



Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur

Någon annan tar hand om det bättre än jag -

Sjuksköterskors syn på barriärer till varför sexuell hälsa inte tas upp i vården

Nina Göransson

Mimmi Lyrstrand

Examensarbete i omvårdnad på grundnivå, 15 hp

Sjuksköterskeprogrammet

Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur/Högskolan Väst

Höstterminen 2014

Examensarbetets titel	Någon annan tar hand om det bättre än jag - Sjuksköterskors syn på barriärer till varför sexuell hälsa inte tas upp i vården Someone else will take better care of it. - Nurses' views on barriers to why sexual health is not addressed in health care
Författare	Mimmi Lyrstrand & Nina Göransson
Handledare	Berit Finnström
Examinator	Ingela Berggren
Institution	Högskolan Väst, Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur.
Arbetets art	Examensarbete i omvårdnad, 15 hp
Program/kurs	Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp
Termin/år	HT 2014
Antal sidor	16

Background	Sexual health is affected by disease, dysfunction and disability but can also be experienced in spite of illness. To get a deeper knowledge of what the nurse does for the patients the background is written with the support of the holistic care and Katie Eriksson theoretical perspectives health and suffering.
Aim	The aim of this study is to describe the factors to why nurses do not prioritize patients' sexual health in the nursing care.
Method	A literature review based on nine qualitative and quantitative studies focusing on the barriers perceived by the nurses to address sexual health.
Result	The result of this study showed that the barriers were many. Factors related to nurses unwillingness to talk to patients about sexuality and sexual health were difficulties in nurses' psychosocial work environment and lacking competence concerning sexual health. The fact that sexuality is a sensitive subject, factors related to the patient and that it was someone else's responsibility to raise the topic were other factors that made it difficult.
Conclusion	We conclude that a stressed workplace where there is a lack of time and stress along with a poor education and uncertainty leads to no grasp of the subject and the problem slides between health professionals. Patients' sexual health remains untreated. If sexual health is not involved in the nursing care increases the risk for larger problems and that the patients are exposed to unnecessary suffering.
Keywords	Holistic Care, Nurse, Priority, Sexuality, Sexual health.

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Sexuell hälsa	1
Holistisk omvårdnad	2
Sjuksköterskans ansvar för patienters sexuella hälsa.....	2
Teoretiskt perspektiv	3
<i>Lidande/lust</i>	3
<i>Hälsa/ohälsa</i>	3
Problemformulering	3
Syfte	4
Metod	4
Litteratursökning.....	4
Urval	5
Analys	5
Etiska aspekter	5
Resultat	6
Den psykosociala arbetsmiljön	6
<i>Rutiner och riktlinjer</i>	6
<i>Tidsbrist och stress</i>	6
<i>Attityder och invanda mönster</i>	7
Sjuksköterskans kompetens	7
<i>Bristande teoretisk och praktisk kunskap</i>	7
<i>Kort yrkeserfarenhet</i>	7
Känsligt ämne	8
<i>Kultur, ålder och kön</i>	8
<i>Ett privat och tabubelagt område</i>	8
<i>Sjuksköterskans rädsla för ämnet</i>	8
Faktorer relaterade till patienten	9
<i>Sjukdom och ålder</i>	9
<i>Patienters initiativ och ansvar</i>	9
Någon annans ansvar	10
Diskussion	10
Metoddiskussion	10
Resultatdiskussion.....	12
<i>Vart ligger ansvaret</i>	12
<i>Helhetssyn</i>	12
<i>Den psykosociala arbetsmiljön</i>	13
<i>Ett privat och känsligt ämne</i>	13
<i>Samhällsutveckling</i>	14
Slutsatser	15
Praktiska implikationer	15
Förslag till fortsatt kunskap	15
Referenser	17

Bilagor

- I Söktabeller
- II Kvalitetsbedömningsmallar
- III Översikt av analyserad litteratur

Inledning

Enligt Hautamäki, Miettinen, Kellokumpu-Lehtinen, Aalto och Lehto (2007) är det 32,2% av sjuksköterskorna som uppger sig ge patienter möjligheter att ta upp sina sexuella problem. Sjuksköterskor informerar patienter för lite om hur sexualitet påverkas av sjukdom och behandling (Sundbeck, 2013). International Council of Nurses (ICN) beskriver i många avseenden sjuksköterskan som en lärare. Utbildning och undervisning är en av sjuksköterskans arbetsuppgifter (International Council of Nurses, 2014). Sundbeck (2013) anser att lärarrollen är en röd tråd genom sjuksköterskans arbete men att sexuell hälsa är ett ämne som blir åsidosatt. Tre av totalt åtta punkter i FN:s millenniemål har med sexuell hälsa att göra. Millenniemålen syftar till att ge världens fattiga, chansen att göra det som för oss i Sverige är självklart. Punkterna berör mödravård, preventivmedel och jämställdhet för att stärka den sexuella hälsan (Milleniemålen, 2014). Trots den sexuella hälsans plats i målen och självklarheten i Sverige, glöms lust och njutning bort (Sundbeck, 2013). Denna uppsats med grund i holistisk omvårdnad, hälsa och lidande görs för att beskriva orsaker som gör att sjuksköterskor inte prioriterar sexuell hälsa inom vården. Intentionen med arbetet är att genom ökad kunskap för problemet, ge sjuksköterskor verktyg att närma sig patienter och ta in sexuell hälsa som del i den holistiska vården. En ökad kunskap om orsakerna till problemet kan leda till bättre strategier för att åtgärda det.

Bakgrund

Sexuell hälsa

Sexuell hälsa påverkas av sjukdom, dysfunktion och funktionsnedsättning (Sundbeck, 2013). World Health Organization (WHO) skriver att sexualitet är en central del i att vara människa. Sexualitet kan upplevas och uttryckas på en mängd olika sätt; tankar, fantasier, värderingar och relationer är några. Sexualitet omfattar kön, identitet, intimitet, reproduktion, njutning och erotik och kan påverkas av såväl samhället som biologiska faktorer (WHO, 2006). Redelman (2008) skriver att sex är vad vi gör och sexualitet något vi är. Sexualitet begränsas inte av ålder, utseende, hälsa eller funktionsförmåga. Det är ett individuellt koncept, därmed svårdefinierat och kan innefatta många olika delar, både fysiska och psykiska (Redelman, 2008). När sexualiteten frångår det patienten är van vid, behöver det nödvändigtvis inte betyda att det är ett problem, problem uppstår först när patienten upplever det som ett (Hulter, 2004).

WHO beskriver sexuell hälsa som ett tillstånd som rör både känslomässigt, fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande (WHO, 2006). Sexuell ohälsa kan bero på en rad faktorer. Sexuell ensamhet är en av dem. Vid avsaknad av en partner eller i en par-relation kan det upplevas som en svårighet och ensamhet att inte dela sexualiteten med någon. Avsaknad eller nedsatt lust kan vara en annan faktor (Hulter, 2004).

Sexuell hälsa kan uppnås trots sjukdom men kräver att sexualitet och relationer får ta plats (WHO, 2006). Oberoende av sjukdom har patienten rätt att få sina sexuella rättigheter uppfyllda, att de respekteras och skyddas, detta för att sexuell hälsa ska bibehållas (Sundbeck, 2013).

Holistisk omvårdnad

Holism är ett sätt att se på något som en helhet och inte utifrån delar som tillsammans blir en summa (Nationalencyklopedin, 2014). Barbosa da Silva och Ljungquist (2003) beskriver holistisk omvårdnad som att behandla hela människan och inte bara de delar som är sjuka eller har sjukdom. Att ha helhetssyn på patienter innebär att det finns en kommunikation mellan sjuksköterskan och patienten, där sjuksköterskan visar empati och tar sig tid att lyssna på patientens alla funderingar och frågor.

Den holistiska synen på vården är ett viktigt område som alla sjuksköterskor bör ta hänsyn till och därmed även se patienters sexuella hälsa som del i omvårdnaden. Konsekvenser av dålig sexuell hälsa är fysiskt och psykiskt påfrestande för individerna men också ekonomiskt kostsamma för sjukvården. Det innebär att om ämnet inte lyfts och problem inte hanteras med en gång blir vårdtiderna längre, lidandet utdraget och kostnaderna större med tiden (Bates, 2011).

Enligt Socialstyrelsen (2005) ska sjuksköterskor ha god kännedom om och se till patientens rättigheter och möjligheter samt ha kunskap om vilken instans som är aktuell att vända sig till. Som en del i sjuksköterskans kompetens ingår även att hantera uppgifter som kan upplevas som känsliga, på ett korrekt och varsamt sätt (Socialstyrelsen, 2005).

Sexuell hälsa och välbefinnande ingår i den holistiska omvårdnaden och sjukvårdspersonal har ansvar att se till att patienters sexuella behov och hälsa uppfylls eller att de hänvisas till annan instans eller vårdgivare (Evans, 2013).

För att praktisera den holistiska omvårdnaden ska sjuksköterskor se till patienters tidigare erfarenheter, nuet och framtiden. I de tidigare erfarenheter finns det som patienter redan har med sig i sin historia. Det som är nuet är sammanhanget patienter lever i, såsom familj, vänner och arbetskollegor. I framtiden finns förväntningar, behov och önskningar på vad patienter vill göra. För att få en bild av vad patienter har för förväntningar här och nu, måste sjuksköterskor se helheten (Birkler, 2007). Holistisk omvårdnad styrks i Socialstyrelsens (2005) kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor, där de tar upp vård av hela patienten och samarbete mellan sjuksköterskor, patienter och anhöriga.

