumentation under sökordet är avsett för bl.a. samlevnad, gynekologi, obstetrik, störningar och krav (17). I beskrivningen av sökordet i VIPS-boken framgår det att dokumentation av sexuella problem är sparsam och att det ofta är ett förbiset område. Sexualitet relaterat reproduktion, preventivmedelsrådgivning och sexuellt överförbara sjukdomar har i och för sig länge varit i fokus inom hälso- och sjukvård. Medan de andra dimensionerna av sexualitet ofta förbises (17) Sexualitet finns

också inkluderat bland North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) sökord/omvårdnadsdiagnoser. Det skiljer sig dock något från VIPS, i NANDA ingår inte t.ex. obstetrik och gynekologi under sexualitet. Istället avses bl.a. individuella erfarenheter, relationer, problem med den sexuella orienteringen och förändringar i den sexuella funktionen (18).

## **PROBLEMFÖRMULERING**

Sjuksköterskor ansvarar för att ge en holistisk vård och tillgodose patienters individuella, psykiska, sociala, kulturella och andliga behov. När hälsan sviktar rubbas många av livets självklarheter och så också när det gäller frågor som rör sexualiteten. Frågeställningar runt sexualitet har kanske inte hög prioritet vid själva sjukdomsbeskedet men intresset för sexualitet och sexlivet kan komma tillbaka och får åter igen betydelse. Flera frågor och besvär kan uppstå när sexlivet påverkas negativt av sjukdomar och behandlingar. Många patienter har behov att få prata om det och uttrycker önskan att sjuksköterskor ska engagera sig i det. Sjuksköterskor har generellt uppfattningen att samtal om sexualitet med patienter ingår i ansvarsområdet, samtidigt som de sällan gör detta, vilket gör att det finns diskrepans mellan vad sjuksköterskor gör och patienters behov.

## **SYFTE**

Syftet är att genom en litteraturstudie beskriva vad befintlig forskning kommit fram till angående vilka barriärer och hinder som gör att sjuksköterskor avhåller sig från att samtala om sexualitet med patienter.

## **METOD**

Att göra en litteraturstudie är lämpligt när man vill göra en beskrivande överblick inom ett visst område. Vid en litteraturstudie finns ingen avgränsning mellan kvalitativa och kvantitativa artiklar utan båda varianterna kan inkluderas (19). Därför blev valet av metod i den här uppsatsen att göra en litteraturöversikt över vilka barriärer och hinder som sjuksköterskor har inför att samtala om sexualitet med patienter.

## **LITTERATURSÖKNING**

Litteratursökning genomfördes i CINAHL och PubMed. Inklusionskriterierna för artiklarna var att studierna skulle ha genomförts med enbart sjuksköterskor som deltagare, och således uteslöts artiklar där andra professioner ingick. Likaså uteslöts artiklar som t.ex. handlade om sjuksköterskors inställning till att diskutera sexualitet med ungdomar. De studier som låg till grund för artiklarna skulle också genomförts i ett västerländskt sammanhang, för att komma så nära svenska förhållanden som möjligt. Någon begränsning av att endast artiklar länkade till fulltext skulle inkluderas gjordes inte.

De inledande sökningarna genomfördes brett med flera trunkeringar. Därefter gjordes mer strukturerade sökningar, och de sökord som användes i de första sökningarna konverterades till de Headings och MeSH-termer som låg närmast. Sökningar gjordes först i CINAHL utifrån Headings i olika kombinationer. Följande Headings användes i CINAHL: "nurse attitudes", "sexuality", "counseling,

“communication”, “communication barriers” och “barriers”. “Beliefs” som inte är en heading användes också och söktes då med trunkering för att täcka in både belief och beliefs. Intressant nog stämde de senare strukturerade sökningarna väl överens med de tidigare breda sökningarna med trunkeringar.

Ytterligare inklusionskriterier vid sökningarna i CINAHL var att de skulle vara peer reviewed d.v.s. vetenskapliga artiklar publicerade från 2002 till 2012. De artiklar som sökningarna i CINAHL resulterade i lästes först titlarna, och därefter granskades abstrakt om de kunde passa in i syftet. Därefter lästes artiklarna igenom i sin helhet. I den processen uteslöts en artikel som huvudsakligen hade fokus på utveckling och utvärdering av ett mätinstrument men inte på själva resultatet av studien (29).

Ytterligare en artikel uteslöts på grund av att kvaliteten på studien var tveksam ur ett vetenskapligt perspektiv. Artikeln var baserad på ett bachelorprojekt (motsvarande kandidatarbete) och saknade t.ex. beskrivning på hur analysen hade gjorts på det insamlade materialet. Sökningarna resulterade slutligen i sju användbara artiklar.

Sökningarna i PubMed utfördes med följande MeSH-termer: ”nurses”, ”nurse-patient relation”, ”sexuality”, ”sex counseling”, ”counseling” och ”attitude” i varierande kombinationer. Även här begränsades artiklarna till de senaste tio åren, och med abstrakt tillgängliga. Vid sökningarna blev artiklarna i huvudsak dubletter till de som hittats i CINAHL, endast en ny artikel tillkom (27). Sökningarna i PubMed och CINAHL gjordes om vid ett par tillfällen så att ingen artikel av intresse hade missats.

En artikel (26) blev funnen i referenslistan till en C-uppsats. Resultatet av litteratursökningarna blev totalt nio artiklar, varav tre var kvalitativa (23, 24, 26) och sex kvantitativa (20, 21, 22, 25, 27, 28). Litteratursökning med sökorden finns i Tabell 1 i bilaga, likaså artikelsammanställning finns i bilaga.

## **ANALYS**

Analysen började med att artiklarna lästes i sin helhet, men därefter koncentrerades analyserna på artiklarnas resultat, och ingen större vikt lades på artiklarnas diskussioner. Redan i det tidiga stadiet av analysarbetet vid genomläsningarna gick det att skönja gemensamma mönster och likheter i artiklarna. Med stöd av Friberg (red.) (19), fortsatte analysarbete med att ringa in utmärkande meningsbärande enheter i varje artikel, som antecknades. Sedan gick anteckningarna igenom, och delarna sorterades in i olika teman. Under hela arbetet med analysen genomlästes artiklarnas resultat både i sin helhet och utvalda delar flertalet gånger och likheter och skillnader jämfördes kontinuerligt. De teman som liknade varandra slogs sedan samman till fyra huvudteman: *Kunskap, utbildning och erfarenhet, Rädsla för att överskrida gränser, Professionellt ansvar och handlande* och *Yttre begränsningar*.

## **RESULTAT**

### **KUNSKAP OCH UTBILDNING**

Resultatet visade att kunskap om att sexualitet kan påverkas av sjukdom hos sjuksköterskorna varierade. Huruvida vidareutbildning ökade fanns det motsäggande uppgifter om.

Flera av studierna visade att sjuksköterskor förstod hur sjukdomar och behandlingar kunde påverka sexualiteten hos patienterna (20, 21, 22, 23, 24, 25). Däremot visade några av studierna att sjuksköterskor inte alls i samma utsträckning ansåg att sexualitet hade betydelse för hälsan i stort (20, 21, 22, 25). I den kvalitativa studien från Irland var sjuksköterskorna införstådda med att det inte enbart handlade sexualitet som fysisk funktion som påverkades, även de känslomässiga, mentala och sociala dimensioner av sexualiteten påverkades (23).

Vissa menade att den utbildning de hade fått på grundnivå eller när de hade vidareutbildat sig var otillräcklig. Och i vissa fall hade sexualitet inte tagits upp över huvud taget under utbildningen (23). Och det var något som flera sjuksköterskor sade sig sakna, både praktiskt och teoretiskt utbildning och inte minst utbildning i kommunikationstekniker (23, 28).

I ett par studier framkom det att vidareutbildning i någon form efter sjuksköterskeexamen hade positiv inverkan och de sjuksköterskorna hade färre barriärer (20, 22). Samtidigt visade en annan studie att det inte fanns någon statistiskt samband mellan de sjuksköterskor som hade någon slags vidareutbildning och de som inte hade det. Det gällde också de sjuksköterskor som hade fått lära sig om sexualitet under grundutbildningen i jämförelse med de som inte hade fått det (25). Däremot fanns det vissa indikationer på att sjuksköterskor som deltagit vid seminarier eller konferenser om sexualitet hade färre barriärer (21, 25). Författarna till artiklarna tolkade dock resultaten med viss försiktighet. De menade på att de sjuksköterskor som deltagit vid konferenser och seminarier kanske sedan tidigare var mer intresserade och därför hade deltagit vid sådana tillfällen (21, 25). I studien gjord av Jaarsma et al fanns det ett positivt samband mellan vidareutbildning och tilltro till sin förmåga att samtala om sexualitet och ansvarskänsla för att göra det (27).

### **Erfarenhet och ålder**

Att ålder och antal år inom yrket har betydelse för sjuksköterskors förmåga att samtala med patienterna om sexualitet kunde inte beläggas. Några studier visade indikationer på att det hade viss betydelse (20, 21, 22, 27). Bland annat hade äldre sjuksköterskor större tilltro till sin förmåga och var mer positivt inställda till att samtala om sexualitet (22). Ett annat exempel visade på att sjuksköterskor under 40 år och de med mindre än 10 års erfarenhet inom yrket hade fler barriärer (20). I Quinn et als studie sade de sjuksköterskor som hade samtalat om sexualitet med patienter att de trodde det kunde höra ihop med deras ålder och erfarenhet (24). Men det fanns resultat som visade att det inte fanns något direkt samband mellan ålder och erfarenhet (21, 27). Men i den ena studien av de två studierna var dock resultatet lite mer motsägelsefullt, äldre sjuksköterskor hade mer tendenser till att anse sexualitet som för privat att prata om, men samtidigt kände de sig mer bekväma med att göra det (21).

### **Ogrundade föreställningar**

#### *Patients förväntningar*

Mätinstrumentet The Sexual Attitudes and Beliefs Survey (SABS) användes i fyra av studierna. Frågeformuläret innehåller olika påståenden som deltagarna får ta ställning

till och gradera på en skala mellan huruvida de håller med eller inte i de olika påståendena. I alla de studierna visade att den främsta barriären var att sjuksköterskor trodde att patienter inte förväntade sig att sjuksköterskor skulle göra det (20, 21, 22, 25).

### ***Sjuksköterskan tror att patienten är fokuserade på att övervinna sin sjukdom***

Enligt några studier undvek somliga sjuksköterskor att initiera samtal om sexualitet med patienter för att de trodde att de skulle vara för sjuka för att bry sig om sin sexualitet (20, 21, 22, 25). Även om det fanns förståelse om hur behandlingar kunde påverka sexualiteten bedömde sjuksköterskor att patienterna hade fokus på att ta sig igenom behandlingar och de bieffekter som hörde till (23). Ur ett sådant perspektivet hade frågeställningar runt sexualitet låg prioritet bland patienterna ansåg somliga sjuksköterskor (26).

I Quinn et al studie från Australien med sjuksköterskor verksamma inom psykiatri framkom det att patienterna ofta avsexualiserades, och det kunde ha att göra med att personalen kände sig obekväma inför tanken på att patienterna skulle ha ett sexliv och därför ignorerades deras sexualitet (24).

## **RÄDSLOR FÖR ATT ÖVERSKRIDA GRÄNSER**

### **Patienters gränser**

I Jaarsma et als studie uppgav mer än hälften av sjuksköterskorna att de trodde att patienter skulle kunna bli förolämpade, upprörda, generade eller nervösa (27). Liknande resultat framkom också i ett par av de andra studierna, man ville inte säga fel saker, skapa oro eller råka in i falska förhoppningar (23). Vilket kan illustreras med följande citat:

*”P6: I suppose there was a bit of fear that you say the wrong thing. You try to say the right thing. But you don’t want to make a mistake or say something that is not going to help, you know. You would have to really test the water to see how you were doing. Then you don’t want to offend...” (23, s. 14)*

Även skillnader i ålder och kön mellan patient och sjuksköterska kunde göra det olämpligt att samtal om sexualitet för det kunde leda till missförstånd (26).

*”... especially for female nurses, if they’ll get too involved there is a risk of misunderstanding. He [patient] might think ‘what’s going on here, is she [nurse] harassing me...’ FG4” (27, s. 2128).*

I studien av Maes & Louis fanns liknande tankar, av deltagarna i studien kände 16 % sig obekväma inför att fråga patienter av det motsatta könet om deras sexvanor. I samma studie svarade, om än ett ytterst litet antal (3%) att det var opassande att fråga personer över 50 år om deras sexvanor (28).

### **De egna gränserna**

Upplevelse av hur svårt eller lätt man hade för att samtala om det antogs bero på värderingar, erfarenheter, och den egna sexuella identiteten (24). Eller att det berodde på personliga egenskaper, att de som var mer öppna och sociala av sig skulle ha lättare för det (26). Endast i ett par av studierna nämndes det uttryckligen att somliga sjuksköterskor tyckte det var för genant att diskutera sexualitet och att det vara en bidragande orsak till att undvika ämnet (23, 28).

### ***Obekväma och avsaknad av tilltro till den egna förmågan***

Hur obekväma sjuksköterskor kände sig att samtala om sexualitet utgjorde också en barriär (20, 21, 22, 25). Men de sjuksköterskor som var mer trygga med att samtala om sexualitet visade sig också villiga att avsätta tid för samtal om sexualitet (21). Studien som genomfördes med sjuksköterskor som arbetade med patienter som genomgått hjärtinfarkt kände sig runt hälften för det mesta obekväma med det (27). En del menade att först när de hade lärt känna patienten väl kände de sig mer bekväma med att samtala om sexualitet (26). Även graden av tillit till den egna förmågan att beröra ämnet sexualitet hade betydelse. Två av SABS-studierna hamnade den barriären på femte plats (20, 25). Och i de andra två SABS-baserade studierna saknade runt hälften respektive 60% självförtroende att ta upp sexualitet med patienter (21, 22).

### **Tabun**

En annan hämmande faktor kunde ha sin grund i att sexualitet fortfarande var tabu i det samhället i stort, vilket lyftes fram i två studier (23, 26). I Lavin & Hyde's studie menade en del sjuksköterskor att Irland var en sexuellt förtryckt nation med tanke på influenserna från katolska kyrkan. Sjuksköterskorna som deltog i den studien arbetade med kvinnor som behandlades för bröstcancer och merparten av patienterna var mellan 50-60 år. Sjuksköterskorna menade att för den generationen kunde sexualitet i än högre grad fortfarande vara ett tabu (23).

*"P10: Lots of things were never spoken about, I even remember my own mother saying, 'We don't talk about that'" (23, s. 15).*

Även i Nakopoulou et al sa deltagarna att sex fortfarande var tabu och som det inte talades öppet om. De menade att det bidrog till att både patienter eller sjuksköterskor kände tvekan inför att ta upp ämnet (26).

*"I work as an oncology nurse for 14 years...None of the patients has asked me about sex...everybody avoids it...it's a taboo subject...she [the patient] may have problem and she is ashamed to talk about it even with her best friend." (27, s. 2128).*

### ***Sexualitet: en privat angelägenhet***

Åsikten om hur vida sexualitet är ett för privat ämne eller inte att samtala om var generellt inte en av de större barriärerna, men likväl fanns det sjuksköterskor som var av den åsikten (20, 21, 22, 25). I studien av Magnan et al visade på vissa samband mellan de som ansåg det vara för privat och att tro patienter var för sjuka för att vara intresserade av sexualitet, och de var mer benägna att hänvisa vidare till läkare (21).

Likaså fanns samband mellan inställningen att sexualitet var för privat att samtala om och de som kände sig obekväma med att samtala med patienter om frågeställningar runt sexualitet, och de hade också minde självförtroende för att göra det (22).

## **PROFESSIONELLT ANSVAR OCH HANDLANDE**

En barriär angick hur sjuksköterskor uppfattade vad som ingick i deras professionella ansvar. Merparten av sjuksköterskorna i vissa av studierna ansåg att det var en del av professionen att ge patienter tillåtelse att komma med frågeställning som rörde deras sexualitet (20, 21, 22, 25). Att sjuksköterskor skulle initiera samtal var dock ingen självklarhet även om majoriteten ansåg att samtal om sexualitet på ett eller annat vis ingick i ansvarsområdet. Samtidigt fanns det de som ansåg att det inte var deras ansvar och de var mer benägna att hänvisa vidare till någon annan, som förhoppningsvis var mer kunnig, och då avsågs i regel någon läkare (23, 24, 26). I Nakopoulou et als studie framkom det också att det fanns viss osäkerhet i vems ansvar det var (26).