Sjuksköterskans ansvar för patienters sexuella hälsa

När personer drabbas av sjukdom kan det påverka den sexuella hälsan (Hulter, 2004). Olsson, Athlin, Sandin-Bojö och Larsson (2013) skriver att patienter ofta har svårt att prata om sexualitet och att de ser det som ett känsligt och ytterst privat område. Samtidigt är få sjuksköterskor bekväma i att prata om sexualitet och sexuell hälsa med sina patienter (Price, 2010). Många samhällen har en tabu kring sexualitet, sjukdom och död, och vid vård av patienter med dödliga sjukdomar läggs sexuell hälsa ofta åt sidan, ibland redan i ett tidigt skede (Redelman, 2008).

Sjuksköterskeutbildningen syftar till att utbilda holistiska vårdare. Det räcker med en fråga från sjuksköterskan för att patienter ska känna att de fått möjlighet eller tillåtelse att tala om sin sexuella hälsa, och inse att det inte är ett tabubelagt ämne (Evans & Stapley, 2010). Diskussion om sexualitet handlar om respekt och omsorg för patienten i sin individuella situation, men även om att underlätta det känslomässiga arbete som patienten går igenom (Price, 2010). Southard och Keller (2009) skriver att patienter ofta lider i tysthet. Många problem som patienter möter avseende deras sexualitet kan undvikas eller åtgärdas enkelt genom att låta patienter veta att de kan diskutera sexualitet med sina vårdgivare (Southard & Keller, 2009).

Många patienter som drabbas av en dödlig sjukdom värdesätter sexualiteten högt och vill ha hjälp med deras sexuella problem från vården. Det är sjukvårdens och därmed även sjuksköterskors ansvar att ta upp de sexuella problem som uppstår vid sjukdom, utifrån patienters intresse, önsknings och funktionsförmågor (Redelman, 2008).

Enligt Hautamäki et al. (2007) ansåg 88 % av all vårdpersonal att patienters sexuella hälsa är en del av deras arbetsuppgifter. Samtidigt skriver Ayaz (2013) att många sjuksköterskor inte ser att sexualitet och sexuell hälsa är ett problem vid sjukdom och därmed inte lyfter ämnet. Endast 27 % av sjuksköterskorna tar upp sexualitet eller sexuell hälsa på eget initiativ och två procent av sjuksköterskorna uppgav att de talar om ämnet med fler än 50 % av patienterna (Hautamäki et al., 2007). Southard och Keller (2009) studie visade på att 42 % av patienterna med cancersjukdom anser att sexualitet är viktigt att ta upp med sina sjuksköterskor i samband med sjukdom, och att de ville ha möjlighet att ställa frågor angående den känslomässiga och kroppsliga påverkan som sker under behandling.

Teoretiskt perspektiv

Lidande/lust

Passion, på latin *passio*, betyder både lidande och lidelse. Ordets betydelse är likartat med lidande och lust (Eriksson, 1994). Det psykiska lidandet, som Brülde (2007) beskriver som negativ andlighet, är den sort som påfrestar människan mest. Arman (2012) beskriver att lidande kan vara en konsekvens av allvarlig sjukdom som hotar livet och nuvarande relationer. Hon skriver också att det kan vara en längtan efter att älska eller att bli älskad och att lust och lidande står i relation till varandra.

Eriksson (1994) beskriver lust som en motsats till lidande, där lusten kan delas in i fyra huvudgrupper; drivkraft, längtan eller begär, livsglädje och tillgivenhet eller kärlek till någon. Lidandet och njutning sammankopplas av deras inverkan på varandra. Påverkas lidandet så påverkas njutningen. Hur vi ser på förhållandet mellan lidande och lust påverkar även hur vi ser på hälsa/ohälsa då lidande och hälsa går hand i hand (Eriksson, 1994).

Hälsa/ohälsa

Hälsa ses som en helhet med ursprung i lidande och kärlek (Eriksson, 1994). Att ha hälsa innebär att ha sundhet, friskhet och välbefinnande (Eriksson, 1995). Sundhet är en beskrivning av att må bra både psykiskt och genom sina handlingar. Friskhet är att känna sig pigg, att må bra i sin fysiska kropp. Välbefinnande är en känsla hos människan som upplevs olika från person till person (Eriksson, 1984). Det är en tunn gräns mellan hälsa och ohälsa då båda kan upplevas med eller utan sjukdom. Gemenskap och samhörighet betyder mycket för hälsan (Dahlberg & Segesten, 2010).

Med stöd i ovanstående framkommer det att samhörighet är en del av den sexuella kopplingen till en annan person. Sexualitet är en del av hälsan och sexuell hälsa är en viktig del i omvårdnaden av patienter.

Problemformulering

Sexualitet och sexuell hälsa prioriteras och belyses inte tillräckligt i vården. Det är ett svårt ämne att prata om och många drar sig för att ta upp det med sina patienter. Patienterna får därför lite information från sjuksköterskorna om hur sexuell hälsa påverkas under sjukdom och behandling.

Trots att sjuksköterskor anser att sexuell hälsa tillhör deras yrkesuppgifter är det få som hanterar och åtgärdar problemen. Legitimerade sjuksköterskor ska i samarbete med patienter och anhöriga bedriva omvårdnad av hela patienten. Om en dialog inte finns ser sjuksköterskor inte till hela människan i sitt vårdande och patienter kan genomgå ett onödigt lidande, utan hjälp från vården. Sexuell hälsa kan uppnås trots sjukdom och bör omfatta en större del i den holistiska vården. För att kunna ge rätt vård behövs faktorer till varför sjuksköterskan inte prioriterar patienters sexuella hälsa identifieras. Saknas kunskap om vilka faktorer som påverkar sjuksköterskan att inte lyfta ämnet, finns risken att patienters sexuella hälsa inte uppmärksammas.

Syfte

Syftet var att beskriva faktorer som påverkar sjuksköterskan att inte prioritera patienters sexuella hälsa i omvårdnaden.

Metod

Uppsatsen är en litteraturöversikt, vilken syftar till att beskriva kunskapsläget inom området och få en överblick över ämnet som studeras (Friberg, 2006; Forsberg & Wengström, 2013). En litteraturöversikt baseras på studier av både kvalitativ och kvantitativ forskning (Friberg, 2006).

Litteratursökning

Första steget i litteratursökningen var att skaffa ett helikopterperspektiv över vilka studier som fanns inom området. Som Friberg (2006) beskriver gjordes helikopteröversikten genom osystematisk sökning för att få en översikt i ämnet; vilken information som redan fanns, vad som saknades och vad syftet skulle ha för avsikt att fylla. Den osystematiska sökningen kräver mindre planering och är till för att ge inspiration och idéer om ämnet (Östlundh, 2006). Våra osystematiska sökningar gjordes i databaser, böcker och artiklar så väl som sökningar på Google. Databaser som användes var Cinahl, Pubmed, Proquest, Google Scholar och DiVa.

Systematiska sökningar gjordes genom att fortlöpande dokumentera processen, detta för att få struktur och lättare kunna hantera den information som fanns (Östlundh, 2006). Till en början gjordes breda sökningar för att få en stor kunskapsgrund. Sedan avgränsades sökningarna för att komma närmare syftet. De första systematiska sökningarna utfördes i Cinahl som är en omvårdnadsdatabas med vetenskapliga artiklar (Östlundh, 2006). Sökningen begränsades till, januari 2004 - oktober 2014 och engelska. För att granska artiklarnas vetenskapliga kvalitet användes även begränsningen Peer Reviewed som hjälpfunktion (Friberg, 2006). Sökningar gjordes sedan i flera databaser där inga nya artiklar hittades. Därmed valde vi att endast använda oss av artiklar från databasen Cinahl. De systematiska sökningar som gjordes med hjälp av valda sökord som kommit fram genom helikopterperspektivet. Söktabeller finns i Bilaga I och de sökord som gav mest träffar var MH "Sexual Health", attitude*, barrier*, nurs*, communication, sexuality, taboo och qualitative OR quantitative. Sökorden kombinerades för att avgränsa området. Sammansättningen av ord gjordes med hjälp av de booleska operatorerna AND, OR och trunkering. Dessa bestämmer hur sökord ska förhålla sig till varandra (Östlundh, 2006). AND användes för att koppla ihop två eller fler ord och ge träffar på artiklar med alla de sökta orden. OR användes för att få träffar på minst ett av de sökta orden. Genom att använda *, trunkering gav sökningen träffar på ordets alla böjningsformer (Östlundh, 2006). Exempelvis användes nurs* för att även få träffar på nurse och nurses. Detta resulterar i fler relevanta artiklar (Östlundh, 2006).

Urval

Efter att abstrakt lästs valdes 31 studier passande syftet ut via den systematiska sökningen och två via osystematisk. Alla 33 artiklarna lästes igenom och granskades avseende kvalitet och om det motsvarade syftet. Totalt tolv artiklar återstod efter att nio inte svarat till syftet och 12 exkluderats på grund av att de var litteraturstudier. Två av de tolv artiklarna gick inte att beställa och en tredje kom för sent. De återstående nio artiklarnas kvalitetsgranskades därefter enligt William, Stoltz och Bahtsevanis (2011) mall för kvalitetsbedömning (Bilaga II). Detta för att komma fram till vilka artiklar som skulle vara med i analysen och bidra till ett resultat. Artiklar som berörde ålder <18 år samt där fokus låg på patienters sexuella läggning, exkluderades. Författarna har valt att fokusera på de vuxnas sexuella hälsa och den fysiska sexualiteten som påverkas i samband med sjukdom som påverkar sjuksköterskan att inte prioritera patienters sexuella hälsa i omvårdanden.

De inkluderade nio studierna utgick alla från sjuksköterskors perspektiv.