I jämförelse med sjukdom och livshotande tillstånd ansågs sexuella problem vara av låg prioritet (26). Liknande resultat fanns också i en annan studie, där vården koncentrerades runt patienters sjukdomar och symtom (24), och sidoeffekter av behandlingar (23). Det som lyftes fram var t.ex. illamående, fatigue och kräkningar vid samtal med patienter, men sexualitet berördes inte vid samtalen. Trots att det kunde anses som viktig del av att ge en holistisk vård (23).

Enligt de SABS-baserade studierna avsatte sjuksköterskorna sällan för tid för samtal runt sexuella frågeställningar (20, 21, 22, 24). Det framgår dock inte vilka orsaker som låg bakom att de inte gjorde det. Men i några andra studier framgick det att tidsbrist och arbetsbelastning bidrog till valet prioriteringar (23, 24, 27, 28). Det kunde t.ex. handla om andra patienter som också behövde hjälp och att svara i telefon (23, 25), eller sköta administrativa arbetsuppgifter (24).

## **YTTRE BEGRÄNSNINGAR**

Valen av prioriteringar var många gånger direkta konsekvenser av de begränsningar som fanns i omgivningen. I den kvalitativa studien från Irland uttryckte sjuksköterskorna ilska och frustration över de hinder som fanns i omgivningen, som t.ex. telefoner som ringer, brist på avskildhet och arbetsbelastning (23).

En av de yttre faktorer som hindrade sjuksköterskorna var att de upplevde att de saknade stöd och uppmuntran från omgivningen och att sexualitet inte var ett integrerat ämne verksamheten i övrigt (24).

*”The funny thing is when doing assessments, nowhere on the assessment sheet does it say anything about sexuality. There are no questions; there is nothing (asking) ‘Are you sexually active?’ Nothing. It avoids it too (laughs); we avoid it like the plague (laughs) (Jean).” (24, s. 24).*

Det kunde också bero på att de inte hade hört någon annan som samtalat om sexualitet med patienter och det var heller inget som diskuterades inom

personalgruppen (24). Dessutom saknades också möjligheter till avskildhet för att prata ostört (26).

## DISKUSSION

### METODDISKUSSION

Redan vid de första genomläsningarna av artiklarna kunde mönster och likheter skönjas. Ytterligare genomläsningar resulterade i tolv teman. Dessa teman jämfördes sinsemellan, kom slutligen bilda fem huvudteman. Men under arbetet med resultatdiskussionen ändrades det istället till fyra huvudteman: *Kunskap, utbildning och erfarenhet, Rädsla för att överskrida gränser, Professionellt ansvar och handlande* och *Yttre begränsningar*. Vad det gällde underkategorin ”prioriteringar” rådde det i början viss tvekan om det skulle ingå i Yttre begränsningar eller Professionellt ansvar. Anledningen var att prioriteringar ofta görs under visst inflytande från yttre omständigheter, men också baseras på vad sjuksköterskan själv anser vara viktigt. Slutligen beslöts att prioriteringar skulle tillsammans med ansvar bilda *Professionellt ansvar och handlande*.

Fast flera sökord användes i olika kombinationer blev antalet lämpliga artiklar inte mer än nio stycken. Det kan tyda på att ämnet ännu inte är så väl utforskat och att det behövs mer forskning inom området. Resultatet hade antagligen blivit ett annat om andra sökord hade använts. Litteratursökningen resulterade i sex kvantitativa och tre kvalitativa studier. Det uppstod en del svårigheter med integrera resultaten från de kvantitativa och kvalitativa studierna. En fundering var att eventuellt redovisa de kvalitativa och kvantitativa studierna var för sig men slutligen beslutades det att de skulle redovisas tillsammans. De kvantitativa studiernas resultat redovisas i Tabell 2 som finns i bilaga. Överlag gav de kvalitativa artiklarna en fördjupad förståelse när problematiken beskrevs i sjuksköterskornas egna ord.

Fyra av de kvantitativa studierna baserades på mätinstrumentet Sexuality Attitudes and Beliefs Survey (20, 21, 22, 25). Bakgrund till mätinstrument och hur det har utarbetats tillsammans forskare, kliniskt verksamma sjuksköterskor och statistiker som bidrog med att utvärdera instrumentets validitet, reliabilitet och tolkandet av statistik fanns i en av artiklarna (29) som inte inkluderades i den här litteraturstudien. Resultaten av de studierna var följsamma och de tre högst rankade barriärerna var detsamma i alla fyra artiklarna (20, 21, 22, 25). Mätinstrumenten som Maes & Louis använde sig av baserades på anpassade versioner av HIV-Risk Screening Instrument och Knowledge of HIV Instrument, i artikeln framgick att mätinstrumenten är validerade (28). Vid sökning på referenserna till mätinstrumenten fanns de ej länkade till fulltext. Det mätinstrument som användes av Jaarsma et al var inte närmare beskrivet, och även här fanns referenserna inte länkade till fulltext.

I fem av artiklarna redovisas att studierna hade fått godkännande att genomföras från något lärosäte (21, 23, 24, 25, 28). Studien från Sverige följde etiska rekommendationer enligt Humanities and Social Science Research (HSFR) (22). I de övriga artiklarna framkommer det inte om studierna hade godkännande eller att de följde några etiska riktlinjer (20, 26, 27). Men i alla studier hade deltagarna informerats om att deltagandet var frivilligt och att anonymitet garanterades.



I fem av studierna hade deltagare rekryterats via arbetsplatserna. Inför rekrytering av informanter hade forskarna tillfrågat berörda verksamheter om tillåtelse att göra det (21, 22, 23, 24, 25). Julien et al hade rekryterat deltagare under obligatoriska utbildningsdagar, men det framgick inte om de hade inhämtat tillåtelse för att göra det (20). I Nakopoulou et als studie gick deltagarna en kompetenshöjande vidareutbildning och forskarna hade tillfrågat kursledningen om tillåtelse att rekrytera deltagare bland de som gick utbildningen (26).

En artikel baserades på en studie som också inkluderade jämförelser mellan fem olika specialiteter, den visade t.ex. att sjuksköterskor som arbetade inom gynekologi/obstetrik hade mindre barriärer än de övriga specialiteter och sjuksköterskor inom kirurgi hade fler barriärer (25). Men syftet med den här litteraturstudien var inte att jämföra olika specialiteter sinsemellan, så det har inte tagits med i analysen och resultatet. Kvinnor var i övervägande majoritet i de studierna där könsfördelning redovisades (21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28). Men i inga av resultaten redovisades det om det fanns skillnader mellan könen vad det gällde förekomst av barriärer och hinder. Undantaget Maes & Louis där artikelförfattarna uttryckligen skrev att andelen manliga informanter var för låg för att redogöras (28).

De kvantitativa studiernas omfattning och svarsfrekvens varierade stort och hade ojämn kvalitet. Lägst svarsfrekvens hade Maes & Louis med 20% (n = 100) och Jaarsma et al med 33% (n = 157) (27, 28). Den låga svarsfrekvensen gör att resultaten bör tolkas med försiktighet och kan inte anses som helt tillförlitliga. Jaarsma et al trodde att ämnets känsliga natur kunde ha bidragit till att få valde att delta (27), men i artikeln av Maes & Louise framkom det inte om författarna hade någon teori om vad det kunde bero på (28). Julien et als studie hade svarsfrekvensen på 67 % (n = 576) (20). Saunamäki et als studie hade relativt god svarsfrekvens på 88% (n = 88) och Magnan et als låg på anmärkningsvärda 100% (n = 148) (22, 21). Däremot var studiernas omfattning mindre och möjligheten finns då att resultaten inte kan anses som representativt för alla sjuksköterskor. Metoden som Magnan et al använde sig av för att dela ut enkäter var att söka upp potentiella deltagare på deras arbetsplats, och som fickmuntlig och skriftlig information och frågeformulär direkt från forskarna (21). Likaväl som att författarna i Jaarsma et al nämner varför de tror att deltagandet blev så lågt hade det varit intressant om Magnan et al hade skrivit något om det höga antalet svarande, d.v.s. om de hade funderingar om varför det blev så. Samma metod använde sig Magnan & Reynolds av, men dessvärre framkommer det inte hur många enkäter som delades ut, endast antalet återlämnade enkäter (n = 302) (25) och det gick därför inte att få en uppfattning om studiens svarsfrekvens och reliabilitet.

När det kommer till de kvalitativa studierna var de baserade på intervjuer och med mindre antal deltagare: Lavin & Hyde hade djupintervjuat tio onkologisjuksköterskor (23), Nakopoulou et al hade genomfört sin studie med 44 sjuksköterskor indelade i sju fokusgrupper som leddes av psykologer med erfarenhet av att arbeta med fokusgrupper (26) och Quinn et al hade använt sig av semistrukturerade intervjuer med 14 sjuksköterskor som arbetade inom psykiatri (24). I samtliga kvalitativa studierna beskrivs insamlingsprocedurerna, hur analyserna av materialet gick till och att flera var involverade i analysprocesserna, och gav intrycket att de studierna var av god kvalitet och citaten som användes i artiklarna var väl valda och beskrivande. Lavin & Hyde hade också låtit två av de intervjuade läsa igenom rapporten, för att de

skulle komma med synpunkter på om de tyckte att forskarna hade lyckats återge deltagarnas uppfattningar och erfarenheter korrekt, vilket de ansåg (23).

Ytterligare aspekt som bidrar till de enskilda studiernas mått på representativitet och generaliserbarhet för alla sjuksköterskor är att studierna också har haft begränsningar avseende geografi (t.ex. på ett sjukhus, region och olika länder) och/eller med sjuksköterskor verksamma inom olika specialiteter, eller som i Jaarsma et al med deltagare på en kongress. I och med att deltagandet i studierna var frivilligt fanns det också risk att de sjuksköterskor som valde att delta var mer intresserade av ämnet vilket också kan begränsa resultatens egentliga representativitet. En annan faktor som kunde påverka resultaten, som Julien et al nämnde, var att alla kanske inte svarade sanningsenligt utan svarade enligt en allmän opinion (20).

Sammanfattningsvis kan det sägas att studierna har genomförts med olika metoder och mätinstrument, avgränsningar och med varierande kvalitet och som var för sig inte kan anses representativt för sjuksköterskepopulationen i stort visar den här litteraturstudien att det finns flera gemensamma drag som återkommer i flera studierna. Sammantaget ger det en bild av vanligt förekommande hinder och barriärer sjuksköterskor har inför att samtala om sexualitet med patienter. Men med tanke på de kvantitativa studiernas ojämna svarsfrekvens behövs det mer forskning med bättre kvalitet. Det är också av intresse om fler och större studier genomförs i Sverige.

## **RESULTATDISKUSSION**

Inledningsvis kan det nämnas att de barriärer och hinder sjuksköterskor har inför att samtala om sexualitet med patienter är ett komplext problemområde. Barriärerna och hindren står i nära förbund med varandra vad det gäller orsak och verkan.

I bakgrunden framkommer det att sexualitet och intimitet i många fall har viktig betydelse vid sjukdom och ohälsa, även vid livets slut. När sjuksköterskor gör antagandet att patienter är för sjuka och/eller har fokus på att övervinna sin sjukdom är det många gånger felaktigt. Det tyder på att det finns vissa kunskapsbrister. Implicit ger de sig tolkningsföreträde utan att patienterna har fått komma tilltals och uttrycka sina behov. Kotronoulas et al har gjort en litteraturöversikt med artiklar publicerade mellan 1980-2008, om sjuksköterskor och hur de tillhandahåller omvårdnad som angår sexualitet (30). I vissa av de genomgångna studierna om visade att det ibland fanns problem när sjuksköterskor gjorde bedömningar utifrån sig själva; hur de själva skulle tänka och göra om de var i en liknande situation som patienterna (30). Det kan tyda på att de har svårt att skilja mellan det privata och den professionella rollen. Samtidigt kan det vara värt att notera att finns situationer då bedömningen av att patienten är för sjuk är helt adekvat. Men det handlar om att vara lyhörd för att inte missa de patienter där sexualitet fortfarande är en viktig del av livet. Lyhördheten ska också tjäna till att ingen ska känna sig tvingade till att samtala om intima och privata detaljer mot sin vilja (5). Tron att patienter inte förväntar sig att sjuksköterskor ska samtala om sexualitet (20, 21, 22, 25), stämmer inte med vad patienter förväntar sig och önskar. Quinn et als studie visade att sjuksköterskor var obekväma med tanken på att patienter är sexuella varelser (24). Men det innebär att de inte ser till hela patienten och inte bidrar till en holistisk vård.

Det finns olika sorters gränser, både vad det gäller patienternas, sjuksköterskornas egna och de tabun som finns i samhället i stort som sjuksköterskor kan ha svårt att överträda. Att inte vilja riskera att göra patienterna t.ex. upprörda, generade, nervösa eller säga fel saker (23, 27), och liknande belägg framkom i Kotronoulas et als litteraturöversikt (30). Det kan ha sin grund i en välvilja för att inte inkräkta på patienternas integritet, men som i vissa fall blir missriktad. I Lavin & Hyde och Nakopoulou et al hänvisade sjuksköterskorna också till det sociokulturella kontextet, att sexualitet var tabu i samhället i stort och hindrade samtal om sexualitet med patienter (23, 26). Huruvida kulturens inflytande påverkade var inget som hade studerats i de andra artiklarna. Men vid jämförelse Lavin & Hyde och Nakopoulou et al och de övriga artiklarna avvek inte barriärerna och hindren i stort från de övriga studierna. I de andra studierna framkom inget direkt om huruvida ståndpunkterna var präglade av tabun. Tabun är ju inte alltid medvetna, också en person som i teorin har stor acceptans kan i konkreta situationer få känslor väckta till liv (5).

I några av studierna framgår det att sjuksköterskor överlag anser att det är en del av yrkesansvaret att tillåta patienterna komma med frågor (20, 21, 22, 25) eller att det på annat sätt ingick i ansvarsområdet (23, 24, 27). Men ansvaret att initiera samtal lades ofta mer eller mindre underförstått på patienterna (20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27). Den bakomliggande orsaken kan höra samman med rädslan för att överskrida patienternas gränser och riskera att kränka patienternas integritet. Det förhållningsättet kan tolkas som att det bättre att patienterna tar initiativet, för då ”väljer” patienterna det själva och därmed sker det på patienternas ”villkor”. Ett mer gynnsamt förfarande vore om sjuksköterskor tar initiativet, öppnar upp och visar att det är tillåtet att diskutera sexualitet, och därefter kan patienten själv välja om han eller hon vill samtala om det.

Att sjuksköterskeyrket medför nödvändigheten att göra prioriteringar råder det nog ingen tvekan om. I ett par artiklarna framkom det att omvårdnaden var inriktad på patienternas sjukdomar, symtom och bieffekter av behandlingar vilket gjorde att sexualitet fick låg eller ingen prioritet alls (23, 24). Samtidigt fanns det begränsningar i form av att det inte var ett integrerat ämne i vården, vilket ytterligare försvårade det hela och gjorde att det saknades stöd från omgivningen. Problemet är att sjuksköterskor enligt Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska ska tillgodose psykiska, sociala, kulturella och andliga behov. Men resultatet i den här litteraturstudien visar att sjuksköterskor inte lever upp till det fullt ut. Liksom att det inte bidrar till att t.ex. främja hälsa och lindra lidande, som enligt ICN ingår i ansvarsområdet. I SABS-studierna var en av de högst rankade barriärerna att sjuksköterskorna inte avsatte tid för det men vilka orsaker som låg bakom det förtydligaste inte (20, 21, 22, 25). Valet med att inte avsätta tid kan handla både om vilka prioriteringar som görs, vilka de yttre omständigheterna är och synen på ansvarsområdet.

I flera studier framgick det att sjuksköterskor ansåg sig att de hade kunskap om hur sjukdomar och behandlingar kunde påverka sexualiteten (20, 21, 22, 23, 24, 25). Men det var inte nödvändigtvis så att de trodde att sexualitet skulle ha betydelse för hälsan i stort (20, 21, 22, 24). En viktig aspekt av hela problematiken är brist på kunskap och utbildning. Det som uttrycktes var saknad av adekvat utbildning, inkluderat kommunikationstekniker. Den ena studien av Magnan & Reynolds visad

att det inte direkt fanns något positivt samband mellan de som hade fått undervisning i sexualitet under utbildningen och de som inte hade fått det (25). Men studierna av Magnan et al och Magnan & Reynolds visade på att de som hade deltagit i t.ex. workshops och seminarier om sexualitet var mer positivt inställda. Författarna tolkade det dock med viss försiktighet, för det kunde bero på att de som deltagit redan från början var intresserade (21, 25). I Kotronoulas et al visade en studie att de som hade läst en bok eller artikel också var mer positivt inställda (30). I det senare fallet kanske det också kan tolkas som att de som läst en artikel eller en bok gjorde det för att de var mer intresserade.