Analys

Analysen gjordes utifrån Fribergs (2006) metod för analys. Båda författarna läste igenom artiklarna var för sig för att få kunskap om vad de handlade om. Ord och meningar som svarade mot syftet markerades i texten. De markerade avsnitten analyserades och artiklarnas innehåll bröts ned i koder som skrevs på lappar. Skillnader och likheter i resultaten identifierades (Friberg, 2006). Koder som liknade varandra lades sedan tillsammans. Detta gjordes för att sortera materialet som arbetats fram och för att sammanställa ett resultat (Friberg, 2006). Innehållet analyserades och utifrån de olika sammansatta grupperna bildades teman. Rubriker på teman och underteman flyttades om och bearbetades tills alla hade hamnat på rätt ställe och hörde ihop. Då lästes artiklarna för att se att rätt teman valts. Artiklarnas resultat visade på en bredd av faktorer som påverkar sjuksköterskan att inte prioritera patienters sexuella hälsa. Sjuksköterskorna från de analyserade studierna tyckte i många avseenden olika men också lika. Utifrån de likheter och skillnader som hittats i artiklarna mynnade resultatet ut i fem huvudteman och tio underteman.

Artikelöversikt finns i Bilaga III.

Etiska aspekter

Etiskt övervägande bör alltid finnas med vid urval av artiklar (Forsberg & Wengström, 2013). Alla utom en av de valda artiklarna använde sig av ett tydligt etiskt resonemang. I artiklarna nämndes inga av deltagarnas namn och det var frivilligt att medverka. För att minska risken av att vi som författare påverkat resultatet lästes artiklarna på ett så objektiva sätt som möjligt. Tidigare erfarenheter och tankar angående ämnet lades åt sidan under urval och analys. Artiklarna lästes var för sig för att minska påverkan av varandra.

Resultat

Litteraturoversiktens resultat består av fem huvudteman och tio underteman (Tabell 1).

Tabell 1. Resultatets huvudteman med underliggande underteman.

Huvudteman	Underteman
Den psykosociala arbetsmiljön	Rutiner och riktlinjer Tidsbrist och stress Attityder och invanda mönster
Sjuksköterskans kompetens	Bristande teoretisk och praktisk kunskap Kort yrkeserfarenhet
Känsligt ämne	Kultur, ålder och kön Ett privat och tabubelagt område Sjuksköterskans rädsla för ämnet
Faktorer relaterade till patienten	Sjukdom och ålder Patienters initiativ och ansvar
Någon annans ansvar	

Den psykosociala arbetsmiljön

Rutiner och riktlinjer

Studierna visade på olika faktorer som påverkar sjuksköterskan att inte prioritera patienters sexuella hälsa i omvårdnaden

En faktor var att det inte fanns några rutiner eller riktlinjer på arbetsplatsen som berörde ämnet (Saunamäki & Engström, 2014). Enligt Doherty, Byrne, Murphy och McGee (2011) ansåg 95 % av sjuksköterskorna att brist på specifika riktlinjer för hur råd ges om sexuell hälsa var en bidragande faktor till varför ämnet inte togs upp. En annan faktor var att sexualitet inte var en del av omvårdnaden (Lavin & Hyde, 2006) och att det inte fanns någon given plats i journalen för dokumentation av sexuell hälsa (Quinn, Happell & Browne, 2011).

Tidsbrist och stress

I Moore, Higgins och Sharek (2013) studie ansåg 44 % av sjuksköterskorna att för hög belastning på arbetsplatsen var en orsak till varför sexuell hälsa inte prioriterades. Det fanns inte tid att prata om sexualitet (Li-Li et al., 2013) och sjuksköterskor lät sig inte ta tid för ämnet (Lavin & Hyde, 2006; Magnan & Reynolds, 2006). Det framkom att den höga belastningen på sjuksköterskor gjorde att tiden inte räckte till och rutinmässiga arbetsuppgifter som pappersarbete, bedömningar och dokumentation prioriterades högre (Quinn et al., 2011). Saunamäki och Engström (2014) beskrev hur arbetsmiljön gjorde att tiden inte räckte till. Sexualiteten ansågs som ett privat ämne och sjuksköterskor ville inte diskutera ämnet med patienter i en stressig miljö (Saunamäki & Engström, 2014). I en annan studie framkom det att hög arbetsbörda i en störande och stressig miljö där telefoner ringer och det är svårt att hitta en enskild

plats gjorde det svårt för sjuksköterskor att låta frågan om sexualitet ta plats (Lavin & Hyde, 2006).

Attityder och invanda mönster

Flera studier visar på olika faktorer som påverkar sjuksköterskors attityder och villighet att ta upp sexuell hälsa med patienter. Negativa attityder till att tala om sexuella problem ansågs av 32 % som en barriär till varför ämnet inte prioriterades och det framkom att sexuell hälsa ignorerades i vården (Doherty et al., 2011). En sjuksköterska uttryckte känslan av att den psykiatriska vårdenheten där hen arbetade undvek problemet genom att patienterna mer eller mindre avsexualiserades (Quinn et al. (2011). Sjuksköterskan sa också att det var som om mentalt sjuka patienter togs ifrån rätten till sin sexualitet. Studien beskrev också att vårdpersonal inom psykiatri inte uppmuntrades att ta itu med patienters sexualitet. I studien av Moore et al. (2013) uttryckte 18 % att det heller inte är uppmuntrat från kollegor och chefer, och att detta var en orsak till varför sexualitet och sexuell hälsa inte togs upp. Tradition och invant mönster av att inte tala om sexualitet med patienter var en stark faktor i Saunamäki och Engström (2014) studie till varför sexuell hälsa fortfarande inte lyftes fram.

Många sjuksköterskor underskattade vikten av att lyfta ämnet (Lavin & Hyde, 2006). Andra pratar inte om det, så varför ska jag? I Quinn, Happell, och Welch (2013) studie talade sjuksköterskorna inte om ämnet då ingen annan gjorde det, dessutom trodde många att deras professionalitet skulle bli ifrågasatt om de gjorde det.

Sjuksköterskans kompetens

Bristande teoretisk och praktisk kunskap

Otillräcklig kompetens, med grund i olika delar av sjuksköterskans utbildning och arbetserfarenhet, påverkade negativt sjuksköterskans vilja att prioritera sexuell hälsa.

Doherty et al. (2011) beskriver att sjuksköterskor upplevde sig ha för lite kunskap och för lite praktisk träning inom ämnet. En studie visar på att sexuell hälsa inte lyftes fram alls eller alldeles för lite i utbildningen för sjuksköterskor (Lavin & Hyde, 2006). En undersökning gjord på Irland visade att endast tre procent av de legitimerade sjuksköterskorna hade fått mer än tio timmars undervisning om patienters sexualitet och sexuella hälsa under deras utbildning (Moore et al., 2013). Majoriteten av sjuksköterskorna som deltog i Lavin & Hyde (2006) studie ansåg att de inte fått lära sig praktiskt hur de skulle ta upp sexuella problem med patienter. Fyrtio procent av arbetande sjuksköterskor kände att deras kunskap om hur sjukdomen påverkar patienters sexuella hälsa inte var tillräcklig (Moore et al., 2013). Osäkerhet i ämnet visades även av sjuksköterskorna i Magnan och Reynolds (2006) studie och otillräcklig kunskap om hur sjukdom påverkar sexualitet bidrog till att deltagare i Saunamäki och Engström (2014) studie inte tog upp sexuell hälsa med patienterna.

Kort yrkeserfarenhet

Studier visade på att erfarenhet var en faktor till om sjuksköterskorna lyfte ämnet med sina patienter eller ej (Julien, Thom & Kline, 2010; Li-Li et al., 2013). Ung ålder och kort erfarenhet inom arbetet var en faktor som bidrog till minskad självsäkerhet i att ta upp ämnet med patienter (Julien et al., 2010; Quinn et al., 2011). Sjuksköterskor som hade arbetat tio år eller mer var i större utsträckning villiga att hålla med om att sjuksköterskans erfarenhet kan spela in på attityden till sexuell hälsa. De förstod att deras erfarenhet var till nytta och kunde se tillbaka på när de var nya och inte vågade ta upp ämnet (Li-Li et al., 2013).

Känsligt ämne

Kultur, ålder och kön

Sjuksköterskors bristande kompetens resulterade även i en svårighet att möta patienter som avviker från hens egna normer och erfarenheter. Det framkom i Moore et al. (2013) och Doherty et al. (2011) att språkliga och kulturella skillnader kan vara barriärer som gjorde det svårt att lyfta sexuell hälsa med patienter. Fjorton procent av sjuksköterskorna ansåg att motsatt kön var en barriär till att prata om ämnet (Doherty et al., 2011). En sjuksköterska i Moore et al. (2013) studie beskrev hur hon ansåg det svårt att tala om sexualitet med män då hon inte kunde relatera till många av deras problem på samma sätt som till kvinnors. Vidare beskrevs att stor åldersskillnad mellan sjuksköterskor och patienter kunde vara ett hinder för att ta upp ämnet (Doherty et al., 2011; Moore et al., 2013).

Ett privat och tabubelagt område

Quinn et al. (2011) beskrev att trots samhällsutveckling kring synen på sexualitet är det fortfarande tabubelagt att tala om det. Enligt Saunamäki och Engström, (2014) användes ordet tabu ofta för att beskriva orsaken till varför sexualitet och sexuell hälsa inte togs upp med patienter i vården. Studier visade på att sjuksköterskor ansåg att ämnet var för privat för dem (Magnan & Reynolds, 2006; Saunamäki & Engström, 2014) men också för patienter (Li-Li et al., 2013) och sjuksköterskor ville inte störa i patienters privata zon (Saunamäki & Engström, 2014). En del ansåg inte ämnet vara viktigt (Quinn et al., 2013) medan andra tyckte ämnet var för privat och obekvämt att tala om (Julien et al., 2010). Sjuksköterskorna i Saunamäki och Engström (2014) studie ansåg att sexualitet är något som bara bör diskuteras med nära anhöriga vilket gjorde att det kändes fel för sjuksköterskor att ta upp den sexuella hälsan, och därför valde många att prioritera bort ämnet (Saunamäki & Engström, 2014). Några sjuksköterskor undvek att prata med patienterna om dess sexuella hälsa då de blev generade av ämnet (Lavin & Hyde, 2006). Andra påmindes om sina egna problem som de helst ville undvika att tänka på (Quinn et al., 2011).