Ökad kunskap skulle kunna motverka flera av barriärerna och hindrena. Det skulle leda till förståelse av sexualitetens betydelse, ökat självförtroende och förmåga att samtala om sexualitet. Utbildning om sexualitet/sexologi behöver, utöver anatomi, fysiologi och medicin, också omfattas av antropologi, sociologi och etik (5). Det behövs också att sjuksköterskor är förberedda på att vid samtal sexualitet finns det risk för att negativa sexuella erfarenheter kommer fram. Sådana erfarenheter behöver också bemötas och stöttas och guida vidare till annan specialist om så behövs.

När det gäller ålder och erfarenhet fanns det lite motsägelsefulla resultat. Det fanns studier som pekade på att det inte fanns samband mellan ålder och erfarenhet, och andra studier visade att äldre sjuksköterskor vara mer positivt inställda till att samtala om sexualitet. Vid först anblicken kanske det är lätt att tro att yngre sjuksköterskor skulle vara mer öppna och ha lättare för att samtala om sexualitet, med tanke på att dagens samhälle är ganska öppet och liberalt vad det gäller sexualitet.

Det finns några samtalsmodeller utarbetade som kan vara till hjälp. En av modellerna är PLISSIT som kan användas vid olika nivåer på samtal om t. ex. sexuella problem, sexualupplysning och rådgivning. PLISSIT är en förkortning av Permission (tillåtelse) vid den nivån visar man för patienten att det är tillåtet att samtala och komma med frågor, Limited Information (begränsad information) på denna nivå ingår det att ge begränsad och allmän information t.ex. hur sexuella problem kan uppstå till följd av sjukdomar och behandlingar eller om olika hjälpmedel, Specific Suggestions (specifika förslag) på den nivån ges konkreta förslag på hur olika problem kan avhjälpas och den sista nivån Intensive Therapy (intensiv terapi) angår olika problem som kräver behandling av specialister, exempelvis sexrådgivare, familje-/parterapi, läkarbehandling eller psykoterapi (5). De nivåer som skulle kunna vara aktuellt för sjuksköterskor att använda sig av är främst de två första nivåerna Permission och Limited Information, och i vissa fall kanske Specific Suggestions. Men för att kunna använda sig av PLISSIT på ändamålsenligt behövs det också mer utbildning kring ämnet sexualitet.

## **SLUTSATS**

Resultatet visar att kunskap, utbildning och erfarenhet kan underlätta för sjuksköterskor när de ska samtala med patienter om sexualitet. Det finns inslag av rädsla för att överskrida olika gränser, både vad det gäller patienternas och de egna. Det professionella ansvaret och handlandet har också betydelse för vilka prioriteringar som görs i arbetet. Sjuksköterskor kan också uppleva olika hinder från omgivningen. Det är nödvändigt med översyn av hur sexualitet tas upp inom utbildningarna, vad för kunskap lärs ut, är det begränsat till t.ex. sexuellt överförbara

sjukdomar, reproduktion och preventivmedel, eller om det bör utökas med sexualitetens betydelse för livskvalitet, välbefinnande och hälsa, och kommunikationstekniker. Mer kunskap kan bidra till att öka sjuksköterskors självförtroende och trygghet inför att inleda samtal om sexualitet med patienter. Utbildningsinsatser kan också understödja att var och en börjar granska sina egna attityder och värderingar för att medvetandegöra och reflektera över vad som har påverkat de personliga förhållningssätten. Inom verksamheterna behövs det att sexualiteten lyfts fram. Upprättande av särskilda riktlinjer som visar hur sexualitet ska införlivas i vården kan vara en väg. Kanske kan en samtalsmodell som t.ex. PLISSIT användas för att underlätta. Det kan också vara aktuellt att göra ansvarsfördelningen tydligare på avdelningar. Och att arbetsgivaren ser till att personalen har möjlighet att delta i kontinuerlig fortbildning inom ämnet sexualitet, och att de har lokaler där de kan prata öppet med sina patienter. Med tanke på studiernas ojämna kvalitet behövs mer forskning och att kvaliteten på studierna förbättras.

## REFERENSER

1. Heberlein A. Den sexuella människan – Etiska perspektiv. Lund: Studentlitteratur, 2004.
2. Världshälsoorganisationen (WHO) Sexual and reproductive health. Tillgänglig: [http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender\\_rights/sexual\\_health/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/sexual_health/en/) 2012-05-10
3. Timmerman, GA. A concept analysis of intimacy. *Issues in Mental Health Nursing*. 1999; 12 (1): 19-30.
4. Hulter B. Sexualitet och hälsa. Lund; Studentlitteratur , 2004
5. Almås E, Pirelli Benestad E E. Sexologi i praksis. Oslo; Universitetsförlaget AS, 2 upplag, 2006.
6. Världshälsoorganisationen (WHO). Education and treatment in human sexuality: The Training of Health Professionals. A report of a WHO meeting. Geneva; Technical report series Nr 572, 1975.
7. Westheimer R K, Lopater S. Human sexuality: A Psychological Perspective. Baltimore, Philadelphia; Lippincott, Williams & Wilkins, 2005
8. Lemieux L, Kaiser S, Pereira J, Meadows L M. Sexuality in palliative care: patient perspectives. *Palliative Medicine*. 2004; 18: 630-637.
9. Klaeson K. Sexuality in the aftermath of breast and prostate cancer. Gendered experiences. Linköping; Linköping University Medical Dissertations No. 1263. 2011.
10. Stead M L, Brown J M, Fallowfield L, Selby P. Lack of communication between healthcare professionals and women with ovarian cancer about sexual issues. *British Journal of Cancer*. 2003; 88: 666-671.
11. Hordner A J, Street A F. Communicating about patients sexuality and intimacy after cancer: mismatched expectations and unmet needs. *Medicine journal of Australia*. 2007; 186 (5): 224-227.
12. Southard N Z, Keller J. The Importance of Assessing Sexuality: A Patient Perspective. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2009; 13 (2): 213-217.
13. Waterhouse J, Metcalfe M. Attitudes toward nurses discussing sexual concerns with patients. *Journal of advanced nursing* 1991; 16; 1048-54.
14. Matocha L K, Waterhouse J K. Current Nursing Practice Related to Sexuality. *Research in nursing & Health*. 1993; 16, 371-378.

15. International Council of Nurses. ICN:s Etiska kod för sjuksköterskor. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening, 2007.
16. Socialstyrelsen. Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Februari 2005. Tillgänglig: [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1\\_20051052.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf). 2012-04-25.
17. Ehnfors M, Ehrenberg A, Thorell-Ekstrand. VIPS-boken. Stockholm; Vårdförbundet, 2000.
18. Herdman T H (ed). NANDA- International: Nursing Diagnosis Definitions and Classifications 2009-2011. Oxford U.K., Ames Iowa U.S.A; Wiley-Blackwell, 2009.
19. Friberg F. Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I: Friberg F (red). Dags för uppsats. Lund: Studentlitteratur; 2009.
20. Julien J O, Thom B, Kline N E. Identification of barriers to sexual health assessment in oncology nursing practice. *Oncology Nursing Forum*. 2010; 37 (3): 186-190.
21. Magnan M A, Reynolds K E, Galvin EA. Barriers to addressing Patient Sexuality in nursing practice. *MEDSURG Nursing*. 2005; 14 (5): 282–289.
22. Saunamäki N, Andersson M, Engström M. Discussing sexuality with patients: nurses' attitudes and beliefs. *Journal of Advanced Nursing*. 2010; 66(6); 1308-1316.
23. Lavin M & Hyde A. Sexuality as an aspect of nursing care for women receiving chemotherapy for breast cancer in an Irish context. *European Journal of Oncology nursing*. 2006; 10: 10-18.
24. Quinn C, Happell B, Browne G. Talking or avoiding? Mental health nurses' views about discussing sexual health with consumers. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2011; 20: 21-28.
25. Magnan M A, Reynolds K. Barriers to addressing patient sexuality concerns across five areas of specialization. *Clinical Nurse Specialist: The Journal for Advanced Nursing Practice*. 2006; 11(1): 20(6):285-292.
26. Nakopoulou E, Papaharitou S, Hatzichristou D. Patients' sexual health: A qualitative research approach on Greek nurses' perceptions. *J Sex Med*. 2009; 6: 2124-2132.
27. Jaarsma T, Strömberg A, Fridlund B, De Geest S, Mårtensson J, Moons P, Norekval T M, Smith K, Steinke E & Thompson DR. Sexual counseling of cardiac patients: Nurses' perception of practice, responsibility and confidence. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2010; 9; 24-29.