För de som ansåg att ämnet ändå skulle belysas var brist på privat miljö (Doherty et al., (2011), platsbrist och flerbäddssalar några orsaker till varför det ändå inte togs upp (Saunamäki & Engström, 2014). Brist på privata miljöer var för 64 % en barriär och 26 % ansåg att ämnet var för privat för att dokumentera (Moore et al., 2013).

Sjuksköterskans rädsla för ämnet

Hos sjuksköterskor som tyckte att ämnet var för privat för att tas upp, sågs ett samband med att de även kände sig mindre bekväma att diskutera patienters sexualitet. De hade också minskad förståelse för hur sexuell hälsa påverkades av sjukdom och behandling (Julien et al., 2010).

En vanlig faktor till varför sexuell hälsa inte prioriterades var att sjuksköterskor kände en osäkerhet (Li-Li et al., 2013; Saunamäki & Engström, 2014) och ett obehag kring att ta upp ämnet med patienter (Lavin & Hyde, 2006; Magnan & Reynolds, 2006). Fyrtiotre procent av sjuksköterskorna kände ett obehag att diskutera sexuell hälsa (Doherty et al., 2011) och 49 % av sjuksköterskorna kände sig obekväma med ämnet (Moore et al., 2013). Några sjuksköterskor visste inte hur de skulle börjar tala om ämnet och hos vissa uppstod en rädsla av att säga fel saker och göra patienter upprörda (Lavin & Hyde, 2006). Hos några sjuksköterskor fanns en osäkerhet, tveksamhet och undvikande i att angripa ämnet vilket blev en barriär för dem (Quinn et al., 2011). Dåligt

självförtroende i ämnet var grund till varför sjuksköterskor inte pratade med patienter om deras sexuella problem (Quinn et al., 2011; Saunamäki & Engström, 2014). En sjuksköterska uttryckte att hon försökte säga rätt sak, men var rädd för att göra misstag eller säga något som inte kom att hjälpa patienten. Hon kände att hon skulle behöva tänja på sina gränser för att se hur hon verkligen klarade av uppgiften, och hon ville så klart inte sära någon (Lavin & Hyde, 2006).

Saunamäki och Engström (2014) beskriver en inre kamp hos många sjuksköterskor då de visste att de som professionella sjuksköterskor borde och även ville ta upp sexualitet med patienterna men på grund av deras egna känslor ändå inte lyckades. En del sjuksköterskor blev obekväma om ämnet sexuell hälsa kom upp, då gjordes samtalet kort och avslutades snabbt.

Faktorer relaterade till patienten

Sjukdom och ålder

Studierna visade att sjuksköterskor hade förutfattade meningar om patienter, och att faktorer relaterade till ålder och sjukdom gjorde att sjuksköterskor inte tog upp sexuell hälsa. Några underskattade vikten av att lyfta ämnet (Lavin & Hyde, 2006) andra ansåg att det inte var viktigt för patienters tillfrisknande (Magnan & Reynolds, 2006). I Saunamäki och Engströms (2014) studie framkom att några av sjuksköterskorna inte trodde att patienterna hade behov av att prata om sexualitet och sexuell hälsa. Att patienter var på vårdavdelning kort tid ansåg 26 % av sjuksköterskorna vara en faktor till varför de inte prioriterade patienters sexuella hälsa (Moore et al., 2013). Andra ansåg att patienter var för sjuka för att ha sex (Magnan & Reynolds, 2006) och 24 % ansåg att de var för sjuka för att vara intresserade av sin sexuella hälsa (Doherty et al., 2011). Sjuksköterskor uppgav att de hade blivit förvånade om väldigt sjuka patienter hade brytt sig om sin sexualitet, närhet och intimitet i det stadiet av sjukdomen de var i (Saunamäki & Engström, 2014). Även äldre patienters ålder var en barriär till att sjuksköterskor inte prioriterade patienters sexuella hälsa i omvårdnaden (Doherty et al., 2011). Äldre patienter ansågs inte längre ha sex och sjuksköterskorna valde därmed att lägga den tiden som fanns, på yngre patienter istället (Saunamäki & Engström, 2014).

Patienters initiativ och ansvar

Oavsett om sjuksköterskor ansåg att sexualitet hörde hemma i omvårdnaden av patienter eller ej så tyckte de flesta sjuksköterskor att ämnet sexualitet och sexuell hälsa inte var för privat för att diskuteras (Julien et al., 2010). Däremot visade studien och flertalet andra studier att sjuksköterskor lade ansvaret hos patienter att själva ta initiativ till att det gjordes (Julien et al., 2010; Lavin & Hyde, 2006; Magnan & Reynolds, 2006; Quinn et al., 2011; Saunamäki & Engström, 2014). Enligt deltagarna i Doherty et al. (2011) studie var det inte sjuksköterskans ansvar att lyfta frågorna och inte heller att påtala för patienterna att de kunde ställa frågor till dem. Det var svårt att veta om patienter ville prata om det eller ej och 73 % trodde att patienterna skulle skämmas om sjuksköterskan tog upp det med anhöriga närvarande (Moore et al., 2013). En återkommande barriär var att sjuksköterskor upplevde att patienter inte förväntade sig att de skulle ta upp ämnet med dem (Doherty et al., 2011; Julien et al., 2010; Magnan & Reynolds, 2006; Saunamäki & Engström, 2014). Sjuksköterskor pratade med patienter på patienters initiativ (Li-Li et al., 2013) och sjuksköterskor väntade gärna tills dem fått en indikation på att patienter upplevde sexuella problem och ville diskutera detta (Li-Li et al., 2013; Quinn et al., 2011).

Någon annans ansvar

Många studier visade även att sjuksköterskor upplevde att det var någon annan yrkesgrupps ansvar att lyfta ämnet sexuell hälsa (Doherty et al., 2011; Quinn et al., 2011; Quinn et al., 2013; Saunamäki & Engström, 2014). Sjuksköterskorna ansåg att andra var bättre än dem själva på att prata om sexuell hälsa (Magnan & Reynolds, 2006; Quinn et al., 2011) och skickade ofta vidare ämnet i hopp om att någon annan skulle hjälpa patienterna (Quinn et al., 2011). Däremot var det inte alltid detta hände då Moore et al. (2013) beskrev att 58 % av sjuksköterskorna upplevde att det fanns en brist på möjligheter att hänvisa patienterna till annan instans.

Diskussion

Metoddiskussion

Metoden valdes för att kunna ta del av både kvalitativa och kvantitativa studier och på det sättet bredda utbudet av vetenskaplig information och undersöka kunskapsläget av det valda området (Friberg, 2006). Axelsson (2008) skriver att litteraturstudier inom hälsoområden görs med fördel i både kvalitativa och kvantitativa artiklar. Detta för att de grundar sig i flera olika perspektiv och ger en bredare förståelse av det studerade området. Problemet ses med olika glasögon och aspekter (Axelsson, 2008).

De första systematiska sökningarna som genomfördes gjordes brett och gav många träffar där de flesta inte svarade mot syftet. Därmed begränsades sökningarna ner genom att kombinera fler ord. Detta gav färre sökträffar, med mer relevant innehåll. Under den osystematiska sökningen användes flera databaser och det upptäcktes att andra databaser inte tillförde något extra. Författarna anser därmed att det är tillräckligt att endast använda sig av databasen Cinahl och att det inte påverkar resultatet negativt.

Språkbegränsning till engelska gjordes för att sökningarna skulle avgränsas till artiklar som är möjliga för författarna att förstå och att uppsatsen skulle göras mer internationell. Att översätta från engelska till svenska innebär en risk då ord kan översättas fel eller text misstolkas. Det var ibland svårt med översättningen och för att minska risken för misstolkning tog vi hjälp av lexikon och internetbaserade översättningsprogram, vilka inte alltid är helt pålitliga. I efterhand kan vi se att begränsning till även artiklar skrivna på svenska hade varit till en fördel då språket är författarnas modersmål. Genom att begränsa till endast engelska kan författarna missat en del av den befintliga svenska forskningen.

I alla utom en artikel bedömdes kvaliteten som medel eller hög, detta utifrån kvalitetsbedömningsmallen enligt William, Stoltz och Bahtsevani (2011). En artikel bedömdes ha låg kvalitet på grund av att urval, randomisering och bortfallsanalys inte var tydligt beskrivet. Artikeln valdes ändå att tas med i resultatet då den ansågs tillföra ny kunskap men också stärkte den information som hittats i övriga artiklar. För att en studie ska kallas etisk krävs att studien behandlar väsentliga frågor och att den är av god vetenskaplig kvalitet (Kjellström, 2012). Under granskningen upptäcktes att alla utom en av artiklarna använde sig av ett tydligt etiskt resonemang, där de blivit godkända av etiskt råd. Det framkom inte om studien godkänns av etiskt råd. Däremot hölls ett resonemang om att deltagandet var frivilligt och anonymt. Författarna ansåg därmed att artikeln var godkänd att använda i uppsatsens resultat.

Av de nio artiklar som användes i analys och resultat var fem stycken kvantitativa och fyra kvalitativa. Ibland var det svårt att förklara och beskriva resultatet från de kvantitativa artiklarna då faktorer som påverkar sjuksköterskan att inte

prioritera patienters sexuell hälsa mestadels var uppräddade i tabellform och inte beskrivna i text.

Artiklarna analyserades för att sättas ihop till huvud- och underteman. Processen var inte helt enkel då teman ofta överlappade varandra. Detta resulterade i att de skrevs om flertalet gånger innan författarna blev nöjda. Resultatets teman förblev något överlappande.

Lundman och Hällgren Graneheim (2008) skriver om kvalitativa studier och att trovärdighet av ett resultat till viss del beror på vilken förståelse forskaren har för ämnet och hur det har bidragit till eventuell egen prägel på analysen. De skriver också att överförbarhet, giltighet och tillförlitlighet har med trovärdigheten att göra. Motsvarande begrepp inom kvantitativa studier är validitet, reliabilitet och generaliserbarhet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). Validitet är huruvida man i studien har undersökt det som avsågs att undersökas (Bryman, 2011), det vill säga svarar resultatet på syftet. Uppsatsen svarade på syftet och artiklarna var relevanta för det valda problemområdet eftersom resultaten i de olika artiklarna beskriver faktorer till varför sjuksköterskor inte prioriterar sexuell hälsa. Överförbarhet är graden av resultatets applicerbarhet på andra grupper (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). Överförbarheten är god då den förenklats genom en tydlig beskrivning av urval, vilket enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2008) underlättar bedömningen av överförbarhet. Resultatet anses överförbart då det är troligt att det även kan appliceras på andra yrkesgrupper inom vården. Lundman och Hällgren Graneheim (2008) beskriver att giltighet är hur sant ett resultat är. Eftersom annan forskning, som framgår i resultatdiskussionen, styrker denna studies resultat visar detta på en god giltighet. Författarna kan även se att resultatet styrks utifrån egna erfarenheter om hur vården av sexuell hälsa ser ut idag. Tillförlitligheten beror på forskarnas medvetenhet om egna ställningstaganden under forskningsprocessen (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). Tillförlitligheten stärks genom tydligt beskrivet analysarbete men också genom att författarna läst artiklarna upprepade gånger och genom att de lästes var för sig och sedan bearbetades och diskuterades gemensamt (Friberg, 2006). Artiklarna begränsades till januari 2004 - oktober 2014, detta för att nå en mer uppdaterad och ny forskning. Allt för gamla artiklar anses minska tillförlitligheten då forskning är färskvara (Östlundh, 2006). Att artiklarna som användes i analysen var publicerade mellan år 2005 och 2014 höjer trovärdigheten för de framkomna faktorerna, som påverkar sjuksköterskor att inte tar upp sexuell hälsa i vården idag.

De flesta deltagarna i studierna var kvinnor. Då könsfördelningen på arbetsmarknaden inom yrkesgruppen idag ser ut på detta vis ser författarna inte det som ett hinder, utan anser att det gör uppsatsen mer trovärdig. För att höja trovärdighet ytterligare togs enbart de delar av artiklarnas resultat som stämmer överens med syftet ut för analysering (Friberg, 2006). Två artiklar är skrivna av samma förstaförfattare där den ena är en uppföljande studie av den andra. De är båda av stor vikt och skiljer sig från varandra, innehållsmässigt men också då alla författare inte är medverkande i båda studierna.

Resultatdiskussion

Syftet med denna litteraturoversikt är att beskriva faktorer som påverkar sjuksköterskan att inte prioritera patienters sexuella hälsa i omvårdnaden

Analysen resulterade i fem huvudteman och tio underteman. Dessa huvudteman är; *Den psykosociala arbetsmiljön, Sjuksköterskans kompetens, Känsligt ämne, Faktorer relaterade till patienten* och *Någon annans ansvar*.

Vart ligger ansvaret

Uppsatsens resultat visar på en tydlig brist i utbildning och träning för att hantera situationer där sjuksköterskor behöver diskutera sexuell hälsa med patienter (Doherty et al., 2011; Lavin & Hyde, 2006). Att sexologi inte ingår i hälso- och sjukvårdsyrken (Löfgren-Mårtenson & Fugl-Meyer, 2010) och därför inte finns med som obligatorisk kurs på högskolor och universitet ser författarna som en brist, vilket leder till att sjuksköterskor blir osäkra och otrygga vid diskussioner kring sexuell hälsa. Författarna tror att utbildning i sexuell hälsa ökar tryggheten hos sjuksköterskor och minskar risken för att känna sig obekväma när ämnet kommer upp med patienter.

Många sjuksköterskor tar inte upp sexualitet utan väntar på patienters initiativ, mycket på grund av att det är svårt att veta om patienter själva vill belysa ämnet eller inte (Julien et al., 2010; Lavin & Hyde, 2006; Magnan & Reynolds, 2006; Quinn et al., 2011; Saunamäki & Engström, 2014). Författarna känner en viss oklarhet över vems ansvaret egentligen är och upplever att många sjuksköterskor tycker att det ligger på andra yrkesgrupper eller är patienters eget ansvar. Samtidigt känner patienterna att de inte får tillräckligt medhåll när de tar upp sina sexuella problem med vårdpersonal (Brunell & Pettersson, 2012). Många patienter upplever att sjukvårdspersonal inte anser att sexuell hälsa är lika viktigt som andra medicinska ohälsotillstånd (McCallum, 2013). En patient förklarar att hen försökt prata om sex men att terapeuten inte givit något gensvar på ämnet utan ignorerat det och låtit samtalet fortskrida utan vidare reflektion (Brunell & Pettersson, 2012).

Att uppleva hälsa innebär att ha sundhet, friskhet och välbefinnande (Eriksson, 1995). Genom att inte bemöta sexuell hälsa på lika villkor stöds heller inte viljan att arbeta mot sundare, friskare och mer välmående patienter. Författarna ser att kunskapen om sexualitet och sexuell hälsa går att förbättra genom utbildning men att teamarbete mellan sjuksköterskor, patienter och annan vårdpersonal krävs. Allmänsjuksköterskor i Sverige står utan forskrivningsrätt och i de fall där patienters sexuella problem kräver medicinsk hjälp kommer läkare att behövas. Utan ett samarbete mellan yrkesgrupper behandlas inte hela patienten.

Helhetssyn

Evans och Stapley (2010) skriver att en enkel fråga räcker för att patienter ska känna möjligheten att ta upp ämnet med sjuksköterskor. Samtidigt beskriver Saunamäki och Engström (2014) hur en del patienter tar illa upp när sjuksköterskor tar upp ämnet. Det leder till kollektiv bestraffning för alla patienter då sexualitet och sexuell hälsa helt bortprioriteras. Katie Eriksson (1994) skriver att om sjuksköterskor inte ser lidandet och patienters potential att vara hela människor, tar vi avstånd från att se helheten. Författarna applicerar det på att det holistiska helhetstänket uteblir. Om patienters helhet inte ses, blir de lidande vilket i sin tur leder till ohälsa. Oavsett orsak till ohälsa så kan lidande uppstå om det inte behandlas. Uppsatsens resultat visar på att sexuell ohälsa ofta lämnas kvar obehandlad. I kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor (Socialstyrelsen, 2005) står att helhetssyn och etiskt förhållningssätt

alltid ska vara en del av yrket. Har sjuksköterskor inte ett holistiskt tankesätt brister de därmed i deras profession.

Den psykosociala arbetsmiljön

Känslan vi får av att läsa artiklarna är att bortförklaringarna är många och att tiden ofta blir skyldig till varför sexuell hälsa inte tas upp. Henderson (2002) skriver att högskolor och universitet idag tar upp ämnet holistisk omvårdnad och lär ut innebörden av det ämnet till studenterna. När tiden brister påverkar det den psykosociala arbetsmiljön som blir allt mer stressad. Sjuksköterskor får svårt att applicera den holistiska omvårdnaden i praktiken då upplevda förväntningar ligger på att prioritera och slutföra de effektiva och rutinmässiga uppgifter som ingår i sjuksköterskors vardagliga arbete (Henderson, 2002). Tiden blir en slagpåse och en faktor som är enkel att lägga skulden på, trots att orsakerna egentligen kommer någon annanstans ifrån. Vanligtvis är det rutiner eller individuella attityder som hindrar sjuksköterskor från att prioritera sexuell hälsa. Författarna ställer sig därför frågande till huruvida en tidsbrist verkligen finns eller om det bara är en ursäkt för att slippa.

Skillnaden mellan hälsa och ohälsa beskrivs som en tunn gräns då de kan upplevas med eller utan sjukdom (Dahlberg & Segesten, 2010). För att undvika att sexuell hälsa förbises i vården av patienter anser författarna att riktlinjer är extra viktigt för att tydliggöra sjuksköterskans ansvar i situationer där sjuksköterskan är osäker på vad som ingår i hens ansvar. Sundbeck (2013) skriver om hur målsättningar och rutiner ser olika ut beroende på arbetsplats och lokala förutsättningar. Uppsatsens resultat visar på att det ofta saknas tydliga målsättningar och rutiner på arbetsplatsen gällande sexuell hälsa (Doherty et al., 2011; Saunamäki & Engström, 2014). En annan faktor i den psykosociala arbetsmiljön som försvårar samtal om sexuell hälsa är bristen på miljöer för avskildhet, privata miljöer kring väntrum och reception är något som patienter anser stör deras integritet (Bjurström & Machado, 2014). Bristande tillgång till privata miljöer framkom även i vårt resultat, vilket bidrog till att sjuksköterskorna inte prioriterade samtal om sexuell hälsa (Doherty et al., 2011; Saunamäki & Engström, 2014). Eftersom de flesta avdelningar idag har separata rum för samtal anses detta svårt att ses som en godtagbar ursäkt. Många av de använda studierna är gjorda i andra länder där sjukhus, avdelningar och riktlinjer kanske skiljer sig från svenska. Detta gör det dock svårt för författarna att generellt applicera bristen på avskild miljö som en faktor till varför sjuksköterskan inte prioriterar sexuell hälsa.

Ett privat och känsligt ämne

Sexualitet och sexuell hälsa anses vara genant och pinsamt (Magnan & Reynolds, 2006; Saunamäki & Engström, 2014). En del sjuksköterskor har starka åsikter om att ämnet är för privat för att tala om både för dem själva och för patienterna (Julien et al., 2010; Magnan & Reynolds, 2006; Saunamäki & Engström, 2014). Vi ställer oss frågande till varför det egentligen är så att sjuksköterskor tycker att sexualitet och sexuell hälsa är obekvämt. Att som sjuksköterska hjälpa patienten med intim omvårdnad kan tyckas normalt, åtminstone för sjuksköterskan? Vi har dock svårt att tro att patienter känner sig bekväma i någon av dessa situationer.