28. Maes C A & Louis M. Nurse Practitioners' Sexual history-taking practices with adults 50 and older. *The Journal for Nurse Practitioners*. 2011; 7 (3): 216-222.
29. Reynolds K E, Magnan M A. Nursing Attitudes and Beliefs Toward Human Sexuality - Collaborative Research Promoting Evidence-Based Practice. *Clinical Nurse Specialist*. 2005: 19(5); 255-259.
30. Kotronoulas G, Papadopoulou C, Patiraki E. Nurses' knowledge, attitudes, and practice regarding provision of health care in patients with cancer: critical review of evidence. *Support Care Cancer*. 2009: 17; 479-501.



## BILAGA

**Tabell 1.** Litteratursökning

Databas/Datum	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Artiklar som uppfyllde inklusionskriterierna
CINAHL 120502	Nurse attitudes AND sexuality AND counseling OR communication	Peer reviewed, research, publication date 2002-2012	17 748	0
CINAHL 120502	Nurse attitudes AND sexuality AND counseling	Peer reviewed, research, publication date 2002-2012	6	1 (23)
CINAHL 120502	Nurse attitudes AND sexuality AND communication	Peer reviewed, research, publication date 2002-2012	9	1 (28)
CINAHL 120502	Nurse attitudes AND sexuality AND beliefs	Peer reviewed, research, publication date 2002-2012	9	2 (20, 22)
CINAHL 120502	Nurse attitudes AND sexuality AND belief* AND counseling	Peer reviewed, research, publication date 2002-2012	2	0
CINAHL 120502	Nurse attitudes AND sexuality AND belief AND communication	Peer reviewed, research, publication date 2002-201	2	0
CINAHL 120502	Nurses AND barriers AND sexuality	Peer reviewed, research, publication date 2002-201	24	3 (21, 24, 25)
PubMed 120503	Nurses [MeSH] AND sexuality [MeSH] AND Attitude [MeSH]	Abstract, last 10 years	21	0
PubMed 120503	Nurses [MeSH] AND sex counseling [MeSH] AND attitude [MeSH]	Abstract, last 10 years	11	0
PubMed 120503	Nurses [MeSH] AND sex counseling [MeSH]	Abstract, last 10 years	15	0
PubMed 120503	Nurses [MeSH] AND sexuality [MeSH] AND barrie*	Abstract, last 10 years	6	0
PubMed 120503	Nurses-patient relation [MeSH]	Abstract, last 10 years	8	1 (27)

	AND sex counseling [MeSH]			
PubMed 120503	Nurses [MeSH] AND Communication barriers [MeSH] AND sexuality [MeSH]	Abstract, last 10 years	0	0
Manuell sökning 120427	Ur referenslista i en C-uppsats			1 (26)

**Tabell 2.** De kvantitativa studiernas resultat

Ref -nr	Deltagare= Leg. Sjuksköt	Metod/ mätinstrument	Resultat
20.	n = 576	Deskriptiv korrelerande studie. Mätinstrument: Sexual Attitudes and Beliefs Survey (SABS)	Nurses younger than age 40 identified more barriers than older nurses ( $p < 0.0001$ ), and nurses with fewer than 10 years of nursing experience identified more barriers than more experienced nurses ( $p < 0.0001$ ). A strong relationship exists between nurses' attitudes toward sexuality and their nursing practice as related to sexuality. Nurses who believed that sexuality was too private to discuss with patients also felt sexuality should only be discussed when a patient initiates the conversations ( $r = 0.41, p < 0.001$ ). The same nurses customarily defer to a physician to discuss sexuality with patients ( $r = 0.5, p < 0.001$ ). Concomitantly, moderate positive correlation was found between responses to nurses' confidence in discussing sexuality with their understanding of how disease and treatment affect sexuality ( $r = 0.36, p <$ and the likelihood that they would make time to discuss sexuality with patients ( $r = 0.43, p < 0.001$ ).
21.	n = 148	Deskriptiv korrelerande studie. Mätinstrument: SABS	Only three inter-item correlations were greater than 0.40. Nurses who felt more confident in their ability to address patients' sexual concerns were more apt to make time to discuss sexual concerns with their patients ( $r = 0.55, p < 0.001$ ). Nurses who believed that sexuality was too private to discuss were more apt to believe that hospitalized patients were too sick to be interested in sexuality ( $r = 0.55, p < 0.001$ ) and were more likely to refer the patient to the physician ( $r = 0.44, p < 0.001$ ).  SABS scores were significantly lower ( $t(145) = 4.38, p < 0.001$ ), for nurses attending sexuality seminars compared to nurses not attending sexuality seminars. The relationship of age and years worked yielded five weak statistically significant correlations. Older nurses were more apt to believe that sexuality was too private to discuss with patients ( $r = 0.17, p < 0.05$ ) Length of worked as a nurse was associated significantly with less discomfort talking about

			<p>sexual issues (<math>r = -0.17, p &lt; 0.05</math>); belief that hospitalized patients are too sick to be interested in sexuality (<math>r = 0.23, p = 0.004</math>); tendency to direct patients to discuss sexually related questions with physician (<math>r = 0.23, p = 0.005</math>); and believe that sexuality was too private an issue to discuss with patients (<math>r = 0.24, p = 0.003</math>).</p> <p>The three greatest barriers:  <i>“Patients expect nurses to ask about their sexual concerns”</i> = 78,3% disagreement.  <i>“I make time to discuss sexual concerns with my patient”</i> = 70,2 % disagreement.  <i>“I am more comfortable talking about sexual issues with my my patients than most of the nurses I work with”</i> = 63,2 % disagreement</p>
22.	n = 88	Komparativ korrelerande studie. Mätinstrument: SABS	<p>Only three inter-item correlations were greater than 0.40. Nurses who felt more confident in their ability to address patients’ sexual concerns were more apt to make time to discuss sexual concerns with their patients (<math>r = 0.55, p &lt; 0.001</math>). Nurses who believed that sexuality was too private to discuss were more apt to believe that hospitalized patients were too sick to be interested in sexuality (<math>r = 0.55, p &lt; 0.001</math>) and were more likely to refer the patient to the physician (<math>r = 0.44, p &lt; 0.001</math>).</p> <p>SABS scores were significantly lower (<math>t(145) = 4.38, p &lt; 0.001</math>), for nurses attending sexuality seminars compared to nurses not attending sexuality seminars. The relationship of age and years worked yielded five weak statistically significant correlations. Older nurses were more apt to believe that sexuality was too private to discuss with patients (<math>r = 0.17, p &lt; 0.05</math>) Length of worked as a nurse was associated significantly with less discomfort talking about sexual issues (<math>r = -0.17, p &lt; 0.05</math>); belief that hospitalized patients are too sick to be interested in sexuality (<math>r = 0.23, p = 0.004</math>); tendency to direct patients to discuss sexually related questions with physician (<math>r = 0.23, p = 0.005</math>); and believe that sexuality was too private an issue to discuss with patients (<math>r = 0.24, p = 0.003</math>).</p> <p>The three greatest barriers:  <i>“Patients expect nurses to ask about their sexual concerns”</i> = 94,3 % disagreement.  <i>“I make time to discuss sexual concerns with my patient”</i> = 80,7% disagreement.  <i>“I am more comfortable talking about sexual issues with my my patients than most of the nurses I work with”</i> = 78,4 % disagreement</p>
25.	n = 302	Deskriptiv korrelerande studie. Mätinstrument: SABS	<p>Analyses revealed that age and years working as a nurse were unrelated to total SABS scores. The total mean scores did not differ significantly (<math>F_{3,293} = 2.19, P &lt; .09</math>) by level of nursing education. Similarly there were no significant differences (<math>t_{285} = -1.85, P</math></p>

			<p>= .06) of nurses received sexuality education in nursing school (<math>M = 39.93</math>, <math>SD = 7.69</math>) and the mean scores of those who did not (<math>M = 38.84</math>, <math>SD = 8.94</math>). But the mean scores of nurses who had participated in sexuality seminars at work or at conferences (<math>M = 34.38</math>, <math>SD = 8.83</math>) were significantly lower (<math>t_{299} = -2.29</math>, <math>P = .004</math>) than those who did not (<math>M = 38.07</math>, <math>SD = 7.95</math>).</p> <p>There was statistically significant difference (<math>F_{4,286} = 6.86</math>, <math>P &lt; .001</math>) in the mean SABS scores of nurses working in different specialty areas. Mean scores of nurses working in the ob/gyn area (<math>n = 47</math>; <math>M = 32.76</math>, <math>SD = 7.36</math>) was significantly lower than the mean scores of nurses working in medicine (<math>n = 110</math>; <math>M = 38.54</math>, <math>SD = 7.49</math>; <math>P &lt; .001</math>) and surgery (<math>n = 55</math>; <math>M = 40.31</math>, <math>SD = 8.89</math>; <math>P &lt; .001</math>). But did not differ significantly from SABS mean scores of nurses working in oncology (<math>n = 59</math>; <math>M = 36.23</math>, <math>SD = 8.98</math>; <math>P = .28</math>) or rehabilitation (<math>n = 20</math>; <math>M = 37.30</math>, <math>SD = 9.61</math>; <math>P = .32</math>).</p>
27.	n = 157	Anpassad version av "the nurses`survey of sexual counseling of MI patients"	<p>The majority felt somewhat knowledgeable about sexuality 64% and 15% very knowledgeable. Half of the nurses felt comfortable and was seldom anxious discussing sexual concerns but 40 % sometimes hesitated discussing sexual concerns because they might not know how to answer questions. Many nurse believed that patients sometimes could be offended (55%), upset, embarrassed (72%) or anxious (68%) if they were asked about sexual concerns.</p> <p>Nurses with additional continuing education on sexuality had significantly higher scores on the subscales of confidence (<math>t = 2.0</math>, <math>p &lt; 0.05</math>), practice (<math>t = 3.0</math>, <math>p &lt; 0.005</math>), responsibility (<math>t = 3.0</math>, <math>p &lt; 0.005</math>) and client (<math>t = 2.6</math>, <math>p &lt; 0.05</math>). There was significant differences between the nurses in different positions: staff nurses; clinical specialist; and those not directly working in clinical practice for subscales confidence (<math>F = 5.5</math>, <math>p = 0.05</math>), responsibility (<math>F = 6.0</math>, <math>p = 0.03</math>) and practice (<math>F = 7.5</math>, <math>p = 0.01</math>). Staff nurses scored significantly lower in confidence than than nurses not working directly in patient care (<math>p = 0.018</math>) and lower in responsibility and practice than clinical nurse specialists (<math>p &lt; 0.05</math>) and the nurses not working directly in patient care.</p>
28.	n = 100	Två anpassade mätinstrument: HIV-Risk screening instrument och Knowledge of HIV instrument	<p>Positive correlation were found between knowledge of HIV/ AIDS and comfort level with sexual history taking (<math>r = 0.61</math>, <math>p = 0.000</math>) and (<math>r = 0.61</math>, <math>p = 0.000</math>), respectively. There were a positive significant correlation between perceived barriers and sexual history taking (<math>r = 0.44</math>, <math>p = 0.000</math>). Knowledge and comfort with sexual history taking was positively related to perceived barriers and constraints to taking sexual history with older patients (<math>r = 0.73</math>, <math>p =</math></p>

			0.000).  Greatest barriers to sexual history taking: Lack of time 59%, interruptions 30%, limited communication skills 29% and “not being able to cope with issues that can arise with sexual history responses” 21%.
--	--	--	--

## ARTIKELSAMMANSTÄLLNING

**Referensnr:** 20

**Författare:** Julien J O, Thom B & Kline N E.

**Titel:** Identification of barriers to sexual health assessment in oncology nursing practice.

**Tidskrift:** Oncology Nursing Forum

**Ursprung/År:** USA/2010

**Syfte:** Undersöka onkologisjuksköterskors attityder och kunskaper om att samtala om sexualitet.

**Deltagare:** 576 leg. sjuksköterskor.

**Metod:** Kvantitativ studie genomförd med Sexual Attitudes and Beliefs Survey (SABS) med tillägg av demografisk data (ex. ålder, utbildning och antal år inom yrket)

**Resultat:** De största barriärerna och hindren var att sjuksköterskor inte trodde att patienter förväntade sig att sjuksköterskor skulle samtala om sexualitet, att sjuksköterskor inte avsatte tid att och att de ej kände sig var trygga med att samtala om sexualitet. Äldre och mer erfarna sjuksköterskor var mer bekväma i att tala om sexualitet med patienter. Likaså var sjuksköterskor med specialistutbildning inom onkologi och sjuksköterskor som arbetade i öppenvård/polokliniskt mer positiva till att diskutera sexuella frågeställningar.

**Kvalitet:** Enkät presenterades och delades ut i samband med obligatoriska utbildningsdagar för sjuksköterskor verksamma inom onkologi vid ett sjukhus anslutet till National Cancer Institute. Andelen återlämnade enkäter var 576 stycken vilket motsvarade 67% av alla som deltog under utbildningsdagarna. Exakt siffra på antalet deltagare på utbildningsdagarna redovisas ej och procentsatsen är en avrundning.

**Antal referenser:** 13

**Referensnr:** 21

**Författare:** Magnan M A, Reynolds K E & Galvin E A.

**Titel:** Barriers to addressing Patient Sexuality in nursing practice.

**Tidskrift:** MEDSURG Nursing

**Ursprung/År:** USA/2005

**Syfte:** Identifiera sjuksköterskors åsikter och attityder om sexualitet som kan avhålla dem från att införliva sexualitet i sitt arbete och samband med demografiska variabler.

**Deltagare:** 148 leg. sjuksköterskor.

**Metod:** Deskriptiv korrelerande kvantitativ studie genomförd med SABS, kompletterat med frågeformulär med demografiska uppgifter.

**Resultat:** Stor andel av sjuksköterskorna ansåg att

att det var inom deras ansvarsområde att ge patienter möjlighet att samtala om sexualitet och närmare 82% ansåg inte att sexualitet var ett för privat och det ingick i ansvarsområdet att ge patienter tillåtelse att samtala om sexualitet. Samtidigt var den främsta barriären att sjuksköterskorna inte trodde att patienterna förväntade sig att sjuksköterskor skulle göra det och en stor andel avsatte inte tid för det.

**Kvalitet:** Sjuksköterskor inom öppen- och slutenvård rekryterades under arbetstid på ett större sjukhus. Forskarna gav muntlig och skriftlig information direkt till 148 potentiella deltagare och samtliga tillfrågade återlämnade frågeformulären.

**Antal referenser:** 36

**Referensnr:** 22

**Författare:** Saunamäki N, Andersson M & Engström M.

**Titel:** Discussing sexuality with patients: nurses' attitudes and beliefs.

**Tidskrift:** Journal of Advanced Nursing

**Ursprung/År:** Sverige/2010

**Syfte:** Undersökning av sjuksköterskors attityder och tankar om att samtala om sexualitet. Och om det kunde finna samband med ålder, antal år inom yrket och utbildningsnivå.

**Deltagare:** 88 leg. sjuksköterskor

**Metod:** Komparativ och jämförande studie utförd med frågeformuläret SABS och uppgifter om deltagarnas ålder, kön, hur många år de hade jobbat, vidareutbildning insamlades också.

**Resultat:** De flesta var införstådda med hur sjukdom och behandling kunde påverka patientens sexualitet. Två tredjedelar var bekväma med att diskutera sexualitet med patienter och att det ingår i deras profession att uppmuntra patienter att prata om sexuella frågeställningar. Däremot avsatte sjuksköterskorna sällan tid att fråga och samtala om sexualitet. Flera var också osäkra på om de hade kompetens nog för det. Äldre sjuksköterskor var i högre grad positivt inställda och tryggare med att samtala om sexualitet. Övervägande majoritet trodde dock att patienter inte förväntade sig det av sjuksköterskor.

**Kvalitet:** 100 enkäter delades ut på medicin- och kirurgiavdelningar på ett sjukhus, varav 88 återlämnades.

**Antal referenser:** 36

**Referensnr:** 23

**Författare:** Lavin M & Hyde A.

**Titel:** Sexuality as an aspect of nursing care for women receiving chemotherapy for breast cancer in an Irish context

**Tidskrift:** European Journal of Oncology Nursing

**Ursprung/År:** Irland/2006

**Syfte:** Undersöka sjuksköterskors uppfattning och kunskap att samtala om sexualitet som en del av omvårdnaden av kvinnor som genomgår cytostatikabehandling.