Higgins, Barker och Begley (2006) skriver att utmaningarna för sjuksköterskor är att skapa ett vårdssammanhang som förmedlar att patienters sexuella hälsa är ett lämpligt och tillåtet ämne att prata om. För att göra detta behöver sjuksköterskor godta den sexuella hälsan som en viktig del av vården och se patienter som sexuella varelser med behov och önskemål, och att det både är lämpligt och önskvärt att prata med patienter om sexuell hälsa.

Samhällsutveckling

Författarna har svårt att förstå varför vissa arbetsuppgifter är mer privata än andra och drar slutsatsen att det egentligen handlar om osäkerhet, ovana och att ämnet historiskt sett är något som inte talas öppet om. Redelman (2008) skriver att sexualitet anses som tabubelagt i många samhällen. En kvinnlig patient berättar om hennes totala blyghet men också om att inte glömma att dagens ungdomar har lättare att tala om ämnet än medelålders som växt upp utan lika öppen information om ämnet (McCallum, 2013).

Lust beskrivs enligt Eriksson (1994) som motsats till lidande och där lidandet är kopplat till njutning. Hon skriver också om hälsans ursprung från lidandet och hur hälsa, lidande, lust och njutning alla är påverkade av varandra (Eriksson, 1994). Idag ligger fokus inom vården på patientens hälsa men också på dess lidande. Vad som ofta glöms är njutning och lust. Trots ämnets historiska tabu belyses nu lust och njutning allt mer och sexuell hälsa är idag ett ämne som de senaste åren har utvecklats och fått ta allt större plats i samhället (Löfgren-Mårtenson & Fugl-Meyer, 2010). Författarna ser en långsam utveckling och hur ämnet synliggörs mer i omvårdnaden men också i media. Frisk och Ljungros (2014, 24 mars) skriver i Aftonbladet om kunskapsluckor som behöver fyllas. De berör framför allt äldres tankar och behov kring sexualitet, deras rätt till lust och närhet och att äldre ofta avsexualiseras. Trots samhällets utveckling kring synen på sexualitet är ämnet fortfarande tabubelagt (Quinn et al., 2011).

Däremot anser författarna till denna studie att sexualitet idag är mer accepterat i Sverige än i många andra länder. Då sjuksköterskor möter olika kulturer i sitt vardagliga arbete kan en kulturell krock ske vid otillräcklig kunskap om kulturella skillnader och likheter. Sverige är idag ett mångkulturellt land med nya kulturer vilket gör omvårdnaden mer komplicerad. Rädslan att göra fel eller säga saker som upprör patienter blir till ett hinder för sjuksköterskor som då inte tar upp ämnet alls (Higgins et al., 2006).

Uppsatsens resultat visar hur förutfattade meningar påverkar sjuksköterskors agerande och att många sjuksköterskor anser att patienter kan vara för gamla eller för sjuka för att bry sig om sin sexuella hälsa (Doherty et al., 2011; Magnan & Reynolds, 2006; Saunamäki & Engström, 2014). Författarna vet att sjuksköterskor ska se den enskilda individen och inte döma utifrån grupper eller mallar. Trots detta finns förutfattade meningar även hos sjuksköterskor. Nakopoulou, Papaharitou och Hatzichristou (2009) skriver om hur en sjuksköterska i studien uttrycker att en äldre manlig patient aldrig skulle diskutera sexualitet med en yngre kvinnlig sjuksköterska då han anser ämnet vara tabubelagt. Författarna tolkar texten utifrån normer i det svenska samhället, vilket inte alltid stämmer överens med andra länders samhällen. Det som anses vara förutfattade meningar kan vara en sanning i andra länder.

Författarna anser att sjuksköterskor ska ha kunskap och vara professionella och inte låta egna förutfattade meningar om patienter hindra en god vård. ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (International Council of Nurses, 2012) skriver att sjuksköterskor skall arbeta i en anda där alla människor får en likvärdig och individuellt anpassad vård oavsett kön, trosuppfattning eller kulturell skillnad. För att sjuksköterskor ska kunna bemästra sina rädslor över att misslyckas eller att göra fel måste de skapa en attityd och ett klimat för patienter att känna sig fria att uttrycka och diskutera sina sexuella problem (Higgins et al., 2006). Författarna frågar sig om sjukvården inte är medveten om problemet eller väljer att inte se det. Att belysa sexuell hälsa hos patienter anses av författarna vara ett extra arbetsmoment som tar tid. Samhällets ekonomiska fokus där tid är pengar står i vägen för en förbättrad vård.

Resultatet visade att de flesta sjuksköterskor vill och försöker ta upp sexuell hälsa med patienter, men att det finns många faktorer som påverkar sjuksköterskor till att inte våga, ha tid, känna sig bekväm i eller prioritera sexualiteten. På grund av detta diskuteras inte sexuell hälsa. I resultatdiskussionen framkommer även ett behov av förbättring inom området från patienternas håll (Bjurström & Machado, 2014; Brunell & Pettersson, 2012; McCallum, 2013). Ämnets betydelse för omvårdnaden framkommer tillsammans med brister i vilka åtgärder som finns. Författarna tror att sjuksköterskor ofta väljer att inte prioritera sexuell hälsa på grund av att de inte vet vad som behövs göras, sägas eller vart de kan hänvisa patienterna.

Slutsatser

Resultatet visar på att sjuksköterskors arbetsplats, tidsbrist, stress, invanda mönster, attityder och avsaknad av riktlinjer är faktorer som påverkar sjuksköterskor att inte prioritera patienters sexuella hälsa i omvårdnaden. Även sjuksköterskors utbildning har brister vilket leder till kunskapsluckor. En kort arbetserfarenhet och för lite övning i ämnet leder till att sexuell hälsa inte uppmärksammas. Sjuksköterskor upplever ämnet som pinsamt och hens okunskap om kulturella skillnader gör ämnet svårare att lyfta. Sjuksköterskor tycker även att det är upp till patienter själva att ta upp ämnet och att patienters ålder spelar in om sexuell hälsa är aktuellt. Det framkom också att det fanns brister i den holistiska omvårdnaden som ska se till hela patienten. Hälsan blir drabbad vilket vi ser som en grund till att lidande skapas.

Vi drar slutsatsen att en stressad arbetsplats där det råder tidsbrist och stress tillsammans med en bristfällig utbildning och osäkerhet leder till att ingen vågar vara den som tar första steget och belyser ämnet. I och med detta bli saknad av tydliga ramar och riktlinjer väldigt tydligt. Problemet skjuts mellan vårdpersonal och tas aldrig riktigt omhand. Patienters sexuella ohälsa förblir obehandlad. Om sexuell hälsa inte blir delaktig i omvårdnaden finns en risk att den ökar och att patienters problem blir större och skapar ett onödigt lidande.

Praktiska implikationer

För att förbättra situationen behöver sjukvården utforma nya riktlinjer för sjuksköterskors vardagliga arbete och integrera sexuell hälsa i vården. Utbildning om sexuell hälsa på både högskolor och universitet måste öka men även studiedagar och praktisk träning i ämnet bör integreras på arbetsplatserna. För att hantera problemen måste verksamma sjuksköterskor lära sig att se sexuell hälsa som vilket annat ämne och arbetsuppgift som helst. Detta genom att det lyfts och diskuteras på arbetsplatsen. Genom att belysa ämnet och ge ökad kunskap om varför ämnet inte prioriteras, kan medvetenhet skapas. Ökad insikt hos sjuksköterskor ger valmöjligheten att förbättra omvårdnaden, öka hälsan och minska lidandet.

Förslag till fortsatt kunskap

I denna uppsats har vi identifierat faktorer som påverkar sjuksköterskor att inte prioritera patienters sexuella hälsa i omvårdnaden. Resultat visar tydliga brister i attityd, utbildning och arbetsplatsers rutinmässiga åtgärder.

Framtida forskning görs med fördel på rutiner om hur sexuell hälsa kan integreras i det vardagliga arbetet. Vidare forskning behövs även om samtalsmetodik och hur ett bra samtal förs men också ökad kunskap om hur sjukdomar och eventuella mediciner kan påverka patienten, och om skillnader och likheter finns mellan män och

kvinnor. Den kulturella kompetensen är även den viktig och att alltid försöka se situationen utifrån ett individuellt patientperspektiv. Det saknas forskning som belyser sexuell hälsa utifrån ett patientperspektiv, det kan med fördel göras studier på detta i framtiden.

Referenser

Artiklarna till resultatet är markerade med *

Arman, M. (2012). Lidande. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (Red.). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. (s.185-198). Lund: Studentlitteratur.

Axelsson, Å. (2008). Litteraturstudie. I M. Granskär., & B. Höglund- Nielsen (Red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (s. 173-188). Lund: Studentlitteratur.

Ayaz, S. (2013). Sexuality and Nursing Process: A Literature Review. *Sexuality & Disability*, 31(1), 3-12. doi:10.1007/s11195-012-9280-6

Barbosa da Silva, A., & Ljungquist, M. (2003). *Vårdetik för ett mångkulturellt Sverige: en teoretisk och empirisk analys av några nödvändiga villkor för en öppen - holistisk vård i ett pluralistiskt samhälle*. Lund: Studentlitteratur.

Bates, J. (2011). Broaching sexual health issues with patients. *Nursing Times*, 107(48), 20-22.

Birkler, J. (2007). *Filosofi och omvårdnad: etik och människosyn*. Stockholm: Liber.

Bjurström, J., & Machado, C. (2014). *Att möta vården: en bro till egenmakt eller vägg av modfällighet? : Patienters upplevelse av mötet med vården då de diagnostiserats med en sexuellt överförbar sjukdom* (Kandidatuppsats). Stockholm: Röda Korset Högskolan, Tillgängligt: <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:765622/FULLTEXT01.pdf>

Brunell, C., & Pettersson, J. (2012). *Ska vi prata om sex? : – Patienters upplevelser av hur sex och sexualitet behandlas i psykodynamisk psykoterapi* (Magisteruppsats). Stockholm: Psykologiska Institutionen, Stockholms Universitet. Tillgänglig: <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:491802/FULLTEXT01.pdf>

Brülde, B. (2007). *Lycka & lidande: begrepp, metod och förklaring*. Lund: Studentlitteratur.

Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. (2:a uppl.). Malmö: Liber.

Dahlberg, K., & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande: i teori och praxis*. (1. uppl.). Stockholm: Natur & kultur.

*Doherty, S., Byrne, M., Murphy, A., & McGee, H. (2011). Cardiac rehabilitation staff views about discussing sexual issues with coronary heart disease patients: A

national survey in Ireland. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(2), 101-107. doi:10.1016/j.ejcnurse.2010.05.002

Eriksson, K. (1984). *Hälsans idé*. Stockholm: Almqvist & Wiksell Förlag AB.

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

Eriksson, K. (1995) *Vårdprocessen* (4. uppl.). Stockholm: Almqvist & Wiksell Förlag AB.

Evans, D. T. (2013). Promoting sexual health and wellbeing: the role of the nurse. *Nursing Standard*, 28(10), 53-57.

Evans, D., & Stapley, L. (2010). Sexual health issues in men: part 2. *Practice Nurse*, 40(6), 33-36.

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

Frisk, I., & Ljungros, K. (2014-03-24). Äldre har också sex - är vården redo för det? *Aftonbladet*. Hämtad 2014-01-21 från: <http://www.aftonbladet.se/debatt/debattamnen/politik/article18598972.ab>

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. (3. uppl.). Stockholm: Natur & Kultur.

Hautamäki, Hautamäki, K., Miettinen, M., Kellokumpu-Lehtinen, P., Aalto, P., & Lehto, J. (2007). Opening communication with cancer patients about sexuality-related issues. *Cancer Nursing*, 30(5), 399-404.

Henderson, S. (2002). Factors impacting on nurses' transference of theoretical knowledge of holistic care into clinical practice. *Nurse Education In Practice*, 2(4), 244-250.

Higgins, A., Barker, P., & Begley, C. (2006). Sexuality: the challenge to espoused holistic care. *International Journal of Nursing Practice*, 12(6), 345-351.

Hulter, B. (2004). *Sexualitet och hälsa: begränsningar och möjligheter*. Lund: Studentlitteratur.

*Julien, J., Thom, B., & Kline, N. (2010). Identification of barriers to sexual health assessment in oncology nursing practice. *Oncology Nursing Forum*, 37(3), E186-90. doi:10.1188/10.ONF.E186-E190

*Lavin, M., & Hyde, A. (2006). Sexuality as an aspect of nursing care for women receiving chemotherapy for breast cancer in an Irish context. *European Journal of Oncology Nursing*, 10(1), 10-18.

*Li-Li, H., Jing, P., Li-Hua, L., Xiao-Bo, D., Jin, W., Jun-Ying, L., & ... Mei, H. (2013). Cancer department nurses' attitudes and practices in response to the sexual issues of pelvic radiation patients: A survey in Sichuan, China. *Contemporary Nurse: A Journal For The Australian Nursing Profession*, 43(2), 146-151. doi:10.5172/conu.2013.43.2.146

Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2008) Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär., & B. Höglund- Nielsen (Red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (s. 159-172). Lund: Studentlitteratur.

Löfgren-Mårtenson, L., & Fugl-Meyer, K. (2010) Utbildning och professionalisering av sexologer. I P.O. Lundberg., & L. Löfgren-Mårtenson (Red.) *Sexologi*. (3. uppl.) (s. 450-455). Stockholm: Liber.

International Council of Nurses [ICN]. (2014). *ICN's etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 2014-12-17, från Svensk sjuksköterskeförening. http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf

Kjellström, S. (2012) Forskningsetik. I M. Henricsson (Red.) *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 69-94). Lund: Studentlitteratur.

*Magan, M., & Reynolds, K. (2006). Barriers to addressing patient sexuality concerns across five areas of specialization. *Clinical Nurse Specialist: The Journal For Advanced Nursing Practice*, 20(6), 285-292.

McCallum, M. (2013). *Gynecological Cancer: Practical Implications for Identifying and Meeting Supportive Care and Sexual Health Needs After Treatment*. (Master's thesis). Ottawa: School of Psychology Faculty of Social Sciences University. Hämtad 2014-12-17 från http://www.ruor.uottawa.ca/bitstream/10393/26282/3/McCallum_Megan_2013_Thesis.pdf

Millenniemaalen (u.d). Hämtad 2014-12-09, från UNDP FN:s Utvecklingsprogram <http://www.millenniemaalen.nu/malen-2/>

*Moore, A., Higgins, A., & Sharek, D. (2013). Barriers and facilitators for oncology nurses discussing sexual issues with men diagnosed with testicular cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(4), 416-422. doi:10.1016/j.ejon.2012.11.008

Nationalencyklopedin [NE]. (2014). *Holism*. Hämtad 2014-11-28 från <http://www.ne.se.ezproxy.server.hv.se/uppslagsverk/ordbok/svensk/holism>

Nakopoulou, E., Papaharitou, S. and Hatzichristou, D. (2009), Patients' Sexual Health: A Qualitative Research Approach on Greek Nurses' Perceptions. *Journal of Sexual Medicine*, 6: 2124–2132. doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01334.x

Olsson, C., Athlin, E., Sandin-Bojö, A., & Larsson, M. (2013). Sexuality is not a priority when disease and treatment side effects are severe: conceptions of patients with malignant blood diseases. *Journal of Clinical Nursing*, 22(23/24), 3503-3512. doi:10.1111/jocn.12333

Price, B. (2010). Sexuality: raising the issue with patients. *Cancer Nursing Practice*, 9(5), 29-36.

*Quinn, C., Happell, B., & Browne, G. (2011). Talking or avoiding? Mental health nurses' views about discussing sexual health with consumers. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20(1), 21-28. doi:10.1111/j.1447-0349.2010.00705.x

*Quinn, C., Happell, B., & Welch, A. (2013). The 5-As Framework for Including Sexual Concerns in Mental Health Nursing Practice. *Issues In Mental Health Nursing*, 34(1), 17-24. doi:10.3109/01612840.2012.711433

Redelman, M. (2008). Is there a place for sexuality in the holistic care of patients in the palliative care phase of life? *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 25(5), 366-371

*Saunamäki, N., & Engström, M. (2014). Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears. *Journal of Clinical Nursing*, 23(3/4), 531-540. doi:10.1111/jocn.12155

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2014-11-21 från http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf

Southard, N., & 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

Sundbeck, M. (2013). *Sexuell hälsa i vården- en metodbok för sjuksköterskor*. Lund: Studentlitteratur.

William, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

WHO (2006). *Defining sexual health*. Report of a technical consultation on sexual health 28-31 January 2002, Geneve.

Östlundh, L. (2006). Informationssökning. I F. Friberg (Red.). *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 45-70). Lund: Studentlitteratur.

Bilagor

I Söktabeller

Databas/datum Cinahl/20/11	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
#1	(MH "Sexual Health")	2761				
#2	attitude*	155 076				
#3	nurs*	590 905				
#4	#1 AND #2 AND #3	152				
Begränsningar: Peer-Reviewed Jan 2004- okt 2014, English		104	104	35	5	4

Databas/datum Cinahl 20/11	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
#1	sexuality	17 323				
#2	MH "Sexual Health"	2761 17 323				
#3	nurs*	590 905				
#4	communica tion	70 551				
#5	#1 AND #2 AND #3 AND #4	29				
Begränsningar: Peer-Reviewed Jan 2004- okt 2014, English		19	19	7	5	2

Bilaga I (sidan 2)

Databas/datum Cinahl 20/11	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
#1	taboo	339				
#2	sexuality	17 323				
#3	#1 AND #2	59				
Begränsningar: Peer-Reviewed Jan 2004- okt 2014, English		22	22	11	2	1

Databas/datum Cinahl 20/11	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
#1	qualitative OR quantitative	87 539				
#2	sexuality	17 323				
#3	barrier*	32 330				
#4	nurs*	590 905				
#5	#1 AND #2 AND #3 AND #4	15				
Begränsningar: Peer-Reviewed Jan 2004- okt 2014, English		11	11	7	4	2

II Kvalitetsbedömningsmallar

Mall för kvalitetsbedömning av studie med kvalitativ metod

Exempel på protokoll för **kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod** hämtad från Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur. Smärre förändringar har gjorts.

Beskrivning av studien

Finns det ett tydligt syfte?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
Patient- (informant-) karaktäristika	Antal		
		
	Ålder		
		
	Man/kvinna		
		

Är kontexten presenterad? Ja Nej Vet ej

Finns etiskt resonemang? Ja Nej Vet ej

Urval

- Relevant? Ja Nej Vet ej
- Strategiskt? Ja Nej Vet ej

Metod för

- Är urvalsförfarandet tydligt beskrivet? Ja Nej Vet ej
- Är datainsamling tydligt beskrivet? Ja Nej Vet ej
- Är analys tydligt beskrivet? Ja Nej Vet ej

Giltighet

- Är resultatet logiskt och begripligt? Ja Nej Vet ej
- Råder datamätnad? Ja Nej Vet ej
- Råder analysmättnad? Ja Nej Vet ej

Kommunicerbarhet

- Är resultatet klart och tydligt? Ja Nej Vet ej

- Redovisas resultatet i förhållande till Ja Nej Vet ej

teoretisk referensram?

- Genereras teori? Ja Nej Vet ej

Huvudfynd

Vilket/-n fenomen/upplevelse/mening beskrivs? Är beskrivning/analys adekvat?