**Deltagare:** 10 leg. sjuksköterskor

**Metod:** Kvalitativstudie baserad på djupintervjuer och analyserad enligt Glaser och Strauss' Grounded Theory.

**Resultat:** De flesta sjuksköterskor ansåg att det var en viktig del i deras yrkesroll att samtala och undervisa om sexualitet. Samtidigt valde de flesta att undvika ämnet, och uttryckte viss frustration över att de var dåligt förberedda, saknade utbildning och att synen på sexualitet i samhället var präglad av den katolska kyrkans inflytande.

**Kvalitet:** Studien inkluderade sjuksköterskor från tre olika sjukhus och som arbetade med cytostatikabehandling polikliniskt. Sjuksköterskorna skulle ha minst ett års erfarenhet av att administrera cytostatika och utbildat sig i Irland för att få så stor homogenitet som möjligt bland deltagarna. Tydlig beskrivning av hur materialet har hanterats och analyserats och de citat som användes i artikeln representerade resultaten bra.

**Antal referenser:** 40

**Referensnr:** 24

**Författare:** Quinn C, Happell B & Browne, G.

**Titel:** Talking or avoiding? Mental health nurses' views about discussing sexual health with consumers.

**Tidskrift:** International Journal of Mental Health Nursing

**Ursprung/År:** Australien/2011

**Syfte:** Undersöka sjuksköterskors erfarenheter och förhållningssätt till att diskutera om sexualitet med patienter.

**Deltagare:** 14 leg. sjuksköterskor

**Metod:** Kvalitativ undersökande metod baserad på individuella halvstrukturerade intervjuer. Ur materialet identifierades sedan meningsbärande enheter som därefter ledde teman och underteman.

**Resultat:** De flesta ansåg att sexualitet var angeläget ämne samtidigt som de själva kände visst motstånd att samtala om sexualitet. Generellt avvaktade sjuksköterskorna på att patienten själv skulle initiera samtal om sexualitet och samtidigt som de trodde att sexualitet inte hade hög prioritet bland patienterna. Även sjuksköterskorna själva ansåg att det fanns mer viktigare prioriteringar än att samtala med patienter om sexualitet. När frågan kom på tal hänvisade de ofta vidare till behandlande läkare.

**Kvalitet:** Genomfördes med sjuksköterskor som arbetade inom psykiatrisk öppen- och slutenvård i en region. Tydlig beskrivning av hur materialet har hanterats och analyserats och de citat som användes i artikeln var representerade resultaten bra.

**Antal referenser:** 41

**Referensnr:** 25

**Författare:** Magnan M A & Reynolds K.

**Titel:** Barriers to addressing patient sexuality concerns across five areas of specialization.

**Tidskrift:** Clinical Nurse Specialist

**Ursprung/År:** USA/2006

**Deltagare:** 302 leg. sjuksköterskor.

**Syfte:** Undersöka hinder och attityder mot att samtala om sexualitet bland sjuksköterskor.

**Metod:** Kvantitativ korrelerande studie baserad på SABS, kompletterat med demografiskt frågeformulär.

**Resultat:** Främsta hindret för samtal om sexualitet var att sjuksköterskorna inte trodde att patienter förväntade sig att sjuksköterskor skulle prata om sexualitet. Andra hinder var att de inte kände sig bekväma och trygga i att samtala om sexualitet och att det inte gavs tidsutrymme för det. Det fanns inga signifikanta samband med om sjuksköterskorna hade fått utbildning om sexualitet i grundutbildningen. Däremot hade de sjuksköterskor som deltagit i seminarier eller konferenser om sexualitet en positivare inställning.

**Kvalitet:** Sjuksköterskor inom öppen- och slutenvård rekryterades under arbetstid på ett större sjukhus. Forskarna gav muntlig och skriftlig information direkt till potentiella deltagare och 302 tillfrågade återlämnade frågeformulären. Antalet utdelade enkäter redovisas ej.

**Antal referenser:** 38

**Referenser:** 26

**Författare:** Nakopoulou E, Papaharitou S, Hatzichristou D.

**Titel:** Patients' sexual health: A qualitative research approach on Greek nurses' perceptions.

**Tidskrift:** Journal of Sexual Medicin

**Ursprung/År:** Grekland/2009

**Syfte:** Undersöka sjuksköterskors definition på sexuell hälsa och hur det påverkar deras yrkesutövning.

**Deltagare:** 44 leg. sjuksköterskor.

**Metod:** Kvalitativ studie baserad på diskussioner i sju fokusgrupper. Materialet kodades och tematiserades enligt Grounded Theory.

**Resultat:** Uppfattningarna om sexuell hälsa omfattade både känslomässiga och somatiska dimensioner. Benägenhet att prata om sexualitet berodde på synen på den professionella rollen och ansvarsområde, privata uppfattningar och omgivande faktorer, t.ex. ålder, kön, uppfostran, brist på tid och enskildhet, och kultur. Behov av utbildning om hur sjukdomar påverkade sexualitet och kommunikationsfärdigheter för att samtala om sexualitet uttrycktes.

**Kvalitet:** Deltagare rekryterades bland sjuksköterskor som gick en kompetenshöjande vidareutbildning. Samtliga hade minst fem års erfarenhet som sjuksköterskor men arbetade inom skilda specialiteter.

**Antal referenser:** 46

**Referensnr:** 27

**Författare:** Jaarsma T, Strömberg A, Fridlund B, De Geest S, Mårtensson J, Moons P, Norekval T M, Smith K, Steinke E & Thompson D R.

**Titel:** Sexual counseling of cardiac patients: Nurses' perception of practice, responsibility and confidence.

**Tidskrift:** European Journal of Cardiovascular Nursing

**Ursprung/År:** Irland/2009

**Syfte:** Undersöka sjuksköterskors attityder och rutiner angående sexuell rådgivning.

**Urval/deltagare:** 157 leg. sjuksköterskor

**Metod:** Frågeformulär med fyra utvalda mätskalor från "The 'nurses' survey of sexual counseling of MI patients", anpassat med tanke på tidsåtgång att fylla i formuläret och det känsliga ämnesområdet. Därtill kompletterad med frågor om sociodemografisk och professionell bakgrund.

**Resultat:** De flesta sjuksköterskorna initierade sällan samtal om sexualitet. De var inte villiga att riskera att patienter kanske skulle bli generade, upprörda eller ängsliga. Men när patienter själva tog upp ämnet sexualitet ansåg de att de hade ansvar att diskutera sexualitet. När de samtalade med patienter om sexualitet berördes sällan de mer känsliga delarna utan istället de delar som hade samband med hjärtsjukdomen och medicinering. Många tvekade inför det för de visste inte om de skulle kunna svara på frågorna och vissa ansåg sig inte ha tillräckligt med kunskap.

**Kvalitet:** Enkät delades ut på 9th Annual Spring Meeting on Cardiovascular Nursing som hade 477 deltagare och 157 frågeformulär returnerades.



**Antal referenser:** 16

**Referensnr:** 28

**Författare:** Maes C A, Louis M.

**Titel:** Nurses Practitioners' Sexual history-taking practices with adults 50 and older.

**Tidskrift:** The Journal of Nurse Practitioners

**Ursprung/År:** USA/2011

**Syfte:** Undersöka sjuksköterskors vanor att fråga patienter äldre än 50 om deras sexvanor.

**Deltagare:** 100 leg. sjuksköterskor

**Metod:** Kvantitativ studie baserad på två mätinstrument: the HIV-Risk Screening instrument och the Knowledge of HIV instrument, och med tillägg av demografiska frågor.

**Resultat:** Endast 2% svarade att de alltid frågade om sexualitet, ca 23% gjorde det sällan eller aldrig. Som de främsta hindren för att fråga om sexvanor med patienter över 50 år var tidsbrist, att de blev avbrutna och begränsade kommunikationsfärdigheter. Den lägsta barriären var att det ansågs olämpligt att fråga personer över 50 om deras sexvanor. Det fanns positiva samband mellan kunskap och hur bekväma sjuksköterskorna kände sig med att fråga patienter om deras sexvanor, vilket också hade positivt samband med nivån upplevda barriärer och förlägenhet med att samtala om sexualitet.

**Kvalitet:** Enkäterna skickades med post till 500 slumpmässigt utvalda medlemmar i American Academy of Nurse Practitioners. Påminnelse om studien skickades ut efter en tid för att höja deltagarantalet. Endast 108 enkäter returnerades varav åtta var ofullständigt ifyllda och exkluderades från studien.

**Antal referenser:** 25