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

Sammanfattande bedömning av kvalitet

Hög

Medel

Låg

Kommentarer

.....

.....

Granskare (sign.).....

Mall för kvalitetsbedömning av studie med kvantitativ metod

Exempel på protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvantitativ metod hämtad från Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund Studentlitteratur. Smärre förändringar har gjorts.

*Beskrivning av studien**Forskningsmetod*RCT CCT (ej randomiserad)Multicenter, antal enheter.....Kontrollgrupp/-er.....*Patientkaraktäristika*

Antal

Ålder

Man/kvinna.....

Kriterier för exkludering

Adekvata exklusioner

JaNej*Intervention*.....

Vad avsåg studien att studera?

Dvs. vad var dess primära resp. sekundära effektmått.....

*Urvalsförfarandet beskrivet?*JaNej*Representativt urval?*JaNej

Randomiseringsförfarandet beskrivet?

JaNej

et ej

Likvärdiga grupper vid start?

JaNej

et ej

Analyserade i den grupp som de randomiserades till?

JaNej

et ej

Blindning av patienter?

JaNej

et ej

Blindning av vårdare?

JaNej

et ej

Blindning av forskare?

JaNej

et ej

Bortfall

Bortfallsanalysen beskriven?

JaNej

Bortfallsstorleken beskriven?

JaNej

Adekvat statistisk metod?

JaNej

Etiskt resonemang?

JaNej

Hur tillförlitligt är resultatet?

Är instrumenten valida?

JaNej

Är instrumenten reliabla? _

JaNej

Är resultatet generaliserbart?

JaNej

Huvudfynd (hur stor var effekten?, hur beräknades effekten?, NNT, konfidensintervall, statistisk signifikans, klinisk signifikans, powerberäkning).....

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

Sammanfattande bedömning av kvalitet

Hög Medel Låg

Kommentarer

.....
.....

Granskare (sign.).....

III Översikt av analyserad litteratur

Författare Årtal Land	Problem och syfte	Ansats och metod	Urval och studiegrupp	Huvudsakligt resultat *Artiklarnas teman återges på engelska för att undvika brister i översättningen.	Kvalitetsbedömning
Doherty, S., Byrne, M., Murphy, A., & McGee, H. 2011 Irland	Syftet var att dokumentera nuvarande metod och bedöma behovet av hjärtspecialist-sjuksköterskor i Irland gällande sexuell bedömning och vägledning för patienter.	En kvantitativ studie gjorde med en enkät. Frågorna i enkäten är utformade utifrån vad som kommit fram i tidigare pilotstudie. Sjuksköterskans perspektiv.	Det var 99 deltagare, blandat mellan samordnare, sjuksköterskor, sjukgymnaster och psykologer.	Studiens resultat visar på för lite utbildning i ämnet och att det finns ett tydligt behov av riktlinjer om hur man tar tag i och bedömer sexuell hälsa. Information bidrar till att dämpa patienternas rädsla och missuppfattning av att sexuell aktivitet kombinerat med kranskärslsjukdom skulle vara farligt.	Hög
Julien, J., Thom, B., & Kline, N. 2010 USA	Syftet var att utforska attityder och kunskap om sexuell hälsa hos sjuksköterskor som jobbar på canceravdelning. Men även hur de tar upp frågan.	En kvantitativ beskrivande tvärsnittsstudie. Enkät. Sjuksköterskans perspektiv.	Av 576 sjuksköterskor var 92 % kvinnor och åtta procent var män. Åldern 20 < år. Arbetslivserfarenhet 1 < år 67 % av de som deltog i den årliga utbildningsdagen från april-november 2007.	Det framkom att sjuksköterskor inte tycker att sexuell hälsa är ett för privat ämne att tala om. Sjuksköterskorna höll inte med om att patienterna tycker de skulle prata om sexuell hälsa. Sjuksköterskor med lite erfarenhet och som jobbade natt hade större svårigheter att prata om sexuell hälsa med patienterna. Sjuksköterskor som jobbade på mer akuta avdelningar kände en mindre svårigheter att prata om sexuell hälsa.	Medel
Lavin, M., & Hyde, A. 2006 Irland	Syftet var att få reda på vilka uppfattningar och upplevelser sjuksköterskor har i samtal om sexualiteten med kvinnor som får kemoterapi för bröstcancer.	En kvalitativ studie. Intervjuer. Sjuksköterskans perspektiv.	Tio sjuksköterskor från tre olika sjukhus. Alla kvinnor i åldern 25-55 år.	Studien resulterade i fem teman: Participants' constructions of sexuality. The effects of chemotherapy on sexuality. Sexuality: Important but avoided. Unprepared by nursing education. The influence of a culture of sexual repression.*	Medel

Bilaga III (sidan 2)

<p>Li-Li, H., Jing, P., Li- Hua, L., Xiao-Bo, D., Jin, W., Jun- Ying, L., & ... Mei, H.</p> <p>2013</p> <p>Kina</p>	<p>Syftet var att undersöka attityder och metoder hos sjuksköterskor på canceravdelningar när de möter patienter med sexuella problem efter bäckenstrålning.</p>	<p>Kvantitativ studie. Databaserad enkät som tidigare använts för att undersöka kirurgers attityder till sexuella problem. Sjuksköterskans perspektiv.</p>	<p>128 sjuksköterskor från sex olika sjukhus i Kina. Alla var kvinnor i åldern 21<år.</p>	<p>Att tala om sexualitet är fortfarande ett tryckt ämne i relationen mellan sjuksköterskan och patienten. De flesta sjuksköterskor saknade tillräcklig kunskap om patienternas sexuella problem.</p>	<p>Låg</p>
<p>Magnan, M., & Reynolds, K.</p> <p>2006</p> <p>USA</p>	<p>Syftet var att undersöka barriärerna till att ta itu med patienters sexualitet, över områden av specialisering.</p>	<p>En kvantitativ beskrivande studie. Enkät. Sjuksköterskans perspektiv.</p>	<p>302 sjuksköterskor från fem olika specialområden . 281 var kvinnor och 17 var män. Ålder 24-60 år.</p>	<p>Nummer ett av alla faktorer som står i vägen för att ta itu med patienters sexualitet var sjuksköterskors uppfattning av att patienter inte förväntar sig att sjuksköterskor ska hjälpa till med deras sexuella oro.</p>	<p>Hög</p>
<p>Moore, A., Higgins, A., & Sharek, D.</p> <p>2013</p> <p>Irland</p>	<p>Syftet var att undersöka cancersjuksköterskors självupplevda kunskap och bekvämlighet i att diskutera sexuella funderingar med män som diagnostiserats med testikelcancer. Och att identifiera barriärer och handledning för sådana situationer.</p>	<p>Kvantitativ studie som använt sig av enkäter för databaserad enkät. I slutet av enkäten fanns även kvalitativa öppna frågor. Sjuksköterskans perspektiv.</p>	<p>89 kvinnliga sjuksköterskor i ålder 30 <år Deltagarna valdes från fem canceravdelningar slumpmässigt utvalda av 13 avdelningar runt om i landet.</p>	<p>Barriärer som hindrar sjuksköterskor att diskutera sexuella problem och att känna sig bekväma med ämnet. Mycket av det beror på brister av kunskap, osäkerhet i att prata med patienter om ämnet. För mycket att göra och brist på tid.</p>	<p>Medel</p>
<p>Quinn, C., Happell, B., & Browne, G.</p> <p>2011</p> <p>Australia</p>	<p>Syftet var att utveckla en rikare förståelse för huruvida sjuksköterskor med psykiatrisk inriktning pratar med patienterna om deras sexualitet.</p>	<p>En utforskande kvalitativ studie med utforskande design. Intervju. Sjuksköterskans perspektiv.</p>	<p>14 sjuksköterskor från tre kliniker som arbetar tillsammans inom ett område "Queensland". åtta kvinnor och sex män i åldern mellan 24-60 år. Arbetslivserfarenhet 2-39 år.</p>	<p>Resultatets fyra huvudteman: Talking about or avoiding sexuality concerns with consumers. Sexuality is not an important priority. Refer to others, as talking about sexuality is not "my" job. Sexuality is poorly addressed by others. *</p>	<p>Hög</p>

Bilaga III (sidan 3)

<p>Quinn, C., Happell, B., & Welch, A.</p> <p>2013</p> <p>Australien</p>	<p>Syftet var att utforska sjuksköterskors attityder till sexuella problem i praktiken och i vilken utsträckning BETTER-modell kan påverka integrering av ämnet.</p>	<p>En kvalitativ undersökande metod användes för att bedriva denna forskning. Intervju. Sjuksköterskans perspektiv</p>	<p>14 sjuksköterskor från tre kliniker som arbetar tillsammans inom ett område "Queensland". Åtta kvinnor och sex män. ålder 24-60 år, arbetslivserfarenhet 2-39 år.</p>	<p>Temana är: Stage 1: Avoidance, Awareness. Stage 2: Applying, Approval. Stage 3: Acknowledgement. *</p>	<p>Hög</p>
<p>Saunamäki, N., & Engström, M.</p> <p>2014</p> <p>Sverige</p>	<p>Syftet med studien var att beskriva hur sjuksköterskor reflekterar över att diskutera sexualitet med patienter.</p>	<p>Kvalitativ studie med beskrivande design och intervjuer. Sjuksköterskans perspektiv.</p>	<p>Tio sjuksköterskor från tre olika sjukhus. Två män och åtta kvinnor.</p>	<p>Resultatet visade på en stark vilja hos sjuksköterskor att prata om ämnet trots att det ibland var svårt och jobbigt. De sjuksköterskor som tala om sexualitet gjorde detta av deras starka vilja att hjälpa. Kunskap, rutiner och tid var några viktiga faktorer för att lättare kunna tala med patienten.</p>	<p>Hög</p>

Högskolan Väst
Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur
461 86 Trollhättan
Tel 0520-22 3 00 Fax 0520-22 30 99
www.hv.se